

Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto juruá: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública

Luciane Ouriques Ferreira

Esta Tese analisa o fenômeno de emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. Para tanto, considera os discursos oficiais veiculados por Organismos Internacionais e pelo Estado Brasileiro, por um lado; e, por outro, falas indígenas sobre gestação e parto que foram proferidas durante as Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde que ocorreram na região do Alto Juruá, Acre.

Orientadora:

Profa. Esther Jean
Langdon,
Dr^a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

**ENTRE DISCURSOS OFICIAIS E VOZES INDÍGENAS SOBRE
GESTAÇÃO E PARTO NO ALTO JURUÁ: A EMERGÊNCIA
DA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA NO CONTEXTO
DE UMA POLÍTICA PÚBLICA**

FLORIANÓPOLIS
2010

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

**ENTRE DISCURSOS OFICIAIS E VOZES INDÍGENAS SOBRE
GESTAÇÃO E PARTO NO ALTO JURUÁ: A EMERGÊNCIA
DA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA NO CONTEXTO
DE UMA POLÍTICA PÚBLICA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina como pré-requisito para obtenção do título de Doutor em Antropologia.

ORIENTADORA: DRA. ESTHER JEAN LANGDON

FLORIANÓPOLIS
2010

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

ENTRE DISCURSOS OFICIAIS E VOZES INDÍGENAS SOBRE
GESTAÇÃO E PARTO NO ALTO JURUÁ: A EMERGÊNCIA DA
MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA NO CONTEXTO DE UMA
POLÍTICA PÚBLICA

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Esther Jean Langdon
Orientadora – UFSC

Dra. Maria Luiza Garnelo Pereira
FIOCRUZ – Centro de Pesquisa Leonidas e Maria Deane

Dr. Flavio B. Wiik
Universidade Estadual de Londrina

Dr. Oscar Calavia Sáez
PPGAS-UFSC

Dra. Sonia Maluf
PPGAS – UFSC

SUPLENTE:

Dra. Antonella Maria Imperatriz Tassinari
PPGAS – UFSC

Dra. Eliana Elisabeth Diehl
Departamento de Farmácia - UFSC

FLORIANÓPOLIS
2010

A minha família:
Maria Neli Ouriques Ferreira
Jaci Vaz Ferreira (*in memoriam*)
Leandro Ouriques Ferreira.

Agradecimentos

Em primeiro, agradeço Àquele que me trouxe até aqui, fonte de inspiração, sabedoria e fortaleza, e a todos que me auxiliaram a concluir este empreendimento.

Agradeço a Esther Jean Langdon, minha orientadora que, em meio a tantas dificuldades, nunca desistiu de mim.

A Marlene de Oliveira, Regina Erthal, Elaine Lauriola, Marina Cardoso, Flavio Wiik, Eduardo Simões, Miriam Chagas e Sonia Maluf por terem influenciado a minha formação.

Agradeço ao Projeto Vigisus II por me ter possibilitado uma experiência profissional valiosa, ampliando a minha perspectiva sobre a saúde indígena no Brasil. Em especial a Williames Pimentel e a Hermézio Serrano Filho por terem acreditado na proposta da Área de Medicina Tradicional Indígena e criado as condições para o desenvolvimento das suas ações.

A todos os meus colegas do Vigisus, em especial, a Sandra Araújo, Carlos Coloma, Hélio Lopez, Mary Dayse Kinzo, Clarice Castilho, Silvia Avelino, Lucia Martins. E da Área de MTI, principalmente a Patrícia Osório, Liliane Cunha de Souza, Laura Perez Gil e Adriana Calabi pela parceria, empenho e apoio constantes.

A Michele e a Camila pelo afeto e apoio dispensados àqueles a quem tanto amo. Também a Zete e a Bete pelo amor e auxílio prestado a minha família nos momentos difíceis desta caminhada.

Aos meus amigos de fé, pela força, incentivo e apoio: Patrícia Dorneles, Lazaro Romio e Gilberto Rodrigues. Também a Claudia Cunha, Cristiane Feula, Carla Capitano, Carolina Lemos, Ademar Rosa, Ronilson e Oscar Santoro.

A Claudio Lorenzo pelos momentos intensos e pelas conversas instigantes que tivemos ao longo dessa caminhada.

A minha comadre Graciliana Wakana e a sua linda família, em especial, a minha estrela cadente Catxe-kwyi.

A todos os indígenas parceiros desta caminhada: Nara e Purinã Celestino, Edna Shanenawa, Antonio Kaxinawa, S. Afonsinho Kaxinawa, Clóvis Ambrósio, Creuza Krahô, Hiparidi Top-Tiro, Adolfo Verá, José Cirilo Morinico.

Aos meus cuidadores: os fisioterapeutas Carlos Daia, Roberta Marques e Daniela Mameri, e os médicos Alberto Guerra, Patrick Godinho e Adelise Noal.

Ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – UFSC.

A comunicação é um enigma porque o estar juntos, condição existencial para que se dê a possibilidade de qualquer estrutura dialógica do discurso, parece uma forma de transgredir ou superar a solidão de cada ser humano. Por solidão me refiro ao que é experimentado por uma pessoa e não pode ser transferido integralmente a alguém. Minha experiência não pode converter-se diretamente na tua experiência. Um acontecimento que pertence a um fluir do pensamento não pode ser transferido como tal a outro fluir do pensamento. Ainda assim, algo passa de mim para ti. Algo é transferido de uma esfera de vida a outra. Este algo não é a experiência tal como é experimentada, mas sim seu significado. Aqui está o milagre. A experiência tal como é experimentada, vivida, segue privada, porém sua significação, seu sentido, se faz público. A comunicação, dessa forma, é a superação da não comunicabilidade radical da experiência vivida tal como foi.

Ricoeur, 1995.

RESUMO

A tese “Entre Discursos Oficiais e Vozes Indígenas sobre Gestação Parto no Alto Juruá: a Emergência da Medicina Tradicional Indígena no Contexto de uma Política Pública” pretende evidenciar como a medicina tradicional indígena irrompe nos distintos locais que compõem o campo das políticas públicas da saúde indígena, assumindo sentidos e defini es diferentes em cada uma dessas localidades. Neste contexto, a medicina tradicional indígena está sendo compreendida como uma categoria discursiva que emerge como objeto de políticas públicas a partir dos discursos veiculados por distintos agentes socialmente posicionados nesse campo. Sendo assim, os sentidos e defini es que informam essa no o se encontram permanentemente sendo revistos e recriados por meio dos discursos que a tomam como tema. Por um lado, os discursos oficiais transformam a medicina tradicional indígena em objetos de políticas públicas; por outro, as vozes indígenas, ao se reconhecerem em uma categoria discursiva que emerge no contexto das rela es interétnicas estabelecidas com o Estado-Na o, falam sobre os conhecimentos e as práticas utilizados durante a gesta o e o parto que fazem parte das suas medicinas tradicionais. Enquanto no primeiro caso a medicina tradicional indígena é dita no singular; no segundo, ela se revela na diversidade de formas que os cuidados com a saúde assumem nos contextos comunitários dos povos indígenas do Alto Juruá. Para realizar esta reflexão apresentou-se um mapeamento dos discursos oficiais dos organismos internacionais e das políticas públicas brasileiras que empregam a no o de tradi o para qualificar os seus objetos e que delineiam uma forma o discursiva particular chamada aqui de Políticas da Tradi o. Além disso, foram consideradas as falas indígenas proferidas durante as Reuniões de Parteiros, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde que ocorreram no Alto Juruá, no decorrer do ano de 2006, buscando analisar como essas políticas públicas irrompem em seus discursos de maneira associada aos saberes, práticas e cuidadores indígenas da gesta o e do parto nessa região. No intuito de realizar uma etnografia situada, trouxeram-se informa es sobre o processo de negocia o técnico-administrativa que permitiu a realiza o desses eventos comunicativos financiados pela área de Medicina Tradicional Indígena do Projeto Vigisus II.

Palavras-chave: discurso, medicina tradicional indígena, políticas públicas, gesta o e parto.

ABSTRACT

The thesis “Between Official Speeches and Indigenous Voices about Gestation Childbirth in High Juruá: the Raising of Traditional Medicine in Public Policy Field” intend to evidence how indigenous traditional medicine appears in different places which compose indigenous health public policy field, and how it assumes different senses and definitions in each one of these places. In this context, indigenous traditional medicine has been understood as a discursive category which appears as object of public policies from different agents’ speeches with social positions in this field. So, senses and definitions which inform this notion are permanently being reviewed and recreated by speeches about it. On one hand, official speeches transform indigenous traditional medicine in public policy object; on the other hand, indigenous voices speak about knowledge and practices used during gestation and childbirth which are part of their traditional medicines, when they recognize themselves as a discursive category which appears in the context of interethnic relations with the State. While in the first case indigenous traditional medicine is said in singular; in the second case, it shows the diversity of shapes which health care can assume in communitarian contexts of High Juruá indigenous people. In order to make this study, a description of international organizations and Brazilian public policies official speeches which use the notion of tradition to qualify their objects, which have a special discourse here called Tradition Policies, were presented. Moreover, indigenous talks during meetings of midwives, shamans and indigenous health agents which have happened in High Juruá, during 2006, were taken into account. In order to analyze how these public policies appear in indigenous speeches associated with traditional knowledge and practices related with gestation and childbirth. In order to depict the context of the ethnography, information about the process of technical negotiation, which allows these events with financial support of Project Vigisus II, was presented.

Key-words: speech, indigenous traditional medicine, public policies, gestation and childbirth.

LISTAS DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Reuniões no Alto Juruá.....	118
Quadro 1: Resumo da participação indígena nas reuniões	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde
AISAN – Agente Indígena de Saúde e de Saneamento
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASL – Associação Saúde sem Limites
CGEN – Conselho de Gestão do Patrimônio Genético
CNPCT – Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais
DESAI – Departamento de Saúde Indígena
DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
FEPI – Fundação Estadual dos Povos Indígenas do Estado do Amazonas
FOIRN – Federação Indígena do Alto Rio Negro
FUNAI – Fundação Nacional do Índio
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GMI – Grupo de Mulheres Indígenas
IPHAN – Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
MCA – Medicina Complementar e/ou Alternativa
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social
MMA – Ministério do Meio Ambiente
MP – Medida Provisória
MS – Ministério da Saúde
MT – Medicina Tradicional
OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONGs – Organizações Não Governamentais
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
OPIRE – Organização dos Povos Indígenas do Rio Envira
OPIRJ – Organização dos Povos Indígenas do Rio Juruá
OPITAR – Organização dos Povos Indígenas de Tarauacá
PICs – Práticas Integrativas e Complementares
PNASI – Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena

PNPCT – Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais

PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNPMF – Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos

PL – Projeto de Lei

POP – Planos Operacionais

RASI – Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena

RENISI – Rede Nacional de Pesquisa em Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

TCs – Terapias Complementares

TI – Terra Indígena

UGP – Unidade de Gerenciamento de Projeto

UNI – União de Nações Indígenas

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
1 OS DISCURSOS OFICIAIS E A EMERGÊNCIA DA MEDICINA TRADICIONAL COMO OBJETO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	32
1.1 A medicina tradicional no âmbito dos discursos internacionais	33
1.1.1 <i>O discurso da Organização Mundial de Saúde</i>	33
1.1.2 <i>A OIT 169 e a declaração da ONU sobre os direitos dos povos indígenas</i>	36
1.2 A medicina tradicional nos discursos oficiais brasileiros	38
1.2.1 <i>A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)</i>	38
1.2.2 <i>A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)</i>	40
1.2.3 <i>A Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASI)</i>	42
1.3 A medicina tradicional no discurso de deputados federais	43
1.3.1 <i>O projeto de lei do deputado Eduardo Valverde</i>	44
1.3.2 <i>O projeto de lei da deputada Janete Capibaribe</i>	45
1.4 A fragmentação do conhecimento tradicional: sustentabilidade e conhecimento tradicional associado	47
1.4.1 <i>Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT)</i>	48
1.4.2 <i>Conhecimento tradicional associado e patrimônio genético</i>	49
2 ESTADO-NAÇÃO, PODER E MODERNIDADE	51
2.1 O Estado-Nação no contexto internacional	51
2.2 Poder simbólico e poder administrativo: poder de nomear e vigilância estatal	52
2.3 Cidadania, soberania e nacionalismo: a consolidação do Estado-Nação	56
2.4 A modernidade como contexto: o global e o local	57
2.5 A diferença cultural e a produção dos híbridos	59
2.6 A dialética do controle e a indigenização da modernidade	62
2.7 Translocalidade	64
2.7.1 <i>O local como avesso do poder: relações intermédicas e práticas de autoatenção</i>	66
3 A EMERGÊNCIA DO TRADICIONAL COMO OBJETO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	70
3.1 Alinhamentos e descompassos entre os discursos OIT, ONU e OMS	70
3.2 A OMS e as implicações do desenvolvimento	72
3.3 A influência da OMS na construção das políticas públicas brasileiras	74
3.4 Cidadania e inclusão social: o interesse nacional como discurso	81
3.5 As plantas medicinais e o conhecimento tradicional associado	84
3.6 Tradição e soberania no contexto das políticas públicas: a fragmentação do tradicional	86
3.7 Política pública de saúde indígena e a articulação de sistemas médicos	88

3.8 Políticas públicas da tradição e da modernidade: a reconfiguração do local.....	89
4 A ÁREA DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA E O PROJETO ACRE	93
4.1 O Projeto Vigisus.....	94
4.2 A Área de Medicina Tradicional Indígena.....	95
4.3 Conhecimento e método: a pesquisa-ação como estratégia participativa	97
4.4 A Área de Medicina Tradicional Indígena como fronteira: entre o global e o local	100
4.5 O Projeto de Valorização dos Sistemas de Parto Indígenas no Acre: para uma etnografia situada	102
4.5.1 <i>O Projeto Acre em linhas gerais</i>	106
5 OS CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS INDÍGENAS ...	110
5.1 As capacitações de parteiras tradicionais na história: a atuação do Curumim	114
5.2 Os outros cursos de parteiras.....	115
6 AS REUNIÕES DE PARTEIRAS, PAJÉS E AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE COMO	
EVENTOS COMUNICATIVOS	117
6.1 Organização, local e participantes das reuniões	117
6.1.1 <i>Conteúdo programático e dinâmica das reuniões</i>	119
6.1.2 <i>Diversidade linguística, sociocultural e questões de gênero: as relações de alteridade como constitutiva das reuniões</i>	123
6.2 Situando as parteiras, os pajés e os AIS: a intermedialidade como contexto.....	126
7 CORPO, PESSOA E GÊNERO: OS POVOS PANO E O CASO EXEMPLAR KAXINAWA.....	131
7.1 O evento de parto entre os povos pano	132
7.2 Corpo e pessoa entre os Kaxinawa: as relações de substância.....	135
7.3 Relações de gênero e agência entre os Kaxinawa.....	140
8 CURSOS, PARTOS E PARTEIRAS TRADICIONAIS: APROPRIAÇÕES INDÍGENAS DOS	
CONHECIMENTOS E DAS COISAS DO BRANCO	144
8.1 Os discursos sobre as mudanças na prática indígena do “pegar menino”.....	147
8.2 Os cursos e a emergência da parteira tradicional indígena.....	149
8.2.1 <i>Indigenizando os cursos de parteiras indígenas</i>	155
9 OS OUTROS CUIDADORES: AGÊNCIA, INTERMEDICALIDADE E GÊNERO	161
9.1 A atribuição dos pajés no cuidado com a gestação e o parto	162
9.2 O papel dos agentes de saúde no cuidado com as grávidas.....	165
9.3 Agentes de saúde, parteiras e pajés: interações possíveis	167
9.4 O AIS como agente intermédico de cuidados com a saúde.....	171
9.5 Agência e atribuições de gênero nos cuidados com a gestação e o parto	176
10 DIETAS, FOLHAS E REZAS: A EMERGÊNCIA DO PRÉ-NATAL TRADICIONAL.....	181
10.1 As práticas de autoatenção: dietas, condutas e remédios do mato	181
10.2 O pré-natal tradicional na fala dos participantes das reuniões no Alto Juruá.....	186

10.3 Os grupos de trabalho e a emergência do pré-natal tradicional como categoria híbrida.....	188
10.4 A troca de experiências na avaliação indígena	193
11 A EMERGÊNCIA DIALÓGICA NA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA.....	195
11.1 A medicina tradicional em diálogo	198
11.2 A emergência das categorias discursivas no âmbito das reuniões do Alto Juruá	202
12 CONTRATO, DÁDIVA E A LUTA POR RECONHECIMENTO.....	208
12.1 O reconhecimento das parteiras pelos serviços de saúde e pelas comunidades	215
12.2 Contrato: sistema de dádiva <i>versus</i> sistema de Estado.....	218
12.3 Contrato, reconhecimento e a mímica colonial	222
12.4 O problema do reconhecimento	223
12.5 A dimensão interna do reconhecimento: as comunidades.....	225
12.6 O reconhecimento nas relações com o mundo externo: o Estado	227
12.7 O Ponto de vista da gerência da Área de Medicina Tradicional Indígena.....	230
CONSIDERAÇÕES FINAIS	238
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	251

INTRODUÇÃO

Cada vez mais surgem no cenário nacional brasileiro iniciativas voltadas para o fortalecimento e a valorização de conhecimentos, práticas e praticantes tradicionais inscritos em contextos socioculturais particulares. Se por um lado, o Estado, na última década, estimulado pelas tendências do desenvolvimento mundial, começa a elaborar normativas e políticas públicas¹ que utilizam a noção de tradicional para qualificar seus objetos, por outro, iniciativas de “revitalização cultural” também passam a ser tomadas por povos e comunidades, localmente situados, no intuito de contribuir para a sua reprodução social e econômica.²

A medicina tradicional indígena constitui um desses objetos que está sendo pautado pelas políticas públicas, particularmente a de saúde indígena, e pela luta dos povos indígenas na conquista do reconhecimento oficial dos saberes, práticas e praticantes identificados a ela associados.³ Apesar de atualmente não haver uma política nacional específica sobre este tema, existe um conjunto de políticas públicas que usa a noção de tradição para qualificar os objetos e o público-alvo a quem se destina, de modo a configurar uma formação discursiva⁴ própria da qual fazem parte, inclusive, os discursos oficiais sobre as medicinas tradicionais indígenas. No âmbito deste trabalho o conjunto de discursos será chamado de políticas da tradição.

Nesse momento se poderia perguntar por que abordar as políticas da tradição se o foco desta tese recai sobre a emergência das medicinas tradicionais indígenas no campo das políticas públicas? Porque os discursos que falam sobre este tema estão situados em um contexto discursivo mais amplo, configurado nas relações estabelecidas entre o Estado brasileiro e os organismos internacionais. Em outras palavras, é importante analisar o campo

¹ Por políticas públicas compreendem-se os programas de ação governamental voltados para realizar objetivos e metas previamente estabelecidas. As políticas públicas são instituídas por diferentes suportes legais (leis, medidas provisórias, decretos, portarias) (DALLARI BUCCI, 2006).

² Duas experiências importantes de fortalecimento e ‘revitalização’ das medicinas tradicionais indígenas foram o Projeto Medicina Tradicional Baniwa que integra o Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena (RASI) da Universidade Federal do Amazonas, desenvolvido desde o ano de 1987 (GARNELO, 2004); e o Projeto Medicina Tradicional no Alto Rio Negro executado pela ONG Associação Saúde sem Limites (ASL) em parceria com a Universidade de Pernambuco e a Federação Indígena do Alto Rio Negro (FOIRN), entre os anos de 2001 e 2004 (ATHIAS, 2007).

³ A questão das medicinas tradicionais indígenas constituiu-se em um ponto de debate durante as quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena (1986, 1993, 2001 e 2006). A questão da articulação com os sistemas tradicionais indígenas de saúde como um meio de melhorar o estado de saúde das populações indígenas foi debatida de forma mais aprofundada durante a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (1993).

⁴ Formação discursiva designa “conjuntos de enunciados que podem ser associados a um mesmo sistema de regras, historicamente determinadas” (CHARAUDEAU, P; MAINGUENEAU, D., 2006).

das políticas públicas da tradição, por este se constituir no contexto oficial em que acontecem os discursos sobre medicina tradicional indígena. Os discursos veiculados pelos organismos internacionais e pelas políticas públicas brasileiras, ao perpassarem o campo da saúde indígena, contribuem assim para configurá-lo.

No campo da saúde indígena, por sua vez, a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), aprovada pela Portaria nº 254/2002, do Ministério da Saúde (MS), estabelece como uma das suas diretrizes a articulação com os “sistemas tradicionais indígenas de saúde” (PNASI, 2002: 17). A instituição da PNASI estabeleceu as condições legais para que o governo, em parceria com a sociedade civil organizada (Organizações Não Governamentais – ONGs), passasse a implantar um conjunto de ações relacionadas às medicinas tradicionais indígenas. Ao mesmo tempo, abriu mais um canal de negociação interétnica entre os povos indígenas e o Estado, por meio do qual recursos, bens e benefícios são captados por lideranças indígenas e revertidos para o desenvolvimento local das suas comunidades e povos, de acordo com os seus interesses de *developman*⁵ (SAHLINS, 1997a).

A saúde indígena constitui um campo discursivo estruturado por relações objetivas estabelecidas entre agentes que ocupam diferentes posições sociais⁶ (BOURDIEU, 2005: 66). A heterogeneidade dos agentes que integram esse campo é instituída tanto pelos distintos pertencimentos étnicos (indígenas *versus* não indígenas) quanto pelos diferentes vínculos institucionais que eles mantêm com as instituições nas quais atuam, sejam governamentais ou não governamentais, localizadas nos âmbitos locais, nacionais ou internacionais. Por isso, são múltiplas e diversas as vozes que falam sobre medicina tradicional indígena.⁷

⁵ Conceito desenvolvido por Sahlins (1997a) para se referir às perspectivas indígenas sobre o desenvolvimento associado com os fenômenos de intensificação ou florescimento cultural. "Eu prefiro escrevê-la tal como ela soa realmente em inglês: 'develop man', 'desenvolver (o) homem', isto é, o desenvolvimento das pessoas. [...] O desenvolvimento se manifesta caracteristicamente para os povos da Nova Guiné como uma expansão dos poderes e valores tradicionais, sobretudo através da ampliação das trocas cerimoniais e de parentesco. [...] Refere-se a um processo [...] no qual os impulsos comerciais suscitados por um capitalismo invasivo são revertidos para o fortalecimento das noções indígenas da boa vida" (SAHLINS, 1997: 59-60).

⁶ O campo também encerra um “conjunto de relações de força objetivas impostas a todos os que entrem nesse campo e irredutíveis às intenções dos agentes individuais ou mesmo às *interações* diretas entre os agentes [...]. O conhecimento do mundo social e, mais precisamente, as categorias que o tornam possível são o que está, por excelência, em jogo na luta política, luta ao mesmo tempo teórica e prática pelo poder de conservar ou de transformar o mundo social, conservando ou transformando as categorias de percepção desse mundo” (BOURDIEU, 2005: 134-142).

⁷ O Estado por si só é estruturalmente heterogêneo, composto por diferentes redes de relações e de alianças ligadas aos grupos locais que se movimentam de acordo com distintos motivos e interesses. Nele, encontram-se agentes competindo e empregando suas próprias estratégias para tentar influenciar o campo, assim como para impor a sua visão de mundo sobre as demais no que se refere às ações e as formas como elas devem ser realizadas junto aos povos indígenas.

Em suas interações, estes agentes, por possuírem diferentes entendimentos, interesses e versões sobre o tema, encontram-se constantemente disputando poder simbólico para fazer com que o seu ponto de vista prevaleça sobre os demais, de modo a instituir a realidade ao estabelecer o sentido imediato do mundo social ou, neste caso, da medicina tradicional indígena. A perspectiva assumida por esses agentes é influenciada pela posição que ocupam no campo, o que determina a forma e o conteúdo dos enunciados por eles proferidos.

As relações interétnicas historicamente estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado-Nação também são constitutivas do campo da saúde indígena no Brasil. No âmbito nacional é esta relação que organiza a distribuição dos agentes sociais nas distintas posições que o conformam. Assim, o campo da saúde indígena constitui um espaço fronteiro de encontro interétnico e de diferenças culturais, por possibilitar a interação entre diferentes grupos étnicos.⁸ Nesse encontro, fronteiras étnicas⁹ são estabelecidas por meio de sinais diacríticos acessados para demarcar diferenças culturais e manter a dicotomia entre os seus membros do grupo e os outros (BARTH, 1976).

Mas os discursos sobre as medicinas tradicionais indígenas extrapolam as fronteiras nacionais e se alçam em uma escala mundial, dimensão com a qual o próprio Estado está conectado (GIDDENS, 2008). As posições sociais que conformam o campo da saúde indígena estão distribuídas em um amplo espaço social, configurando uma rede de relações que articula os múltiplos locais – as comunidades e os povos indígenas – às esferas nacionais e internacionais. Os discursos oficiais proferidos em uma escala nacional e internacional, por exemplo, tendem a irromper nos locais, dinamizando as relações sociais e transformando realidades. Assim, contextos translocais são instituídos, dando lugar ao surgimento de novas formações culturais que, por sua vez, assumem características próprias devido às interações estabelecidas entre os diferentes agentes que atuam no campo.¹⁰

⁸ Os grupos étnicos constituem um tipo de organização social, em que os atores sociais, a partir de uma identidade étnica específica, classificam a si próprios e aos outros por meio do uso de categorias de incorporação e exclusão de elementos e, assim, organizam a interação dos grupos que se encontram em relação (BARTH, 1976).

⁹ O conceito de grupo étnico desenvolvido por Barth (1976) tende a relegar a cultura para um segundo plano, dando ênfase à dimensão social e à organizacional das relações interétnicas. Entretanto, apesar de adotar o conceito de grupos étnicos de Barth, esta autora procura não relegar os sistemas culturais a essa posição, inclusive por ser a própria diferença cultural um dos elementos utilizados pelos grupos para demarcarem as fronteiras entre seus membros e os outros.

¹⁰ “As articulações global-locais se levam a cabo sobre uma rede de articulações translocais, dando pé a formas criativas de hibridação cultural que são distintas em cada lugar e tempo” (AYORA DIAS, 2007: 155).

A tese, “Entre Discursos Oficiais e Vozes Indígenas sobre Gestação e Parto no Alto Juruá: a Emergência da Medicina Tradicional Indígena no Contexto de uma Política Pública”, por um lado, apresenta um mapeamento dos discursos oficiais dos organismos internacionais e das políticas públicas brasileiras que empregam a noção de tradição para qualificar os seus objetos – medicina tradicional, parteiras tradicionais, conhecimentos tradicionais, povos e comunidades tradicionais – as chamadas políticas da tradição. E, por outro, considera as falas indígenas sobre a gestação e o parto proferidas durante as Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde – eventos sediados em aldeias indígenas que congregaram participantes dos diferentes povos indígenas da região do Alto Juruá no decorrer do ano de 2006. Esses eventos comunicativos foram promovidos pela Área de Medicina Tradicional Indígena, do Projeto Vigisus II/Fundação Nacional de Saúde, também uma política pública.

Com isso, pretende-se compreender o processo de emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas de saúde indígena como uma categoria discursiva. Acredita-se que é por meio dos enunciados dos múltiplos agentes sociais ali posicionados que essa categoria se consolida como um objeto de políticas públicas. Porém esse é um objeto semanticamente inacabado, pois sempre revisto em seus sentidos a cada vez que se fala sobre o tema em situações dialógicas. Portanto, a noção de medicina tradicional indígena se encontra em permanente construção, na medida em que tudo aquilo que está sendo dito sobre ela contribui para o surgimento de novos sentidos que a informam em um contínuo processo de *autopoieses*. “A *autopoiesis* humana implica que no processo de fabricação de sentido o conhecimento é transformado, mesmo quando é mantido e que o sentido é sempre emergente, nunca fixo (TOREN *apud* LAGROU, 2007: 24). Mas ela pode ser considerada também como um símbolo¹¹ polissêmico, já que seus sentidos variam de acordo com o contexto comunicativo em que está sendo colocada em pauta.

As políticas públicas instituídas por normativas específicas instauram realidades ao criarem os objetos e os públicos a quem elas se destinam. Ao concentrar o poder simbólico-administrativo de fazer existir por meio da nomeação oficial, o Estado define os conceitos empregados no escopo dessas políticas. Assim, ao deliberar, por exemplo, quem são os povos e comunidades tradicionais contemplados pela política nacional destinada a esses segmentos sociais, ele estabelece quem pode ser reconhecido por este rótulo, tornando oficial a sua

¹¹ Esta autora adota o conceito de símbolo proposto por Geertz (1989).

existência, mas também, ao mesmo tempo, exclui todos aqueles povos e comunidades que não são contemplados pela definição.

Ao realizar um mapeamento das políticas da tradição busca-se, então, atentar para os dispositivos discursivos empregados por elas para configurar os seus objetos, também, como híbridos culturais. No caso das políticas relacionadas às medicinas tradicionais, a validação científica dos conhecimentos e das práticas e a qualificação dos seus praticantes são dispositivos discursivos fundamentais, por delinarem o caminho através do qual essas medicinas serão integradas aos sistemas de saúde nacionais.

As relações mantidas entre o Estado brasileiro e os organismos internacionais são fundamentais no processo de elaboração das políticas da tradição. Por isso, o advento destas políticas se constitui como um fenômeno moderno, pois o Estado, na condição de organização político-administrativa mundialmente difundida, e estes organismos são instituições características da modernidade (GIDDENS, 2008). Existem, pois, vários alinhamentos e correspondências entre as perspectivas assumidas por eles, sendo a dicotomia entre tradição e modernidade estruturante dos seus discursos oficiais, na medida em que a primeira é definida nos termos da segunda ou em oposição a ela. Assim, nunca a tradição foi tão moderna!

Os discursos oficiais ao irromperem em contextos locais particulares, influenciam a configuração das diferentes realidades socioculturais. Por isso, esta tese também considera os discursos sobre os cuidados com a gestação e o parto, veiculados durante as Reuniões de Parteras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde,¹² onde participaram representantes dos diferentes povos indígenas que habitam o Alto Juruá: Katukina, Kaxinawa, Yawanawa, Shanenawa, Nukini, Nawa, Jaminawa-Arara, Arara, Ashaninka e Kulina.

Essas reuniões se constituíram em eventos comunicativos socialmente situados e dialogicamente estruturados (MANHEIN; TEDLOCK, 1995) que emergiram a partir das relações estabelecidas entre os povos indígenas, representados por suas lideranças, e o Estado, representado pela Área de Medicina Tradicional Indígena. Os enunciados proferidos pelos seus participantes, como práticas discursivas dialogicamente orientadas, ocorreram em um contexto de negociação que possibilitou o exame reflexivo dos discursos enquanto eles estavam emergindo (BRIGGS; BAUMAN, 1990).

¹² Essas reuniões aconteceram no âmbito de um dos projetos de pesquisa-ação realizados pela Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa, como se verá em seguida.

Assim, os discursos não só falaram dos cuidados com a gestação e com o parto realizados pelos povos indígenas do Alto Juruá (dietas, uso de folhas e remédios tradicionais, rezas, etc.), mas também remeterem aos efeitos da implantação do programa governamental de Capacitação das Parteiras Tradicionais sobre a organização comunitária de atenção às gestantes, às parturientes e aos recém-nascidos indígenas. Os cursos de parteiras indígenas foram utilizados pelos participantes das reuniões como um demarcador das diferenças entre as formas de parir e de assistir os partos nas comunidades indígenas antigamente e nos dias atuais. Além disso, instauraram outra dicotomia para estabelecer contrastes entre a forma do branco *versus* o modo do índio de gestar e de parir.

Neste contexto discursivo, foram usadas diversas categorias para expressar os múltiplos entendimentos dos participantes desses eventos sobre os conhecimentos, as práticas e os cuidadores envolvidos nos cuidados prestados à gestação e ao parto no contexto das aldeias indígenas. A organização dialógica das reuniões permitiu com que os sentidos atribuídos a essas categorias surgissem durante o próprio fluir comunicativo ali estabelecido. Algumas das categorias colocadas em debate e que tiveram seus sentidos revelados e atualizados nos diálogos foram: parteira, pajé, agente de saúde, pré-natal tradicional, etc.

A noção de medicina tradicional indígena surge neste contexto associada ao conjunto de cuidados e cuidadores envolvidos no processo de gestação e parto. Essas categorias discursivas associadas conformam uma constelação semântica particular, sendo a relação entre elas o que lhes confere os significados que as informam. Portanto, para que se possam compreender os sentidos que a medicina tradicional indígena assume nos enunciados que falam sobre ela é preciso considerar tanto as associações entre as múltiplas categorias quanto o contexto em que elas irrompem.

É claro que várias nuances significativas dos discursos analisados no âmbito deste tese escaparão à reflexão antropológica aqui empreendida. Isso se deve tanto a complexidade do fenômeno comunicativo abordado que, ao possuir um caráter processual, multidimensional e polifônico, excede às tentativas de inscrição da ação social por meio da escrita, quanto à própria limitação imposta pela natureza deste trabalho. Diante disso esta autora se viu na difícil tarefa de escolher entre uma diversidade de vozes, aquelas que serão objeto de reflexão,

tendo em vista os objetivos desta tese. Mas, como se verá no decorrer da leitura, os discursos trazidos até este lugar falam por si e extrapolam a própria análise realizada.¹³

Se nos discursos oficiais nos deparamos com o processo de apropriação e descontextualização de determinados conhecimentos e práticas da medicina tradicional, por meio do processo de validação científica e qualificação dos seus praticantes, as vozes indígenas nos eventos comunicativos do Alto Juruá também remetem aos processos de apropriação e indigenização dos discursos veiculados pelas políticas públicas, que os transformam em vias de acesso a bens e benefícios que atendam a seus interesses próprios. Assim se está diante do fenômeno de indigenização da modernidade em uma de suas faces (SAHLINS, 1997a), em que a dialética de controle (GIDDENS, 2008) é utilizada pelos grupos subordinados para inverter as posições do poder e controlar a negociação com os agentes não indígenas do Estado, incluindo, aqui, os antropólogos diferentemente posicionados neste campo.

A presente tese está organizada da seguinte forma: o primeiro capítulo, “Os Discursos Oficiais e a Emergência da Medicina Tradicional como Objeto de Políticas Públicas”, apresenta uma síntese dos discursos oficiais dos organismos nacionais e das políticas públicas brasileiras. Dentre os documentos internacionais analisados estão: Estratégias da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre Medicina Tradicional 2002-2005 – Convenção nº 169 da Organização Internacional de Trabalho; e Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas. As políticas públicas brasileiras aqui analisadas são: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena; Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais; Projeto de Lei nº 5.078/2005, do deputado federal Eduardo Valverde; Projeto de Lei nº 2.145/2007, da deputada federal Janete Capibaribe e Medida Provisória (MP) nº 2.186-16, de 23 de agosto de 2001, que legisla sobre o conhecimento tradicional associado à biodiversidade.

O segundo capítulo, “Estado-Nação, Poder e Modernidade”, apresenta uma discussão teórica sobre as relações que o Estado-Nação mantém com os organismos internacionais em um contexto mundialmente conectado. Para tanto analisa as influências que estes organismos

¹³ Devido a essas limitações, esta autora optou por não trabalhar com os discursos proferidos no contexto de diálogo estabelecido entre os participantes indígenas das reuniões e os profissionais de saúde que participaram desses eventos. Estes enunciados serão analisados e publicados em outra oportunidade.

exercem no processo de elaboração das políticas públicas nacionais, bem como os poderes característicos – simbólico e administrativo – exercidos por essas instituições para ampliar o monitoramento reflexivo tanto sobre as populações adstritas ao território do Estado quanto sobre o mundo, no caso dos organismos internacionais. Aqui será introduzida a questão da dialética do controle levada a efeito pelos grupos subordinados para manter a sua autonomia e reverter a seu favor o controle que o Estado passa a ter sobre o *mundo da vida* dessas populações.

O terceiro capítulo, “A Emergência do Tradicional do Objeto de Políticas Públicas”, apresenta uma análise dos discursos oficiais anteriormente apresentados, à luz da discussão teórica desenvolvida no segundo capítulo. Aqui a elaboração das políticas públicas brasileiras é influenciada pela dinâmica internacional – política e econômica – do sistema mundial. Dessa forma, avaliam-se como estas influências propiciam o surgimento das políticas da tradição e de que maneira o tradicional passa a qualificar os objetos das políticas públicas, abrindo caminho para a emergência de objetos híbridos de políticas públicas.

No quarto capítulo, busca-se situar a Área de Medicina Tradicional Indígena, do Projeto Vigisus II/Funasa, viabilizada por um acordo de empréstimo estabelecido entre o governo brasileiro e o Banco Interamericano para Reconstrução e Desenvolvimento (Banco Mundial – BIRD).¹⁴ Essa área ocupou uma posição fronteiriça tensa: de um lado, encontravam-se as tendências desenvolvimentistas do Estado nacional e do Banco Mundial; do outro, os interesses de *developman* (SAHLINS, 1997a) dos povos indígenas contemplados pelas ações fomentadas por ela. Nesta tese a Área de Medicina Tradicional Indígena é a ponte pela qual se atravessa dos discursos oficiais globalizantes para as vozes indígenas que povoaram as Reuniões de Parteiros, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde (AIS). Convém dizer que o fato de esta autora ter ocupado a posição de gerente desse programa de ações governamentais contribuiu para a configuração desta tese tanto pelo acesso aos dados etnográficos trabalhados quanto por possibilitar as reflexões realizadas.

Neste mesmo capítulo é apresentado o Projeto de Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto das Etnias Indígenas do Acre e Sul do Amazonas (Projeto Acre), já que as Reuniões de onde emergiram os discursos aqui analisados foram atividades que fizeram parte

¹⁴ O Banco Mundial, formado por um conjunto de organizações financeiras, “é classificado como organização internacional de gestão, pois presta serviços aos Estados-membros no campo do desenvolvimento, o que lhe confere grande alcance na formulação de políticas públicas para países-membros” (RODRIGUES, 2006; 193).

do seu escopo. Com a pretensão de fazer uma etnografia situada, trazem-se algumas informações sobre o processo de negociação técnico-político estabelecido entre os vários agentes envolvidos na elaboração e operacionalização do Projeto Acre. No capítulo “Os Cursos de Aperfeiçoamento das Parteias Tradicionais Indígenas”, retomam-se os antecedentes do Projeto Acre, de modo a auxiliar o leitor a compreender as avaliações que os participantes das Reuniões de Parteias, Pajés e AIS fizeram a respeito desses cursos que ocorreram entre os anos de 2000 e 2004 no Alto Juruá. No próximo capítulo há a contextualização das Reuniões de Parteias, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde, onde se expõem a forma de organização do evento, sua programação, bem como apresenta os seus participantes. No item seguinte – “Corpo, Pessoa e Gênero: os Povos Pano e o Caso Exemplar dos Kaxinawa” – abordam-se questões relativas às teorias de corporalidade, pessoa e gênero, pertinentes por desvelarem alguns dos sentidos que informam as falas dos participantes desses eventos. Como a maioria dos participantes dessas reuniões pertencia aos povos Pano, sendo o Kaxinawa o melhor representado, optou-se por considerar a literatura etnológica que trata destas questões entre este grupo indígena. Dessa forma, pretende-se demonstrar que, além de manterem a saúde e intervirem sobre os agravos que ocorrem durante a gestação e o parto, essas práticas estão a serviço do processo de construção de corpos e pessoas aparentadas entre os *Huni Kuin*.

Já no capítulo “Cursos, Partos e Parteias Tradicionais: apropriações indígenas dos conhecimentos e das coisas do branco”, analisa-se como os processos de apropriação e indigenização dos cursos de parteiras e, conseqüentemente, dos conhecimentos e dos materiais do *kit* parteira neles distribuídos, surgiram nos discursos dos participantes das reuniões. As falas indígenas revelaram que a realização dos cursos trouxe mudanças para a forma como os partos eram assistidos nas aldeias indígenas do Alto Juruá. Por outro lado, indicaram também que esses cursos contribuíram para a emergência do cargo de parteira tradicional indígena nos múltiplos contextos étnicos e comunitários dessa região, transformando os papéis e própria organização do cuidado com a gravidez e o parto.

No capítulo “Os Outros Cuidadores: agência, intermedicalidade e gênero”, são evidenciados os discursos que tratam sobre os papéis que os pajés e os agentes indígenas de saúde desempenham no cuidado com as gestantes, as parturientes e os recém-nascidos indígenas. Esses discursos expressam o quanto a prática desses cuidadores assume um caráter intermédico quando, no exercício de sua agência, eles fazem diversos arranjos entre saberes e procedimentos inscritos em diferentes horizontes socioculturais – o indígena e a biomedicina.

Por outro lado, também revela que a agência exercida por esses cuidadores está marcada pela sua identidade de gênero. Neste momento, é feita uma reflexão sobre como a questão de gênero é determinante na distribuição das atribuições de cada um dos agentes que cuidam da gestação e do parto, buscando demonstrar que esse sistema de cuidado extrapola o domínio feminino e envolve a rede familiar e de parentesco em que a mulher está inscrita.

A parte que trata das “Dietas, Folhas e Rezas: a emergência do pré-natal tradicional” foca nos discursos que abordam as práticas de autoatenção utilizadas durante a gestação e o parto para garantir a saúde da mulher e da criança que está para nascer e que fazem parte dos processos socioculturais de produção de corpos e de pessoas aparentadas entre os povos indígenas do Alto Juruá. A categoria discursiva “pré-natal tradicional” ou “pré-natal indígena” apareceu nas falas dos participantes destes eventos comunicativos para se referirem a este conjunto de práticas.

No capítulo seguinte analisa-se como a categoria de medicina tradicional e os múltiplos sentidos a ela atribuídos emergem nos discursos dos participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS. No fluir dos diálogos instaurados nesses eventos, os sentidos atribuídos a essa categoria passaram a ser revistos, surgindo novas definições para essa noção. Dessa forma, busca-se demonstrar que a noção de medicina tradicional indígena está sendo constantemente recriada em seus sentidos nas múltiplas situações dialógicas em que é colocada em pauta.

Por fim, o capítulo, “Contrato, Dádiva e a Luta por Reconhecimento”, trata sobre as reivindicações dos participantes das reuniões pela contratação remunerada das parteiras indígenas. Neste contexto discursivo, as demandas por contrato estão associadas à luta pela conquista do reconhecimento do Estado para com a atuação das parteiras. Mas essa luta também encerra outra dimensão, como, por exemplo, o próprio reconhecimento das comunidades e das gestantes sobre a importância do trabalho das parteiras. Aqui o reconhecimento aparece como confiança da gestante em recorrer aos préstimos da parteira, o que nem sempre acontece. Nesta parte do trabalho também são problematizadas as implicações que o contrato remunerado traria para a organização dos cuidados comunitários com a gestação e o parto, na medida em que o reconhecimento profissional implica a regulamentação do ofício e a integração das parteiras ao sistema oficial de saúde.

Reflexões Metodológicas

No âmbito desta tese, opera-se com a noção de medicina tradicional indígena em dois sentidos: o primeiro como um espaço fronteiriço de relações interétnicas estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado, concretizado com a criação da Área de Medicina Tradicional Indígena, do Projeto Vigisus II/Funasa, durante o ano de 2004. Foram os discursos oficiais que permitiram a criação dessa área no âmbito de um acordo de empréstimo firmado entre o governo brasileiro e o Banco Mundial. Entretanto, a criação desse espaço propiciou o acontecer de uma série de projetos de pesquisa-ação (THIOLLENT, 2007) que mobilizaram uma multiplicidade de agentes sociais – indígenas e não indígenas – em localidades diversas do Brasil, para debaterem sobre questões relativas às medicinas tradicionais indígenas e temas associados.

Neste caso, a medicina tradicional indígena é entendida como uma categoria discursiva que emerge nos enunciados dos vários agentes que falam sobre ela. Como categoria discursiva, ela passa a ser definida durante o próprio fluir comunicativo que ocorre nos eventos que acontecem no campo da saúde indígena. Portanto, os sentidos que a informam, além de serem múltiplos e polissêmicos, são emergentes.

Para os fins desta tese, serão trabalhados os discursos veiculados pelos participantes das Reuniões de Parteira, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde, que ocorreram durante o ano de 2006, na região do Alto Juruá. Nesses eventos, os sentidos atribuídos à noção de medicina tradicional indígena se desvelaram em sua complexidade semântica apenas quando associados a outras categorias colocadas em discurso, tais como parteiras, pajés, remédios tradicionais, plantas medicinais, rezas, entre outros. E, até mesmo, a um conjunto de termos que remetem a relação que os povos indígenas dessa região estabeleceram com o sistema oficial de saúde.

Pode-se pensar que a relação entre a medicina tradicional indígena como espaço fronteiriço de encontro interétnico e a medicina tradicional indígena como categoria discursiva é hierárquica (DUMONT, 2007): a categoria discursiva é englobada pelo espaço da medicina tradicional indígena onde irrompe. Este, por sua vez, apenas se torna possível na medida em que as pessoas estão dispostas a falar sobre as medicinas tradicionais e os assuntos a elas associados.

Por ser viabilizada por um acordo de empréstimo e propiciar o acontecer de múltiplos eventos comunicativos em distintas localidades indígenas, a Área de Medicina

Tradicional Indígena estava situada em uma posição fronteiriça tensa – por um lado estão as tendências desenvolvimentistas dos organismos internacionais e do Estado-Nação que possibilitam a sua existência; por outro estão os interesses dos povos indígenas que participaram dos projetos e atividades realizadas por essa Área.

É justamente neste espaço de entremeio que esta autora, na condição de antropóloga, estava situada, na medida em que ocupava a posição de gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena. Foi a partir desse lugar que esta tese foi elaborada tanto no que se refere à produção dos dados etnográficos quanto às reflexões aqui realizadas. Afinal de contas novos locais de cultura (BHABHA, 2005) requerem novos lugares do “fazer antropológico”, e o lugar de gerência dessa área é um destes lugares possíveis.

Os discursos a serem analisados nesta tese podem ser classificados em duas modalidades: os escritos (textos) e os falados (atos de fala). Os primeiros capítulos trabalham, basicamente, com os textos dos organismos internacionais e das políticas públicas brasileiras, que empregam a noção de “tradicional” para qualificar os seus objetos. Para o desenvolvimento dos capítulos nos quais está situada a Área de Medicina Tradicional Indígena, o Projeto Acre e, até mesmo, as Reuniões de Parteiros, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde, foi utilizada documentação produzida pela própria Área (relatórios, projetos, produtos de consultoria). Por fim, os capítulos que tratam sobre os discursos dos indígenas veiculados nos durante as reuniões a respeito dos cuidados com a gestação e o parto foram elaborados a partir das gravações realizadas pela equipe interétnica de execução do Projeto Acre das reuniões.

O material em áudio, em forma bruta, foi encaminhado à Área de Medicina Tradicional Indígena como um dos produtos da consultoria prestada ao Projeto Vigisus II.¹⁵ O registro em mídias digitais permitiu o descolamento dos discursos do contexto de fala imediato e a sua reprodução em outros tempos e em outros espaços, tais como o desta tese. A transcrição dos áudios dessas reuniões, por sua vez, foi feita por esta autora.

Ainda com relação ao tipo de registros, existem situações distintas: alguns discursos falados foram gravados em situação de presença, ou seja, quando esta autora esteve presente nesses eventos comunicativos e pôde interagir face a face com os seus participantes; outros

¹⁵ Para realizar os registros em áudio destas reuniões a equipe solicitou autorização dos participantes destes eventos, esclarecendo que esse material seria encaminhado para a Área de Medicina Tradicional Indígena, instância que estava financiando o projeto. Este material está disponível na Biblioteca Virtual que faz parte da Rede Nacional de Pesquisa em Saúde Indígena (RENIS).

discursos foram acessados em registros digitais realizados pelos antropólogos que trabalharam na equipe de execução do Projeto Acre. No que se refere à primeira situação, convém esclarecer que houve a oportunidade de acompanhar um Curso de Aperfeiçoamento das Parteras Tradicionais Indígenas que ocorreu no município de Mâncio Lima, em novembro de 2005, assim como a reunião que aconteceu na Terra Indígena (TI) Kaxinawa do Caucho em março de 2006, Tarauacá.

Por outro lado, mesmo não estando presente em alguns dos eventos aqui analisados, como o caso das reuniões da TI Katukina de Campinas em Cruzeiro do Sul e da Aldeia Morada Nova em Feijó, o que impossibilitou a interação face a face com os participantes em situações de co-presença, como gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena responsável pela elaboração e condução do Projeto Acre, esta autora exerceu influência direta sobre a configuração de tais eventos, participando dos diálogos que aí aconteceram como um “outro ausente”, aquele que através de sua ação possibilitou o acontecer dessas reuniões. Portanto, o texto aqui elaborado traz considerações baseadas tanto nas transcrições dos áudios quanto nas observações participantes realizadas nos eventos em que esta autora esteve presente.

O que permite o arranjo desta complexa situação etnográfica é a própria condição de modernidade em que está situado o acontecer das Reuniões de Parteras, Pajés e AIS.

O advento da modernidade arranca crescentemente o espaço do tempo fomentando relações entre outros ‘ausentes’, localmente distantes de qualquer situação dada ou interação face a face. Em condições de modernidade, o lugar se torna cada vez mais fantasmagórico: isto é, os locais são completamente penetrados e moldados em termos de influências sociais bem distantes deles. O que estrutura o local não é simplesmente o que está presente na cena; a ‘forma visível’ do local oculta as relações distanciadas que determinam sua natureza (GIDDENS, 1991: 27).

De qualquer forma, ao considerar tanto os discursos oficiais que tratam sobre o tema quanto as vozes indígenas pronunciadas em eventos localmente situados, busca-se elaborar uma descrição densa do fenômeno de emergência da medicina tradicional no campo das políticas públicas de saúde indígena. Desse modo, tenta-se desvelar algumas complexas camadas de significados que informam este fenômeno, fazendo uma descrição das múltiplas dimensões significativas, vinculadas uma as outras e que, não raro, são “simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas” e que precisam ser apreendidas para, posteriormente, serem interpretadas e analisadas à luz da teoria antropológica (GEERTZ, 1989: 22).

Neste empreendimento ainda se busca realizar uma etnografia situada das Reuniões de Parteiros, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde ao trazer para o texto informações sobre a negociação política estabelecida entre os vários agentes que participaram da elaboração e execução do Projeto Acre, que possibilitaram o acontecer desses eventos.¹⁶ Mesmo assim, acredita-se que o texto aqui apresentado constitui uma interpretação de interpretações outras. Portanto, trata-se de uma ficção, no sentido de ser “algo construído”, uma leitura do que acontece em vários lugares interconectados pela condição de modernidade, neste processo de irrupção da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas.

Discurso, Diálogo e a Emergência da Cultura: revisitando conceitos

Se os discursos veiculados tanto pelos organismos internacionais e pelo Estado brasileiro, por meio da escrita, quanto pelos agentes que participaram das Reuniões de Parteiros, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde se constituem em lugar privilegiado para a análise dos processos de emergência da medicina tradicional no campo das políticas públicas, então, para prosseguir neste caminho, é necessário revisar os conceitos que informam este empreendimento.¹⁷

No âmbito desta tese, o discurso é compreendido como o acontecer da linguagem (RICOEUR, 1995), um tipo de ação social que emerge e se atualiza durante o “ato de fala” (BAUMAN; BRIGGS, 1990). Entretanto, o discurso apenas pode ser compreendido por que encerra um sentido que é definido tanto pela intenção do interlocutor ao dizer algo quanto pela forma como o enunciado é construído. Por isso, para Ricoeur (1995: 23-26), o discurso se institui por meio da dialética entre acontecimento e significado:

¹⁶ “Etnografia Situada: o Político e o Técnico”. Palestra proferida por Suzana de Mattos Viegas. Seminário do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Brasília. Abril, 2008.

¹⁷ *O Dicionário de Análise de Discurso* apresenta algumas ideias centrais que informam o conceito de discurso. Dentre as que aqui interessa pontuar estão: 1º) *O discurso é orientado*, não só porque é concebido em função do *objetivo* do locutor, mas também porque ele se desenvolve no tempo, em função de um fim, considera-se que vai chegar a algum lugar; 2º) *O discurso é uma forma de ação*, na medida em que toda enunciação é um ato de fala; 3º) *O discurso é interativo*, na medida em que toda enunciação, mesmo produzida sem a presença concreta de um destinatário, é de fato assumida em uma interatividade constitutiva; ela é uma troca, explícita ou implícita, com outros locutores, virtuais ou reais; ela supõe sempre a presença de uma outra instância de enunciação à qual o locutor se dirige e em relação à qual ele constrói seu próprio discurso; 4º) *O discurso é contextualizado*, pois não se pode atribuir um sentido a um enunciado fora do seu contexto, mas também o discurso contribui para definir o contexto em que está inscrito, podendo *modificá-lo* durante a enunciação; 5º) *O discurso é regido por normas* sociais, na medida em que cada ato de linguagem é regido por normas particulares. Nenhum ato de enunciação pode ocorrer sem justificar, de uma maneira ou de outra, seu direito de apresentar-se tal como se apresenta; 6º) *O discurso é assumido em um interdiscurso*, já que ele não adquire sentido a não ser no interior de um universo de outros discursos. Para interpretar o menor enunciado, é preciso colocá-lo em relação com outros enunciados (2006: 168-172).

O acontecimento é a experiência entendida como expressão, porém é também o intercâmbio intersubjetivo em si e a comunicação com o receptor. O que se comunica no acontecimento da fala não é a experiência do falante como esta foi experimentada, mas sim seu sentido. A experiência vivida permanece em forma privada, porém seu significado, seu sentido, se faz público através do discurso. [...] Podemos dizer que a linguagem é em si o processo pelo qual a experiência privada se faz pública (RICOEUR, 1995: 9-10, 33).

O discurso só existe na forma de enunciados concretos feitos por interlocutores individuais: os sujeitos da fala. Ele sempre é dirigido a alguém, a um destinatário. Portanto, é a presença de um falante e de um ouvinte que institui o diálogo como estrutura fundamental do discurso (RICOEUR, 1995; BAKHTIN, 1980).

O acontecimento não é somente a experiência tal como é expressa e comunicada, sim também o intercâmbio intersubjetivo em si, o acontecer do diálogo. A instância do discurso é a instância do diálogo. O diálogo é um acontecimento que conecta dois acontecimentos: falar e escutar (RICOEUR, 1995: 30).

O contexto dialógico do discurso tem um papel fundamental na construção do seu sentido. Os enunciados apenas adquirem relevância semântica ao estarem ancorados nestes contextos nos quais eles acontecem como atos de fala (BAKHTIN, 1980). Todo enunciado sempre está relacionado a outros aos quais ele se refere. Dessa forma, todo o discurso é dialogicamente orientado, já que falar sobre um determinado tema, geralmente, significa se remeter ao que

já foi articulado, disputado, elucidado e avaliado de várias formas. Vários pontos de vista, visões de mundo e tendências cruzadas, convergem e divergem nele. [...] O tema de seu discurso em si mesmo torna-se inevitavelmente a arena onde sua opinião encontra aquela de seus parceiros [numa conversação ou disputa sobre algum evento cotidiano] ou outro ponto de vista, visão de mundo, tendência, teorias e assim por diante [na esfera da comunicação cultural]. Visão de mundo, tendências, ponto de vistas e opiniões sempre tem expressão verbal. Tudo isso é o discurso de outros refletido no enunciado. Até a mais leve alusão ao enunciado de outros coloca o discurso num círculo dialógico. [...] Um enunciado está ligado no canal da comunicação discursiva e não pode ser separado das ligações precedentes que o determinam (BAKHTIN, 1980).

A dialogicidade, portanto, é o fundamento de todo e qualquer enunciado e, conseqüentemente, de todo discurso. Foucault (2005) também remete à dimensão dialógica do discurso ao afirmar que os enunciados estão sempre relacionados a outros já proferidos:

Seja para repeti-la, seja para modificá-las, seja para se opor a elas, seja para falar de cada uma delas; não há enunciado que, de uma forma ou de outra,

não reatualize outros enunciados. O enunciado se delinea em um campo enunciativo onde tem lugar e *status*, que lhe apresenta relações possíveis com o passado e que lhe abre um futuro eventual. [...] Sempre um enunciado faz parte de uma série ou de um conjunto desempenhando um papel no meio dos outros, neles se apoiando e deles se distinguindo. [...] Não há enunciado que não suponha outros (FOUCAULT, 2005: 111).

A noção de dialogicidade (BAKHTIN, 1980) é central na definição do conceito de discurso, pois se refere às relações que os enunciados mantêm uns com outros – os produzidos anteriormente (relações interdiscursivas) e os que ainda serão proferidos por destinatários reais ou virtuais em resposta ao enunciado do locutor.¹⁸ Mas o diálogo é tanto o fundamento da linguagem e da comunicação humana quanto um gênero discursivo próprio ou um conjunto de gêneros dialógicos (conversacionais).¹⁹

Como gênero de fala específico, o diálogo pode ser definido como “um modo cultural e historicamente definido de conceber certas transações verbais e tem, enquanto tal, uma força retórica considerável” (CAPRANZANO, 1991: 60). Por meio do diálogo, mundos são constituídos e compartilhados, permitindo às pessoas que participam dele chegar a um entendimento comum sobre o tema em pauta. “O diálogo cria um mundo ou, pelo menos, uma compreensão das diferenças entre dois mundos” (CAPRANZANO, 1991: 61). Por estar aberto ao processo comunicativo, o diálogo possui uma função integradora, permitindo que a forma da interação seja definida durante a conversa.

Para Gadamer *apud* Capranzano (1991), nem o falante nem o ouvinte possuem controle sobre o diálogo. Ao contrário, o verdadeiro diálogo é aquele em que os sujeitos engajados na conversação se deixam levar por ele. O diálogo, enquanto acontecer da linguagem por meio da qual se dá o entendimento, requer que os sujeitos da fala estejam abertos às questões e intenções de seus interlocutores de modo a compreendê-los. O diálogo exige que “os participantes se entendam, que estejam um com o outro, e que se deixem conduzir pelo objeto da conversa. Na verdadeira conversa, surge algo novo para os

¹⁸ “Enunciados longamente desenvolvidos, ainda que emanem de um interlocutor único [...] são monológicos apenas em sua forma exterior, mas em sua estrutura interna, semântica e estilística, são essencialmente dialógicos” (VOLOCHINOV *apud* CHARAUDEAU *et al*, 2006: 161).

¹⁹ “Um gênero discursivo não é uma forma de linguagem, mas uma forma típica de enunciado; como tal o gênero também inclui certo tipo de expressão que é inerente a ele. No gênero a palavra adquire uma expressão típica particular. Gêneros correspondem a situações típicas de comunicação discursiva, temas típicos e, consequentemente, também a contatos particulares entre o significado das palavras e a realidade concreta sob certas circunstâncias típicas” (BAKHTIN, 1980).

participantes e, de certo modo, independente deles” (GADAMER *apud* CAPRANZANO, 1991: 62).

O diálogo é “uma travessia, um compartilhar, senão de uma base de compreensão mútua, ao menos de uma concepção comunicativa comum, uma aproximação, uma fusão” (CAPRANZANO, 1991: 60). Mas, se o diálogo possui essa função integradora que permite a aproximação do outro e a transformação daqueles que participam da conversação na medida em que algo novo emerge do encontro dialógico, ele também pode se constituir numa relação tensa, agonística e de oposição (CAPRANZANO, 1991: 66).

De qualquer forma, se mundos plenos de sentido são construídos pelo diálogo, seja integrador, seja agonístico, as culturas também são continuamente produzidas, reproduzidas e revisadas por meio dos diálogos. Os “eventos culturais [...] são cenas onde a cultura compartilhada emerge da interação” (MANHEIM; TEDLOCK, 1995).

Até a mais simples conversação é construída conjuntamente por seus participantes. [...] Os sentidos da contribuição de cada participante são continuamente reavaliados por todos [...] Nesse sentido, a linguagem tem uma qualidade emergente, produzida pelos falantes e distanciada deles. A ideia de ‘emergência’ é central para compreender como a cultura e a linguagem adquirem regularidades por meio da interação de indivíduos sem ser reduzido a eles (MANHEIM; TEDLOCK, 1995: 9).

A noção de emergência dialógica da cultura encerra tanto a ideia de que por meio da interação surge algo novo, diferente daquilo que foi enunciado anteriormente, quanto a noção de que os eventos comunicativos sempre estão sujeitos a certas contingências. Neste caso, o mundo sociocultural está constantemente sendo feito e refeito através dos discursos proferidos por agentes engajados em atividades comunicativas. Os participantes de um evento comunicativo estão socialmente situados num mundo social dialógico e em processo (MANHEIM; TEDLOCK, 1995).

Se assim for, então, a própria noção de medicina tradicional indígena, ao ser posta em diálogo nos múltiplos eventos que ocorrem no campo da saúde indígena, também encerra uma qualidade emergente: tanto como objeto das Políticas da Tradição, quanto como nas múltiplas definições que os povos indígenas atribuem a ela. Mas, ao falarem sobre a medicina tradicional indígena, essas mesmas definições são revistas, e novos sentidos passam a informar essa noção em um permanente processo de criação.

Porém os agentes que falam sobre a medicina tradicional indígena também estão empenhados em demonstrar aos demais a sua autoridade discursiva para tratar do assunto (BRIGGS, 1996). Mais uma vez se está diante do processo conflituoso de disputas instauradas para nomear, definir e enquadrar as medicinas tradicionais indígenas, a partir de posições de autoridade assumidas por determinados agentes que pretendem dar um *status* de verdade a uma determinada versão acessada a partir de certo ponto de vista.

1 OS DISCURSOS OFICIAIS E A EMERGÊNCIA DA MEDICINA TRADICIONAL COMO OBJETO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste capítulo apresenta-se um mapeamento dos discursos dos organismos internacionais e das políticas públicas brasileiras, que têm os seus objetos qualificados pela noção de “tradição” – medicina tradicional, conhecimentos tradicionais, povos e comunidades tradicionais, parteiras tradicionais, entre outros. Os discursos sobre a medicina tradicional indígena também fazem parte deste contexto discursivo oficial. Portanto, é fundamental considerá-lo para compreender os sentidos que esta noção adquire ao se tornarem objetos das Políticas da Tradição.

Para Giddens (2008), o discurso pode ser falado e escrito e, como tal, produzir um texto. Ao passo que o discurso falado, por sua própria natureza, é evanescente, e sua duração é limitada às circunstâncias de sua produção, os textos assumem uma duração que permanece através do tempo e do espaço. Na fala, o que um ator quer dizer, e o significado do que foi dito, é normalmente um e o mesmo. Os oradores empregam todo tipo de “dispositivos metodológicos” para assegurar que seja assim (GIDDENS, 2008: 68).

Mas, como Ricoeur diz, o texto escapa ‘do horizonte finito vivido por seu autor’ e ‘o que o texto diz agora importa mais do que o autor pretendia dizer’. O autor de um texto é capaz de dirigi-lo a uma audiência específica, e de expressar certos significados por meio dele. Porém, em princípio, o texto pode alcançar audiências bastante distantes de seu ator, e pode ser lido de um modo que ele nunca poderia imaginar. Os textos também se separam das amarras que a ‘referência ostensiva’ proporciona em um discurso falado. A comunicação do significado em uma ação definida depende basicamente da consciência compartilhada entre os elementos do contexto dessa ação. [...] Entretanto, um texto abre novas possibilidades de referência, negadas em comunicações orais, quando ele não está mais saturado por referências ostensivas. Já que eles não dependem, para a sua interpretação, das situações nas quais foram produzidos, os textos abrem novos horizontes ou ‘projetam novos caminhos de ser’ (GIDDENS, 2008: 68).

Os organismos internacionais e o Estado-Nação são organizações modernas que mantêm relações em um contexto mundialmente conectado. Se por um lado, os organismos internacionais influenciam o processo de elaboração das políticas públicas nacionais; por outro, o Estado se apoia nos discursos internacionalmente veiculados para instaurar um sistema de vigilância sobre as populações adstritas ao seu território. Nesse empreendimento, a escrita, por ser constitutiva do aparato administrativo do Estado moderno, é o que viabiliza a ampliação do monitoramento reflexivo do Estado. Entretanto, os grupos subordinados

também criam estratégias para manter a sua autonomia e reverter a seu favor o controle exercido pelo Estado sobre o seu *mundo da vida*. Aqui se está diante do dispositivo da dialética do controle (GIDDENS, 2008).

1.1 A medicina tradicional no âmbito dos discursos internacionais

Desde a década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conjunto com outros organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), recomenda que os Estados nacionais considerem os recursos e os praticantes das medicinas tradicionais na organização da atenção primária à saúde, tendo em vista a melhoria das condições de saúde da população. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata,²⁰ “em consonância com a nova ordem econômica internacional”, reconhece que os praticantes das medicinas tradicionais poderiam colaborar nos cuidados primários de saúde, desde que devidamente treinados para trabalhar e responder às necessidades de saúde das comunidades.

1.1.1 O discurso da Organização Mundial de Saúde

É somente em 2002 que a OMS publica o documento *Estratégias da OMS sobre a Medicina Tradicional – 2002-2005* com as diretrizes para a integração da medicina tradicional (MT) aos sistemas de saúde nacionais. Ao serem integradas aos sistemas de saúde nacionais, a MT assumiria, então, o *status* de Medicina Complementar e/ou Alternativa (MCA).²¹

Apesar de reconhecer a grande diversidade das orientações teóricas que fundamentam as práticas da MT,²² a OMS emprega a categoria no singular, adotando uma definição que esteja de acordo com os seus objetivos integracionistas, portanto, que seja prática e útil, ampla e inclusiva. A medicina tradicional é entendida como:

Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades (OMS, 2002: 7).

²⁰ Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 1978.

²¹ Para os fins deste trabalho não será aprofundada a análise sobre a MCA, para além do fato de as medicinas tradicionais assumirem esse *status* ao serem integradas aos sistemas oficiais de saúde.

²² A medicina tradicional é classificada pela OMS em dois tipos: nas que fazem uso de terapias com medicação, quando há o uso de plantas, animais e/ou minerais; e terapias sem medicação, como o caso da acupuntura, das terapias manuais e espirituais.

As estratégias apresentadas pela OMS pretendem superar a falta de controle que os Estados possuem sobre o exercício das medicinas tradicionais. Para tanto, é sugerida a criação de políticas nacionais voltadas para a integração da MT aos sistemas de saúde oficiais como um meio de instaurar mecanismos para garantir a segurança, a eficácia, a qualidade, o acesso e o uso racional de tais terapêuticas. Essas políticas deverão incluir temas como a legislação e a regulação de produtos e práticas; a formação e a licença para os praticantes; a pesquisa e o desenvolvimento; e a distribuição dos recursos econômicos.

A OMS acredita que a ampla difusão da MT no mundo atual está associada aos “sistemas de **crenças culturais**” e a circunstâncias históricas específicas. Ao possuir baixo custo, ser acessível à grande parte da população e atender a algumas das suas necessidades de saúde, a MT contribuiria para a redução das taxas de morbimortalidade, principalmente nos países pobres. Dessa forma, convém que os Estados as reconheçam como um potencial de desenvolvimento, criando medidas para ampliar o acesso às terapêuticas da MT.²³

Entretanto, se a MT possui uma série de características positivas que a torna um potencial a ser utilizado para incrementar o acesso de pacientes e consumidores a diferentes terapêuticas e recursos de saúde, também é necessária a superação de inúmeros desafios para torná-la oficialmente válida. Dentre os desafios a serem superados pelo Estado estão a falta de evidências clínicas que comprovem a eficácia da MT e os problemas para assegurar a qualidade, a segurança e o uso correto desses recursos.

Por ter-se desenvolvido em diferentes contextos culturais e regionais e estar fundamentada em cosmologias e filosofias distintas, a MT não apresenta padrões e métodos terapêuticos homogêneos, o que dificulta a identificação das terapias mais seguras e eficazes do ponto de vista biomédico. Na visão da OMS, a diversidade cultural que informa a MT faz com que alguns médicos alopatas criem resistências perante os problemas de interpretação e aplicação dessas terapêuticas, obstaculizando a sua integração aos sistemas de saúde oficiais.

A medicina alopática tem sua base firmemente arraigada na cultura ocidental. Os médicos enfatizam, portanto, seu enfoque científico e afirmam que ela está tanto livre de valor, quanto não está marcada pela cultura. As terapias de MT/MCA se desenvolveram de formas distintas, sendo muito

²³ Para aumentar o acesso à MT nos países em desenvolvimento, a OMS aponta como estratégias a criação de **indicadores confiáveis para medir os níveis de acesso** – econômicos e geográficos – à MT; a realização de **investigações qualitativas que auxiliem na identificação das restrições associadas com a implantação do acesso**; e a identificação das terapias mais seguras e eficazes com o objetivo de oferecer uma base científica sólida para a MT. O enfoque deve se situar nos tratamentos para as enfermidades que são os principais agravos nas populações pobres (grifo nosso).

influenciadas pelas condições culturais e históricas dentro das quais evoluíram. Suas bases comuns são um enfoque holístico da vida, o equilíbrio entre a mente, o corpo e seu entorno, e a ênfase na saúde em vez da enfermidade. No geral, o praticante se centra na condição geral do paciente individual, em lugar de colocá-la na doença ou na enfermidade particular que está sofrendo (OMS, 2002: 23).

A insuficiência de ensaios clínicos sobre os efeitos das terapias tradicionais e a ausência de controle das agências sanitárias oficiais precisam ser solucionadas por meio de pesquisas científicas que garantam a segurança, a eficácia e a qualidade dos produtos e práticas da MT. À ciência cabe o papel de identificar as terapias eficazes através de um processo de depuração dos aspectos culturais, das crenças e dos valores que impregnam estas medicinas. Somente assim os resultados de saúde alcançados por essas terapêuticas podem ser evidenciados e, conseqüentemente, validados.

Em síntese, para a OMS, a MT para ser integrada aos sistemas de saúde nacionais primeiro precisa ser validada cientificamente, para depois ser reconhecida, apoiada e divulgada como fonte universal, legítima e regulada de cuidados em saúde. Enquanto isso, ela permanece apenas como potencial a ser desenvolvido pelos métodos científicos e clínicos de validação.

No esforço de regulamentação e normatização da MT é necessário criar mecanismos para estimular o uso racional dos seus produtos e terapêuticas. A **cooperação entre os praticantes da MT e os médicos alopáticos** representa uma estratégia que pode ser utilizada para alcançar esse objetivo. Geralmente, em áreas com escasso acesso aos serviços de saúde, os praticantes da MT tendem a atuar intensamente e a serem respeitados. “Trabalhar com esses praticantes pode facilitar a disseminação eficaz de mensagens sanitárias importantes entre as comunidades, além de fomentar a prática segura da MT” (OMS, 2002: 28).

Para tanto, se faz necessário, segundo a OMS, implantar um sistema de qualificação e licença dos praticantes da MT, de forma que somente as pessoas qualificadas possam praticar ou vender os seus produtos. A qualificação dos praticantes deverá ser realizada via programas de formação que incluam elementos básicos de atenção primária e saúde pública. Desta maneira, a OMS entende contribuir para o reconhecimento mútuo entre praticantes e médicos alopáticos, estimulando a complementaridade destes diferentes recursos terapêuticos. Um dos campos em que essa medida se aplica é o da atenção à saúde materno-infantil onde a OMS recomenda que o sistema oficial de saúde conte com a colaboração das parteiras

tradicionais, devidamente treinadas, na assistência à gestação e ao parto visando ao benéfico da mãe (OMS, 1985).²⁴

Além disso, outra medida a ser tomada pelas políticas de MT é a implantação da vigilância e do controle sobre os seus produtos, baseados em um sistema de informação científica, de modo a garantir o seu uso apropriado e racional e a assegurar a sua qualidade.²⁵

1.1.2 A OIT 169 e a declaração da ONU sobre os direitos dos povos indígenas

A Convenção nº 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes da Organização Internacional do Trabalho, de julho de 1989 (OIT),²⁶ apresenta uma série de recomendações aos Estados, centrada principalmente na questão da terra/território dos povos indígenas e tribais e na garantia dos direitos e princípios fundamentais do trabalho. É nesse contexto que os direitos de acesso aos serviços de saúde e de exercício das medicinas tradicionais indígenas estão situados.

Essa convenção se aplica a povos²⁷ que, mesmo tendo sido submetidos à conquista e à colonização, conservarem suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, distinguindo-se de outros segmentos da população nacional (OIT, 1989; 10). No entendimento da OIT, estes povos vêm **contribuindo** “para a diversidade cultural, a harmonia social e ecológica da humanidade e para a cooperação e compreensão internacionais”, bem como para a formação das sociedades nacionais e de sua identidade sociocultural (OIT, 1989; 19).

No artigo 2º da convenção, a OIT recomenda aos Estados a desenvolverem ações voltadas para a proteção dos direitos dos povos indígenas, instaurando medidas que **“promovam a plena realização dos direitos sociais, econômicos e culturais desses povos,**

²⁴ OMS. *Tecnologia apropriada para nascimento e parto*. The Lancet, 1985.

²⁵ Outra preocupação da OMS diz respeito à questão da sustentabilidade dos recursos naturais dos quais ela depende. Esse é o caso das plantas que servem como matéria-prima para a elaboração de remédios caseiros, por exemplo. Portanto, para que se possa incrementar o acesso das MTs, as políticas nacionais precisam criar mecanismos de proteção dos recursos naturais que são a base de determinados produtos e terapias. É necessário definir as questões de propriedade intelectual, dos direitos de patente e da repartição de benefícios na medida em que as investigações sobre MT são essenciais para assegurar um acesso seguro e eficaz dos tratamentos terapêuticos. Posto que a grande maioria dos recursos genéticos da planta e de outras formas de biodiversidade se encontra ou se origina nos países em desenvolvimento como menor capacidade para protegê-las, tais problemas têm a urgente necessidade de uma solução (OMS, 2002: 28).

²⁶ O Brasil ratificou a convenção em 2002, que entrou em vigor em julho de 2003.

²⁷ A convenção estabelece a diferença entre a noção de populações e de povos, entendendo-se estes como “segmentos nacionais com identidade e organização próprias, cosmovisão específica e especial relação com a terra que habitam” (OMS, 2002: 12).

respeitando sua identidade social e cultural, costumes e tradições e suas instituições” (OIT, 1989: 23, grifo nosso).

Orientando sobre a necessidade de estes povos serem consultados no processo de desenvolvimento das ações e programas governamentais, a Convenção nº 169 pretende garantir o direito deles de participar em todos os níveis de tomada de decisões das ações (públicas e privadas) que afetem as suas vidas. Aos povos indígenas e tribais se reconhece o direito de decidir sobre “suas próprias prioridades de desenvolvimento na medida em que afete suas vidas, crenças, instituições, valores espirituais e a própria terra que ocupam ou utilizam” (OIT, 1989; 27).

A saúde é um dos direitos dos povos indígenas contemplados pela OIT 169 tanto a recomendar aos Estados que garantam o acesso deles aos serviços de saúde, prioritariamente à atenção primária, quanto a considerar os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais na organização desses serviços.

A mesma perspectiva colaboracionista encontrada no texto da OMS (2002) sobre as medicinas tradicionais é adotada pela Convenção nº 169, da OIT, que insta os governos a atuarem em cooperação com os povos indígenas para a implantação das suas recomendações no âmbito dos Estados nacionais.

Essa postura é adotada também pela Declaração das Nações Unidas sobre o Direito dos Povos Indígenas, de 13 de setembro de 2007. Da mesma forma que na OIT 169, nessa Declaração, encontra-se o discurso referente à contribuição dos povos indígenas para a diversidade e riqueza das civilizações e culturas, consideradas como “patrimônio comum da humanidade” (ONU, 2007; 2).

De acordo com a Declaração da ONU, os povos indígenas possuem “direitos coletivos indispensáveis a sua existência, bem-estar e desenvolvimento integral como povos” (ONU, 2007; 14). Além da livre autodeterminação e da autonomia para lidar com as questões internas e locais, a Declaração ainda prevê a revitalização das “tradições” e dos “costumes culturais” assim como o direito à expressão, à prática e à transmissão de seus conhecimentos.

Sendo assim, os Estados devem dar conta da diversidade e das particularidades dos povos indígenas, estabelecendo com eles relações de cooperação. Nesse processo, cabe às Nações Unidas o papel de promover e proteger os direitos dos povos indígenas, já que estes

são entendidos, no âmbito dessa Declaração, como assuntos de preocupação, interesse e responsabilidade internacionais. Aqui, o Estado está sob a supervisão internacional.

As Nações Unidas também afirmam o direito dos povos indígenas de terem acesso aos serviços de saúde biomédicos, sem serem submetidos à discriminação, assim como reconhecem aos povos indígenas o direito às suas próprias medicinais tradicionais e à manutenção das suas práticas de saúde, incluindo “a conservação de suas plantas, animais e minerais de interesse vital desde o ponto de vista médico” (ONU, 2007: 6). Nesse mesmo sentido, aos povos indígenas é previsto o direito de manter, controlar, proteger e desenvolver seu patrimônio cultural, seus conhecimentos tradicionais, suas expressões culturais, sua ciência, tecnologia e cultura, incluindo aí os recursos humanos no que tange, inclusive, às medicinais tradicionais.

1.2 A medicina tradicional nos discursos oficiais brasileiros

No Brasil, as recomendações dos organismos internacionais são efetivadas por meio de políticas públicas que se apresentam como ações e programas governamentais voltados para a realização de objetivos específicos. Tais políticas possuem diferentes suportes legais, o que lhes confere também um caráter normativo.

Políticas públicas configuram decisões de caráter geral que apontam rumos e linhas estratégicas de atuação governamental, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis ao tornarem públicas, expressas e acessíveis à população e aos formadores de opinião as intenções do governo no planejamento de programas, projetos e atividades (PNPMF, 2006: 9).

1.2.1 Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

O Ministério da Saúde, como forma de garantir a integralidade da atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 3 de maio de 2006, publica a Portaria nº 971, que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Para o MS, essa política constitui uma estratégia de ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS, incrementando “o acesso a serviços antes restritos a prática de cunho privado” (PNPIC, 2006: 5).

A PNPIC encontra-se alinhada com as recomendações da OMS (2002) no que se refere à inserção da Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa nos sistemas

oficiais de saúde. Para o MS, a noção de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) é equivalente ao conceito de medicina tradicional como postulado pela OMS. Nesse sentido, a referida política busca avançar na institucionalização das PICs no âmbito do SUS, atendendo aos princípios de universalidade, integralidade e equidade de acesso.

A PNPIC abarca em seu escopo a Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura), a Homeopatia, a Fitoterapia, a Medicina Antroposófica e o Termalismo Social/Crenoterapia,²⁸ por entender que esses diferentes sistemas e recursos terapêuticos atendem ao princípio de integralidade preconizado pelo SUS, já que eles possuem “uma visão ampliada do processo de saúde-doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado” (PNPIC, 2006: 10). As PICs:

Buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano como o meio ambiente e a sociedade (PNPIC, 2006: 10).

Os objetivos dessa política preveem a integração das PICs no SUS, com ênfase na atenção primária, na ampliação do acesso, na garantia de qualidade, na eficácia, na segurança e na racionalização das ações de saúde. A PNPIC também aponta para a necessidade de articulação com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI), mas não apresenta uma proposta concreta.

Considerando que o tema das plantas medicinais e da fitoterapia²⁹ possui uma interface direta com as medicinas tradicionais indígenas, será abordado aqui o discurso da PNPIC (2006) sobre o assunto.

Além de identificar a necessidade de se valorizar as plantas medicinais no âmbito da assistência à saúde, a PNPIC também reconhece que a biodiversidade e a sociodiversidade encerram grande potencial para o desenvolvimento do campo terapêutico da fitoterapia. Para explorar esse potencial, a PNPIC acredita que o conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais deve ser cientificamente validado por meio da realização de pesquisas voltadas para o desenvolvimento tecnológico destes recursos.³⁰

²⁸ Uso terapêutico das fontes naturais de águas minerais.

²⁹ “Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal” (PNPIC, 2006).

³⁰ A Lei nº 8.080/90 define a validação como um ato documentado que atesta que qualquer procedimento, processo, equipamento, material, operação ou sistema realmente conduza aos resultados esperados.

A promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos e o monitoramento da qualidade desses produtos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) também está prevista no escopo desta política. Esse aspecto é desenvolvido de forma mais sistemática na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, apresentada logo em seguida.

1.2.2 Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF)

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi aprovada pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, que estabelece as diretrizes e linhas prioritárias para a ação governamental nesta área. Em consonância com a PNPIC, a PNPMF pretende ampliar a oferta de opções terapêuticas aos usuários do SUS ao possibilitar o acesso às plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia. Além disso, essa política objetiva garantir “à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria (farmacêutica) nacional” (PNPMF, 2006; 20).

A PNPMF também adere ao conceito da OMS de medicina tradicional, mas trata de diferenciá-la da medicina popular.³¹ Assim como a PNPIC, a PNPMF atende à recomendação da OMS ao “promover a integração entre a prática da medicina tradicional e da assistência sanitária moderna” (PNPMF, 2006; 11). Para tanto, ela está alinhada às diretrizes de:

Formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional às atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes treinamento correspondente (OMS *apud* PNPMF, 2006; 11).

Com isso, ela busca criar condições para empregar as plantas usadas no âmbito da MT na produção de medicamentos fitoterápicos. A cooperação entre praticantes e **assistência sanitária moderna** para o desenvolvimento desses medicamentos também está prevista no escopo dessa política. Mas a qualidade dos medicamentos elaborados a partir dos remédios tradicionais somente será garantida pelo emprego de **modernas** técnicas de fabricação.

³¹ “Práticas de cura utilizadas para tratar problemas de doenças do dia a dia. É realizada em diferentes circunstâncias e espaços (em casa, em agências religiosas de cura) e por várias pessoas (pais, tias, avós) ou por profissionais populares de cura (benzedeiras, médiuns, raizeiros, ervateiros, parteiras)” (OLIVEIRA *apud* PNPMF, 2006).

A PNPMF pretende também incentivar a produção, em escala industrial, dos fitoterápicos como fonte de “inovação em saúde”, já que estes vêm sendo objeto de interesse das empresas privadas que compõem o *Complexo Produtivo da Saúde*. Com isso, o Estado pretende não só reduzir os gastos públicos com a aquisição de medicamentos, mas descobrir substâncias que possam ser utilizadas pela indústria farmacêutica nacional na fabricação de “modernas drogas terapêuticas” (PNPMF, 2006: 12).

Essa política encerra uma vocação claramente “desenvolvimentista” que busca explorar a diversidade biológica brasileira como forma de desenvolver a indústria farmacêutica nacional. O conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais dos povos indígenas e das comunidades locais é identificado como fontes importantes de contribuição para o desenvolvimento do Estado brasileiro.

O Brasil é o país de maior biodiversidade do planeta que, associada a uma rica diversidade étnica e cultural que detém um valioso conhecimento tradicional associado ao uso de plantas medicinais, tem o potencial necessário para desenvolver pesquisas com resultados em tecnologias e terapêuticas apropriadas (PNPMF, 2006: 9).

À grande biodiversidade brasileira e ao respectivo patrimônio genético que ela encerra se alia uma imensa diversidade cultural que concentra um conjunto de conhecimentos e práticas sobre as propriedades terapêuticas das plantas medicinais.

Além de seu uso como substrato para a fabricação de medicamentos, as plantas são também utilizadas em práticas populares e tradicionais como remédios caseiros e comunitários, processo conhecido como medicina tradicional. Além desse acervo genético, o Brasil é detentor da rica diversidade cultural e étnica que resultou em um acúmulo considerável de conhecimentos e tecnologias tradicionais, passados de geração a geração, entre os quais se destaca o vasto acervo de conhecimentos sobre manejo e uso de plantas medicinais (PNPMF, 2006: 14).

De acordo com a PNPMF (2006: 14), essas são as condições necessárias para a elaboração um “modelo de desenvolvimento próprio e soberano na área de saúde e uso de plantas medicinais e fitoterápicos” para o Estado brasileiro. Este modelo

deverá reconhecer e promover as práticas comprovadamente eficazes, a grande diversidade de formas de uso das plantas medicinais, desde o uso caseiro e comunitário, passando pela área de manipulação farmacêutica de medicamentos até o uso e fabricação de medicamentos industrializados. Essencialmente, deverá respeitar a diversidade cultural brasileira, reconhecendo práticas e saberes da medicina tradicional, contemplar interesses e formas de uso diversos, desde aqueles das comunidades locais até o das indústrias nacionais (PNPMF, 2006: 14-15).

A PNPMF também prevê, como uma de suas diretrizes, a promoção e o reconhecimento do uso de plantas medicinais e remédios caseiros por meio do processo de validação científica dos conhecimentos e práticas terapêuticos tradicionais; as ações de salvaguarda do patrimônio imaterial relacionado às plantas medicinais; e o apoio às iniciativas comunitárias para a organização e o reconhecimento dos conhecimentos tradicionais.

Uma das medidas adotadas no âmbito dessa política prevê a criação de um Banco de Dados de Conhecimento Tradicional sobre Plantas Medicinais³² para registrar informações etnográficas coletadas em pesquisas científicas. Dessa forma, o projeto acredita contribuir, sem dizer como, para perpetuar e valorizar o conhecimento oralmente transmitido, proteger as culturas e respeitar os direitos das comunidades e dos detentores dos conhecimentos tradicionais. Neste caso, a ciência detém as qualificações necessárias para registrar, sistematizar e uniformizar tais saberes, de modo a permitir a sua difusão e universalização.

1.2.3 Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas (PNASI)

A Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas³³ foi aprovada durante o ano de 2002, por meio da Portaria nº 254/MS, que busca compatibilizar a Lei Orgânica da Saúde com a Constituição Federal. A PNASI reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (2002: 6). Por isso, estabelece como propósito garantir aos povos indígenas o acesso à atenção **integral** à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Além de buscar contribuir para a superação dos fatores que tornam os povos indígenas vulneráveis aos agravos de maior magnitude à saúde, ela também reconhece a eficácia da medicina tradicional indígena e o direito desses povos a sua cultura (2002: 13).

³² Projeto apresentado em reunião da Câmara Técnica do CGEN em 2006.

³³ A PNASI foi regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27/8/1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas; pela Medida Provisória nº 1.911-8, que transfere da Fundação Nacional do Índio (Funai) para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a atribuição de assistência à saúde indígena; e pela Lei nº 9.836/99, de 23/9/99, que estabelece o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (MINISTÉRIO DA SAÚDE/FUNASA, 2000: 5).

Visando a prestar um atendimento **diferenciado** à saúde indígena no Brasil, essa política prevê a implementação de um modelo específico de organização dos serviços por intermédio da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).³⁴ O texto da PNASI defende que o conjunto de diretrizes que a conformam devem respeitar as concepções, os valores e as práticas relativas ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas (2002; 18).

Uma das diretrizes da PNASI (2002: 17) faz referência às medicinas tradicionais indígenas ao recomendar que os serviços de saúde atuem de forma articulada aos sistemas tradicionais indígenas de saúde, para obter a melhoria do estado de saúde dessas populações (2002; 18). De acordo com a PNASI, as medicinas indígenas são

sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente da Organização Mundial de Saúde (PNASI, 2000: 16-17).

Mesmo aderindo explicitamente ao conceito veiculado pela a OMS, a PNASI não preconiza a integração das medicinas tradicionais indígenas ao sistema de saúde nacional, mas, sim, coloca a questão da colaboração entre as diferentes medicinas como uma questão de articulação entre os sistemas de saúde tradicionais indígenas aos serviços de saúde. O que não fica claro é como essa articulação entre os diferentes sistemas médicos pode ser efetivada e se ela é entendida como uma medida integracionista.

1.3 A medicina tradicional no discurso de deputados federais

Outra modalidade de documentos que integram o conjunto de discursos que tratam sobre as medicinas tradicionais são os projetos de lei que atualmente tramitam na Câmara Legislativa de Deputados Federais do Brasil. Esses textos também se reportam às intenções do Estado de regulamentar os conhecimentos, as práticas e os praticantes tradicionais, transformando-os em objetos de políticas públicas.

³⁴ Os DSEIs se constituem em um “modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo-gerencial, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social” (PNASI, 2000).

1.3.1 O projeto de lei do deputado Eduardo Valverde

O Projeto de Lei (PL) nº 5.078/2005, do deputado Eduardo Valverde, também está alinhado com as recomendações da OMS. Esse PL pretende “estabelecer e regulamentar os mecanismos para a proteção, promoção, reconhecimento e exercício da medicina tradicional, das Terapias Complementares (TCs) e do patrimônio biogenético das populações indígenas”. Também deseja regular o aproveitamento, a preparação, a distribuição e o comércio de plantas, animais, minerais e outros produtos utilizados pela MT. Apesar de o PL não delimitar a população ao qual se aplica, as medicinas tradicionais indígenas estão em destaque.

O deputado Valverde justifica a necessidade de uma legislação brasileira específica para “regular, proteger, promover e reconhecer o exercício da MT/TC” para garantir a preservação e a difusão dos “saberes milenares e ancestrais” da área de saúde, principalmente aqueles detidos pelos povos indígenas brasileiros. A normatização e a regulação da MT/TC possibilitariam que ela passasse a ocupar “de forma oficial e ampla o seu espaço, seja como coadjuvante aos tratamentos da medicina alopática, seja como fonte exclusiva de tratamento, podendo, inclusive, baratear os custos dos mesmos” (PL nº 5078, 2005).

No âmbito desse PL, as medicinas tradicionais são constituídas pela “soma de todos os conhecimentos, aptidões e práticas baseados nas teorias, crenças e experiências tradicionais dos diferentes povos indígenas que se utilizam para manter a saúde e para prevenir, diagnosticar ou tratar as doenças físicas e mentais”.

Complementarmente, o PL define as terapias complementares como:³⁵

O conjunto de práticas de atendimento sanitário que não fazem parte da tradição própria de um país, nem estão integradas no sistema de atendimento de saúde predominante e que os povos indígenas ou populações tradicionais se utilizam para manter a saúde e para prevenir, diagnosticar ou tratar as doenças físicas e mentais.

³⁵ Interessante observar o ecletismo das práticas terapêuticas que são contempladas por esse Projeto de Lei. Entre eles estão: óleos essenciais; aromaterapia; barroterapia; bioprospecção; crenoterapia; digitopuntura; moxibustão; plantas medicinais. Medicina natural: a teoria, as práticas e as ações baseadas em elementos da natureza, suas leis e a fisioterapia, fundamentadas em conhecimentos acadêmicos ou na experiência. Conhecimento tradicional: conjunto de usos e costumes por meio dos quais os povos indígenas e comunidades étnicas constroem os direitos coletivos tradicionais referentes à produção de conhecimentos coletivos próprios de cada cultura, sejam orais, espirituais, religiosos, sagrados, artísticos e de qualquer tipo de manifestação sujeita a direitos. (grifo nosso)

O PL pretende garantir os direitos dos povos indígenas às suas medicinas tradicionais, “o que inclui o direito à proteção, promoção e uso racional de plantas, ervas, animais e minerais de interesse e importância desde o ponto de vista medicinal”. Prevê também a repartição de benefícios “obtidos pela comercialização dos conhecimentos tradicionais”, de acordo com os seus “rendimentos”. Entretanto, isso tudo dever ser feito “sem afetar a cultura e os costumes dos povos indígenas”, reza o PL n° 5078/2005.

Dessa forma, os valores culturais e os usos e costumes das populações indígenas, no que diz respeito à saúde, deverão ser incorporados à medicina formal, cabendo ao Estado promover uma concepção integral de MT/TC e a sua integração ao SUS. Da mesma forma que nas demais políticas públicas apresentadas até aqui, esse processo de incorporação deverá ser realizado por meio da validação científica das técnicas, métodos e procedimentos de MT/TC.

Ao Ministério da Saúde caberá definir os parâmetros e os limites do exercício da MT e elaborar as normas e os procedimentos para validar e sistematizar os conhecimentos tradicionais; apoiar os povos indígenas nos processos de patenteamento e comercialização dos seus conhecimentos; promover pesquisas clínicas em pacientes tratados com métodos de MT/TC; criar mecanismos de controle de qualidade dos serviços e produtos da MT a fim de garantir o seu uso racional (PL n° 5.078, 2005).

O uso das plantas medicinais não poderia deixar de ser abordado como de “interesse geral da nação”, sendo identificado como um dos grandes potenciais econômicos das medicinas tradicionais indígenas. Para tanto, o PL determina que “o uso e aproveitamento sustentável das plantas medicinais deverão ser realizados em harmonia com o interesse social, ambiental, sanitário e econômico do País. Para efeitos desta lei, as plantas medicinais são declaradas de interesse nacional” (PL n° 5.078/2005).

1.3.2 O projeto de lei da deputada Janete Capibaribe

O Projeto de Lei n° 2.145/2007, da deputada Janete Capibaribe,³⁶ não se remete diretamente às medicinas tradicionais, mas, sim, visa a regulamentar o exercício de um dos seus praticantes: as chamadas “parteiras tradicionais”. Por isso, esse PL se situa como parte da formação discursiva oficial que tem a medicina tradicional como objeto.

³⁶ PL apresentado e discutido em audiência pública “Situação das Parteiras Tradicionais”, no dia 13/11/2007.

A deputada entende que a proposta de regulamentação do ofício das parteiras se justifica pelo fato de este ser “tão antigo quanto a própria humanidade”. Por outro lado, em muitas regiões do País há carência de profissionais de saúde para realizarem os procedimentos do pré-natal e assistência ao parto. Nestes contextos, em que o acesso aos serviços de saúde é escasso, as parteiras tradicionais são quem assistem as gestantes³⁷. Nesse sentido, segundo o entendimento da deputada Janete Capibaribe, as parteiras tradicionais vêm contribuindo para a redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil.³⁸

Mesmo atuando em condições precárias, a assistência ao parto prestada pelas parteiras é exposta pelo PL como “humanizada”, devido ao fato de ela conhecer a realidade das famílias e a cultura local e, portanto, estar habilitada a respeitar a intimidade das mulheres, permitindo a participação de familiares no momento do parto. Por isso, as parteiras estariam mais qualificadas para oferecer uma “assistência totalmente humanizada ao parto, que respeite integralmente as características socioculturais das pacientes”. Nesse contexto a parteira tradicional é pensada como uma profissional.

Regulamentar a atividade de parteira tradicional constitui uma forma de reconhecê-la oficialmente como aquelas que salvam as vidas das parturientes e dos recém-nascidos ao assistir os partos. Portanto, esse PL tem como missão “resgatar as parteiras tradicionais da clandestinidade que exercem a profissão e inseri-las no SUS, como estratégia para oferecer um atendimento humanizado às gestantes mais carentes” e como meio para a sua inclusão social.

O PL define as seguintes atividades para compor o exercício das parteiras tradicionais: 1) assistir a gestante durante o pré-natal; 2) assistir a gestante durante o “parto natural” em: a) domicílios; b) casas de parto; c) maternidades públicas; 3) prestar cuidados à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido; 4) encaminhar a gestante para avaliação médica quando for identificado parto de alto risco.

O PL prevê que as atividades das parteiras serão desempenhadas no âmbito do SUS, mediante vínculo direto ou indireto que, por sua vez, fornecerá às parteiras os equipamentos, os instrumentos cirúrgicos e os materiais de consumo necessários à adequada prestação dos

³⁷ O PL estima que há um grande número de parteiras atuantes nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, onde há escassez de profissionais de saúde. Das 60 mil parteiras atuando no Brasil, 45 mil encontram-se no Norte e Nordeste, realizando, aproximadamente, 450 mil partos ao ano.

³⁸ O PL apresenta os seguintes índices de mortalidade materna no parto: nas cesarianas, sete mortes para cada 10 mil partos; nos partos normais, duas mortes por 10 mil partos.

serviços. Para exercer tal atividade, a parteira receberá um salário mínimo. Dessa forma, ele pretende contribuir para reconhecer a categoria profissional das parteiras.

Essas atividades, no entanto, deverão ser supervisionadas por médicos ou enfermeiros da equipe de saúde da qual a parteira passará a fazer parte. Entretanto, para exercer essa atividade, a parteira terá de participar de um curso de qualificação básica de parteira tradicional, ministrado pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria Estadual de Saúde.

Apesar de reconhecermos que a atividade apresenta um importante componente de transmissão de conhecimentos entre as integrantes da categoria, a proposta procura ampliar a segurança da atividade, condicionando o seu exercício à conclusão do curso de qualificação ministrado pelo MS ou por secretarias de saúde dos estados federados (PL Lei nº 2.145/2007, grifo nosso).

Mas, na Câmara Federal dos Deputados, existem controvérsias sobre a proposta de regulamentação das parteiras. Alguns deputados, a despeito de estarem a par da carência dos profissionais de saúde em muitas localidades do Brasil e da necessidade da atuação das parteiras, veem essa situação como não ideal e provisória, até que se possam ter os “profissionais de saúde devidamente qualificados para atender a todos os cidadãos” de maneira qualificada.³⁹

1.4 A fragmentação do conhecimento tradicional: sustentabilidade e conhecimento tradicional associado

Outras políticas e normativas que utilizam o tradicional para qualificar tanto o seu público-alvo quanto o seu objeto de intervenção são: a Política Nacional de Desenvolvimento dos Povos e Comunidades Tradicionais e a Medida Provisória nº 2.186-16/2001, que dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético.

³⁹ “A regulamentação da profissão de parteira tradicional não seria a melhor solução do problema. A boa assistência ao parto implica conhecimentos aprofundados acerca de anatomia e fisiologia fetal e materna, com adequado monitoramento dos sinais vitais, para possibilitar a identificação precoce de distócias ou alterações no processo natural. Por esse motivo, os médicos e os enfermeiros obstetristas, cuja formação preenche tais necessidades, são habilitados para a devida assistência”.

1.4.1 Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (PNPCT)

Outra política pública que usa a categoria da tradição para qualificar o seu objeto é a política nacional de desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais, instituída por meio do Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007,⁴⁰ sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Essa política define como povos e comunidades tradicionais os:

Grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social, que ocupam e usam territórios e recursos naturais como condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição (PNPCT, 2007).

De acordo com o discurso veiculado pela PNPCT, os povos e comunidades tradicionais vêm desempenhando papel importante na conservação dos recursos biológicos e dos conhecimentos tradicionais a eles associados. Nesse sentido, a diversidade sociocultural se constitui em uma “riqueza” que se tem mantido invisível para o Estado brasileiro.

Tal invisibilidade se reflete na ausência de instâncias de Poder Público responsáveis pela articulação e implementação de Políticas Públicas para estes povos e comunidades, especialmente no que diz respeito às políticas para inclusão social. Mesmo no caso daqueles para os quais já existe um reconhecimento constitucional, como os povos indígenas e comunidades remanescentes de quilombos, ainda existem questões primordiais pendentes como o acesso à terra ou à saúde e educação diferenciadas (PNPCT, 2007).

Mediante esta situação, essa política almeja tornar-se um canal de inclusão, política e social, dos povos e comunidades tradicionais que, historicamente, se mantêm à margem das políticas públicas oficiais, criando condições para que a diversidade sociocultural seja assumida pelo Estado como constitutiva da identidade nacional. Ou seja, como uma forma de o Estado assumir o “compromisso de reconhecimento e atenção à diversidade brasileira, expresso, em última instância, na própria marca institucional desenvolvida para representar este governo: “BRASIL, UM PAÍS DE TODOS”. Dessa forma, a PNPCT é apresentada como uma ferramenta para que esses povos e comunidades exerçam a sua cidadania “de modo

⁴⁰ Este mesmo decreto delega à Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais – CNPCT, composta por representantes de diferentes setores do governo e também da sociedade civil organizada, a responsabilidade pela implementação da PNPCT. Os povos e comunidades tradicionais contemplados por essa política são indígenas, quilombos, comunidades locais, extrativistas (seringueiros), comunidades de terreiros (candomblé), ciganos, comunidades de faxinais, pescadores, quebradeiras de coco, entre outros.

integral” (PNPCT, 2007) e conquistem o reconhecimento, a valorização e o respeito no que diz respeito a sua cultura, práticas comunitárias e identidade racial e étnica.

A PNPCT tem como objetivo geral a promoção do

desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito à valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições (PNPCT, 2007).

Já entre os objetivos específicos da PNPCT a serem destacados estão os relacionados ao acesso aos serviços de saúde de qualidade e adequados às características socioculturais com ênfase nas concepções e práticas da medicina tradicional; à criação e implementação de uma política pública de saúde específica; e ao reconhecimento, proteção e promoção dos direitos sobre os conhecimentos e práticas tradicionais.

1.4.2 *Conhecimento tradicional associado e patrimônio genético*

A Medida Provisória nº 2.186-16, que dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético⁴¹ de propriedade da União e sobre a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado, entre outras coisas, constitui outro dispositivo legal que aborda a questão do conhecimento tradicional.⁴² Essa MP ainda prevê a preservação dos direitos das comunidades indígenas e locais, baseados em prática costumeira, intercâmbio e difusão de componentes do patrimônio genético e do conhecimento tradicional associado entre si para seu próprio benefício.

Dentre as definições adotadas pela MP, interessa reter, principalmente, a de conhecimento tradicional associado, entendido por essa norma como informação ou prática, individual ou coletiva, de comunidade indígena ou local,⁴³ com valor real ou potencial, associada ao patrimônio genético. Os conhecimentos tradicionais associados são entendidos,

⁴¹ “Informação de origem genética, contida em amostras do todo ou de parte de espécimes vegetal, fúngico, microbiano ou animal, na forma de moléculas e substâncias provenientes do metabolismo destes seres vivos e de extratos obtidos destes organismos vivos ou mortos, encontrados em condições *in situ*, inclusive domesticados, ou mantido em coleções *ex situ*, desde que coletados em condições *in situ* no território nacional” (MP, 2001).

⁴² A MP institui a proteção ao conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético das comunidades indígenas e locais, por meio da atuação do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN), que possui caráter deliberativo e normativo. O CGEN, criado no âmbito do Ministério do Meio Ambiente (MMA), é composto por representantes de órgãos e de entidades da administração pública federal que detêm competência sobre as ações de que trata essa MP (grifo nosso).

⁴³ Grupo humano, incluindo remanescentes de comunidades de quilombos, distinto por suas condições culturais, que se organiza, tradicionalmente, por gerações sucessivas e costumes próprios, e que conserva suas instituições sociais e econômicas.

no âmbito dessa MP, como patrimônio cultural brasileiro, podendo ser objeto de cadastro. Por sua vez, o acesso ao conhecimento tradicional associado é compreendido como um processo de

obtenção de informação sobre conhecimento ou prática individual e coletiva, associada ao patrimônio genético, de comunidade indígena ou local, para fins de pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico ou bioprospecção, visando sua aplicação industrial ou de outra natureza (MP, 2001).

A MP reconhece os direitos de propriedade intelectual das comunidades indígenas e locais sobre os conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade; bem como o direito delas decidirem quanto ao uso que querem fazer desses conhecimentos, sendo-lhes assegurado o direito da repartição de benefícios quando forem titulares dos conhecimentos tradicionais acessados.

Uma interessante perspectiva sobre a Medida Provisória 2.186-16 é a apresentada no documento *A Proteção dos Saberes Milenares nas Pesquisas*, da Fundação Estadual dos Povos Indígenas do Estado do Amazonas (FEPI, 2005). Esse documento faz uma síntese da MP 2.186-16, objetivando divulgá-la, em linguagem acessível, aos povos indígenas amazônicos.⁴⁴ A cartilha problematiza a maneira do não índio perceber o conhecimento “como uma grande caixa dividida num monte de caixinhas, onde cada uma delas corresponde a um conhecimento” (2005: 8). Em contraponto, representa o conhecimento dos povos indígenas, de forma geral, como “circular” (2005: 10). Como os não índios organizam o seu conhecimento em “caixas”, eles também dividiram o conhecimento indígena em caixas, afirma a FEPI, sendo uma delas o conhecimento tradicional associado à biodiversidade.

⁴⁴ Uma das críticas apresentadas pela FEPI à MP refere-se ao fato de a MP não distinguir entre os conhecimentos indígenas e os conhecimentos de outras comunidades, referindo-se a todos como **conhecimento tradicional**. O texto apresentado na cartilha propõe que os conhecimentos indígenas sejam chamados de SABEDORIA MILENAR.

2 ESTADO-NAÇÃO, PODER E MODERNIDADE

Para avançar na análise sobre a influência que as recomendações feitas pelos organismos internacionais exercem na formação das políticas públicas brasileiras que tratam de objetos qualificados e delimitados pela categoria tradicional – medicina tradicional, medicina tradicional indígena, conhecimentos tradicionais, povos e comunidades tradicionais, parteiras tradicionais –, é necessário delinear os referenciais teóricos adotados neste trabalho e que permitirão aprofundar a discussão sobre as implicações que as relações estabelecidas entre a esfera internacional e o Estado-Nação trazem para a reconfiguração e a emergência de novos locais de cultura.

2.1 O Estado-Nação no contexto internacional

Em sua face moderna, o Estado-Nação pode ser definido como um tipo de organização política, formado por um conjunto de instituições de governo, que mantém um monopólio administrativo sobre um território delimitado, sendo seu domínio “sancionado por lei e por um controle direto dos meios internos e externos de violência” (GIDDENS, 2008: 145). Um de seus atributos é a capacidade para o “monitoramento reflexivo dos aspectos da reprodução dos sistemas sociais subordinados ao seu domínio” (2008: 42-43). Para tanto, o Estado necessita de um aparato administrativo, constituído por um conjunto de organizações e por uma “hierarquia de funcionários especializados em tarefas administrativas” (2008: 87).

Os Estados-Nação emergiram a partir de relações internacionais dialógicas, conflituosas e tensas, historicamente estabelecidas e mantidas entre eles em uma arena internacional. Essa arena se constitui no contexto onde ocorreu a consolidação do Estado-Nação como uma organização moderna mundialmente difundida. Dessa forma, o Estado moderno está situado em um sistema mundial de Estados-Nação. “A coordenação administrativa interna dos Estados-Nação, desde o seu início, depende de condições monitoradas reflexivamente de natureza internacional. As ‘relações internacionais’ são contemporâneas às origens dos Estados-Nação” (GIDDENS, 2008; 30).

Nesse sentido, as relações internacionais entre os organismos internacionais e os Estados nacionais no contexto de um sistema mundial, mais do que significar a subordinação dos Estados a uma ordem mundialmente estabelecida, contribuem para a própria constituição do Estado moderno. Por outro lado, o surgimento do Estado-Nação também é o que

possibilita a criação dessa nova ordem internacional. “O termo ‘internacional’, de fato, somente tem o seu significado completo com a emergência dos Estados-Nação que, por causa de seu caráter estritamente demarcado, fornece uma forma muito particular às “questões ‘internas’ *versus* ‘externas’” (GIDDENS, 2008: 191).

As organizações internacionais⁴⁵ desempenharam papel fundamental para a consolidação do Estado-Nação, na medida em que colaboraram para estabelecer o reconhecimento mútuo no que se refere à soberania de cada um, aumentando assim a primazia do Estado-Nação como a forma política da atualidade (GIDDENS, 2008: 274). A dicotomia entre nacional e internacional está superada. O Estado-Nação é a forma pela qual o mundo atual está politicamente organizado.⁴⁶

Assim, o sistema mundial, além de se estabelecer através das conexões econômicas transnacionais e interdependentes propiciadas pela economia capitalista mundial, também se estabelece pelo sistema global de Estado-Nação, possuindo a virtude de “moldar a ordem internacional” (GIDDENS, 2008: 191). O Estado-Nação possui alinhamentos institucionais com o capitalismo que, por sua vez, está sustentado sobre o processo da mercantilização de produtos e da força de trabalho. O Estado possui um papel importante na manutenção dessa ordem econômica ao garantir as condições políticas necessárias para a efetivação dos empreendimentos capitalistas, ao mesmo tempo em que depende desses empreendimentos para manter o aparato administrativo funcionando.

2.2 Poder simbólico e poder administrativo: poder de nomear e vigilância estatal

Ao analisar o efeito das recomendações dos organismos internacionais sobre o Estado-Nação brasileiro, que passa a criar políticas públicas para regulamentar coisas, práticas, pessoas e povos tradicionais, pode-se perceber que ambos compartilham tanto o poder de conceituar, classificar e nomear e, portanto, de instituir realidades, quanto o poder administrativo, exercido por meio das práticas de vigilância que controlam a conduta humana.

O poder de nomear e de fazer existir pela nomeação é “uma das formas elementares do poder político” (BOURDIEU, 2005: 143). De acordo com Bourdieu, na luta pelo

⁴⁵ As organizações internacionais surgem no início no século XX com a criação da Liga das Nações em 1918 (Encontro de Versalhes) e têm uma rápida ascensão a partir da 1ª Guerra Mundial (GIDDENS, 2008).

⁴⁶ Giddens classifica os Estados em diferentes tipos: clássico; colonizado; pós-colonial. Em modernização, o Brasil se enquadra no tipo colonizado, tanto por ter sido formado por emigrantes quanto pelo fato de o processo colonial ter usado a força contra os povos nativos, exterminando determinados grupos e reduzindo outros a uma pequena fração da população original (2008: 284-286).

monopólio do poder, os agentes tentam impor sua visão do mundo social a partir de determinadas estratégias simbólicas como, por exemplo, a nomeação. “A nomeação [...] pertence à categoria dos atos ou discursos ‘oficiais’, simbolicamente eficientes porque realizados em situação de autoridade, por pessoas autorizadas, por uma função ou um cargo atribuído pelo Estado”.

É o Estado quem detém o monopólio do poder de nomear, classificar e ordenar, instituindo taxonomias oficiais.⁴⁷ Por isso, o Estado é o lugar de concentração e exercício do poder simbólico, sendo um dos seus atributos “produzir e impor as categorias de pensamento que utilizamos espontaneamente a todas as coisas do mundo e ao próprio Estado” (BOURDIEU, 1996: 114).

Ao enunciar, com autoridade, que um ser, coisa ou pessoa, existe em verdade em sua definição social legítima, isto é, é o que está autorizado a ser, o que tem direito a ser, o ser social que ele tem o direito de reivindicar, de professar, de exercer (por oposição ao exercício ilegal), o Estado exerce um verdadeiro poder *criador* (BOURDIEU, 1996: 114).

Esse poder criador é exercido por meio de discursos oficiais, tais como os veiculados pelas políticas públicas anteriormente apresentadas. O discurso veiculado pelas políticas públicas impõe os sistemas de classificação de mundo sob a aparência legítima das taxonomias oficiais, criando o mundo em que os agentes sociais agem.

O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e, deste modo, a ação sobre o mundo, portanto o mundo. [...] Ele se define numa relação determinada – e por meio desta – entre os que exercem o poder e os que lhe estão sujeitos, quer dizer, isto é, na própria estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença. O que faz o poder das palavras [...], poder de manter a ordem ou de subvertê-la, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras (BOURDIEU, 2005: 15).

Outra face do poder exercido pelo Estado, que está intimamente associada ao poder simbólico, refere-se ao poder administrativo desempenhado por meio de mecanismos de vigilância que permitem o “monitoramento reflexivo da ação” dos agentes sociais que integram o Estado.

⁴⁷ “Se o Estado pode exercer uma violência simbólica é porque ele se encarna tanto na objetividade, sob a forma de estruturas e de mecanismos específicos, quanto na ‘subjetividade’ ou, se quisermos, nas mentes, sob a forma de estruturas mentais, de esquemas de percepção e de pensamento. Dado que ela é resultado de um processo que a institui, ao mesmo tempo, nas estruturas sociais e nas estruturas mentais adaptadas a essas estruturas, a instituição instituída [...] apresenta-se com toda a aparência do *natural*” (BOURDIEU, 1996: 97-98).

Por poder administrativo quero dizer [...] *o controle do tempo e o espaço das atividades humanas*. O poder administrativo é baseado na regulação e coordenação da conduta humana por meio da manipulação das situações nas quais elas ocorrem. A vigilância, assim como o código de informação, é um elemento essencial de tal poder (GIDDENS, 2008: 72).

A vigilância possui dois aspectos distintos: 1º) a coleta, o armazenamento e o controle da informação, empregados para administrar as populações adstritas ao Estado;⁴⁸ 2º) a supervisão direta das atividades exercidas por alguns agentes por parte de outros que se encontram em posições de autoridade. Os dois aspectos da vigilância estão intimamente relacionados, porque:

O poder administrativo pode somente se estabelecer se o código de informação for, na verdade, aplicado de um modo direto para a supervisão das atividades humanas, de modo a destacá-las, em parte, de seu envolvimento com a tradição e com a vida da comunidade local (GIDDENS, 2008: 73)

A vigilância permite ao Estado monitorar e exercer influência sobre “os mais íntimos aspectos da atividade diária” dos agentes situados em seu território (GIDDENS, 2008, 73). O que possibilita a efetivação deste processo é a atuação de uma variedade crescente de funcionários, realizando tarefas que são de domínio público.⁴⁹

O poder administrativo penetra agora cada vez mais nas minúcias da vida diária e nas mais íntimas ações pessoais e relações. Em uma época cada vez mais invadida pelos modos eletrônicos de armazenamento, coleta e disseminação de informação, as possibilidades de se acumular informação relevantes à prática do governo são quase infinitas. [...] A vigilância é a condição necessária do poder administrativo de Estados, quaisquer que sejam os fins a que esse poder se dirija (GIDDENS, 2008: 320).

A ciência, em suas diferentes áreas de conhecimento,⁵⁰ também contribui para o monitoramento reflexivo do sistema social realizado pelo Estado, na medida em que a ela cabe a tarefa de, ao oferecer os métodos e o arcabouço teórico, produzir informações que possam ser utilizadas com fins administrativos. Mas, as ciências não tratam apenas de um

⁴⁸ “Não é apenas a coleção de INFORMAÇÃO, mas o seu armazenamento que importa aqui (modo de registro). [...] Se a escrita está presente em todas as culturas, o principal fenômeno relativo aos Estados modernos é o armazenamento eletrônico – fitas, discos, CDs etc. – que expande consideravelmente a variedade de mecanismos de armazenamento disponíveis. Todos os modos de armazenamento de informação são, simultaneamente, formas de comunicação, rompendo com a comunicação direta, exaustiva na interação humana nas culturas de tradição oral” (GIDDENS, 2008: 39).

⁴⁹ O poder administrativo do Estado está intimamente associado à burocracia. “O poder burocrático, como concebido por Weber, é o poder de especialista e do funcionário especializado” (2008: 320).

⁵⁰ Entre algumas das ciências envolvidas com as políticas públicas brasileiras podemos citar as ciências sociais, as ciências da saúde, a demografia, a geografia, a epidemiologia, a biologia, etc.

“dado universo de objetos e eventos sociais, elas são constitutivas disso” (GIDDENS, 2008: 202). Assim, elas incrementam tanto o poder administrativo quanto o poder simbólico do Estado que, ao nomear, cria objetos de políticas públicas.

Como exemplo, pode-se referir tanto às estatísticas oficiais⁵¹ utilizadas pelo aparato administrativo para planejar ações e monitorar resultados (GIDDENS, 2008) quanto à Antropologia que, por meio dos seus relatos etnográficos,⁵² também tem desempenhando um papel fundamental na instrução dos processos de nomeação e classificação dos objetos de políticas públicas e de expansão do poder administrativo sobre determinados segmentos sociais que se mantinham à margem das políticas governamentais, tais como os povos indígenas e demais comunidades tradicionais.

Mas a vigilância exercida por meio do armazenamento e do controle da informação não é uma característica apenas dos Estados-Nação. Os organismos internacionais também possuem modos de regulação reflexiva, canalizando o processo global de controle de informações e monitorando as fontes de informação necessárias aos Estados modernos⁵³. Um dos exemplos deste tipo de empreendimento é o realizado pela Organização Mundial da Saúde:⁵⁴ “A Organização Mundial de Saúde esboçou regulamentos sanitários internacionais de tipo extensivo e iniciou campanhas contra algumas das principais doenças” (GIDDENS, 2008: 278).

⁵¹ As estatísticas oficiais começam a ser realizadas pelos Estados a partir de meados do século XVIII, coletando informações sobre nascimentos, casamentos e mortes; residência, origem étnica e ocupação.

⁵² A escrita, como uma modalidade discursiva, torna-se fundamental para pôr em funcionamento os mecanismos de vigilância estatais, já que ela “pode ser usada de um modo direto para descrever e monitorar as atividades de setores da população potencialmente recalcitrantes” (GIDDENS, 2008: 67). Para uma discussão mais aprofundada sobre a relação entre a escrita e a emergência do Estado-Nação, ver Giddens, 2008.

⁵³ Foi durante o Absolutismo (século XVIII) que se desenvolveu a vigilância no âmbito da esfera internacional na busca de fontes de informação sobre a posição e a riqueza de outros Estados.

⁵⁴ “No campo da saúde, tentativas de uma coordenação internacional datam somente do século XIX. A partir de 1851 foram realizadas regularmente as Conferências Sanitárias Internacionais, propondo padrões generalizados de quarentenas e outras medidas sanitárias. As estatísticas sanitárias, entretanto, foram a principal preocupação das autoridades governamentais. O Escritório Internacional de Saúde estabelecido em Paris, em 1908, dedicou-se principalmente à coleta e distribuição de informação estatística, relativa à legislação da saúde pública em diferentes países e padrões de transmissão de doenças. A Liga das Nações estabeleceu seu próprio comitê de saúde: a Organização de Saúde. Dedicou-se inicialmente a tentar documentar e a checar a expansão das moléstias infecciosas, especialmente aquelas que assumiam proporções epidêmicas como consequência da guerra. Mas expandiu firmemente suas atividades, e o número de Estados imediatamente envolvidos nisso também cresceu, desenvolvidos em conjunto com o Escritório Internacional de Saúde, que continuou a existir independente. O monitoramento estatístico dos padrões mundiais de saúde permaneceu como a principal preocupação de ambas as organizações. Com a vinda das Nações Unidas, foi criada a Organização Mundial da Saúde, [...] tornando-se muito mais abrangente no alcance e na escala de suas operações” (GIDDENS, 2008: 278).

No campo da saúde, portanto, o sistema de vigilância estatal instaura um controle sobre o corpo das pessoas, a partir de um esquadramento geral realizado pela saúde pública. Esse esquadramento é levado a efeito por meio da implantação de serviços públicos de saúde que produzem informações detalhadas sobre a sua situação de saúde da população que atende (FOUCAULT, 1992: 97). No Brasil esse procedimento é definido como Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental), que ao produzir e controlar as informações de saúde permite ao Estado exercer seu poder administrativo sobre os corpos e os comportamentos das pessoas por meio do esquadramento médico sustentado sobre o poder biomédico.

2.3 Cidadania, soberania e nacionalismo: a consolidação do Estado-Nação

Para concretizar os direitos de cidadania⁵⁵ e estendê-los a todos os segmentos da população adstrita ao seu território, o Estado precisa produzir informações, armazená-las e controlá-las visando a executar medidas administrativas. Para que determinados segmentos da população tenham acesso a certos direitos sociais, faz-se necessário “um monitoramento apurado e detalhado de muitas características da vida da população”.⁵⁶ Dessa forma, esses direitos estão associados a tipos específicos de vigilância. Ao mesmo tempo, o Estado precisa nomear os setores populacionais para os quais se destinam tais políticas e instaurar uma forma de controle que garanta que somente eles tenham acesso a esses benefícios.

No Brasil, a efetivação dos direitos de cidadania se dá pela criação e execução de políticas públicas específicas, voltadas para a inclusão social e política de determinados segmentos populacionais antes marginalizados pelo poder público, tais como os povos indígenas e os demais povos e comunidades tradicionais. Para tanto se faz necessário produzir informações sobre esses segmentos, assim como criar mecanismos para classificá-los, de forma a torná-los objetos das políticas públicas. Nesse sentido, as políticas públicas também estão associadas a tipos específicos de vigilância e compõem artefatos por meio dos quais o poder simbólico e administrativo do Estado é exercido.

⁵⁵ Os “direitos de cidadania” – civil, político e sociais/econômicos – só passam a ser efetivados nos regimes democráticos vigentes nos Estados-Nação. Os direitos de cidadania podem ser entendidos como universais, pois são extensivos a toda a humanidade. Nesse sentido, eles não têm conexão particular com as fronteiras dos Estados (GIDDENS, 2008: 219-220).

⁵⁶ “Todas essas informações assim coletadas são uma fonte potencial de liberdade para aqueles cujas necessidades materiais são fornecidas por meio de programas de bem-estar. Mas também podem ser um meio de regular suas atividades de um modo coordenado de acordo com as doutrinas políticas promulgadas pelas autoridades de Estado” (GIDDENS, 2008: 320-321).

Aos direitos de cidadania está associada a ideia de soberania e Estado, na medida em que a primeira abarca a sua comunidade política como um todo (GIDDENS, 2008: 120). Com a expansão do monitoramento reflexivo do Estado, a soberania se institui como uma nova forma de ordem administrativa, na medida em que um Estado pode somente ser soberano “se grandes segmentos da população desse Estado dominam uma série de conceitos relativos à soberania [...] e se encontram conscientes de sua vinculação a uma comunidade política e aos direitos e obrigações que tal associação confere” (GIDDENS, 2008: 227-228).

Com o advento do Estado-Nação, os Estados têm uma unidade administrativa organizada territorialmente [...]. Entretanto, esta unidade não pode permanecer *puramente* administrativa, porque a coordenação real das atividades envolvidas pressupõe elementos de homogeneidade cultural. A extensão de comunicação não pode ocorrer sem o envolvimento ‘conceitual’ de toda a comunidade como uma coletividade informada. O Estado-Nação é uma ‘comunidade conceitual’ (GIDDENS, 2008: 236-237).

As políticas e programas governamentais se constituem em formulações discursivas que integram a ideologia disseminada pelo Estado no contexto da sociedade nacional. Essa disseminação se dá por meio do aparato administrativo, que disponibiliza ao domínio público informações de distintas ordens.

2.4 A modernidade como contexto: o global e o local

O sistema mundial, ao instituir a globalização como processo, contribui para redefinir as relações mantidas entre povos e culturas diferentes, para intensificar a produção de híbridos culturais e para complexificar o mapa das interações estabelecidas entre local e o mundial, entre o tradicional e o moderno. Esse fenômeno é característico do período em que hoje se vive e que é chamado de modernidade.⁵⁷

Dentre as características que marcam a dinamicidade da modernidade se encontram a separação do tempo e do espaço e sua padronização; o desencaixe dos sistemas sociais que dilatam o distanciamento tempo-espaço; e a reordenação reflexiva das relações devido às entradas contínuas de conhecimento no *mundo da vida* (GIDDENS, 1991: 25).

⁵⁷ Em uma primeira aproximação, Giddens associa a modernidade a um período e a uma localização geográfica: “estilo, costume de vida ou organização social que emergiram na Europa a partir do século XVII e que posteriormente se tornaram mais ou menos mundiais em sua influência” (1991; 11). Mas, as instituições constitutivas da modernidade, em sua condição multidimensional, são o Estado-Nação, o capitalismo e o industrialismo (GIDDENS, 1991).

As organizações modernas são capazes de conectar o local e o global afetando a vida das pessoas em distintas partes do mundo. Para a compreensão desse fenômeno, a ideia de desencaixe⁵⁸ como “deslocamento das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço” é central (GIDDENS, 1991: 29).

Por outro lado, aquilo que é deslocado dos contextos locais passa por um processo de reencaixe, na medida em que há uma “reapropriação ou remodelação de relações sociais desencaixadas de forma a comprometê-las [...] a condições locais de tempo e lugar” específicas (GIDDENS, 1991: 84). Esse processo de reinserção permite a re-criação da localidade em novos termos:

O lugar se tornou fantasmagórico porque as estruturas através das quais ele se constitui não são mais organizadas localmente. O local e o global, em outras palavras, tornaram-se inextricavelmente entrelaçados. [...] A comunidade local é uma expressão localmente situada de relações distanciadas (GIDDENS, 1991: 110).

Para Giddens (1991), a modernidade é globalizante, porque permite que sejam estabelecidas relações complexas entre o local (relações de co-presença) e aquelas que se dão *através de distância* (conexões de presença e ausência). Na medida em que a modernidade des-loca e o local se torna fantasmagórico, ela permite a inserção dos agentes sociais em cenários culturais e de informação globalizados.

A globalização pode assim ser definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa. Este é um movimento dialético porque tais acontecimentos locais podem se deslocar numa direção inversa às relações distanciadas que os modelam. A *transformação local* é tanto uma parte da globalização quanto a extensão lateral das conexões sociais através do tempo e do espaço (GIDDENS, 1991: 69-70).

Se por um lado é inerente à modernidade o contraste com a tradição; por outro, os discursos e as definições sobre a tradição constituem um fenômeno reflexivo, marcadamente moderno. A reflexividade, como característica do poder administrativo do Estado-Nação, passa a ter um papel fundamental na reprodução do sistema social moderno. “Não se sanciona uma prática por ela ser tradicional; a tradição pode ser justificada, mas apenas à luz do

⁵⁸ O autor reconhece dois mecanismos de desencaixe que contribuem na formação das organizações modernas: as fichas simbólicas, sendo o dinheiro uma dessas fichas; e os sistemas peritos que se constituem em sistemas de excelência técnica e competência profissional.

conhecimento, o qual, por sua vez, não é autenticado pela tradição.” (GIDDENS, 1991: 45)
Aqui a ciência moderna, incluindo as sociais, possui um papel fundamental para a reprodução dos sistemas sociais.

A reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim seu caráter. [...] O que é característico da modernidade não é uma adoção do novo por si só, mas a suposição da reflexividade indiscriminada (GIDDENS, 1991: 45).

2.5 A diferença cultural e a produção dos híbridos

A globalização instaura a ocidentalização do mundo, na medida em que importa não só mercadorias, mas também valores e estilos de vida ocidentais. Dessa forma, ela propicia o surgimento de misturas interculturais por meio dos processos de hibridação em que “estruturas ou práticas discretas, que existiam de forma separada, se combinam para gerar novas estruturas, objetos e práticas” (CANCLINI, 2003: 22).⁵⁹

Para compreender a emergência dos híbridos em um mundo cada vez mais interconectado, convém observar como as diferenças culturais são articuladas nas interações estabelecidas entre diferentes grupos sociais e entre estes e o Estado. A fronteira como espaço liminar, um entre-lugar, demarca os domínios das diferenças confundindo os termos e propiciando a emergência de novos arranjos: os híbridos.

Os embates de fronteira acerca da diferença cultural tem tanto possibilidade de serem consensuais quanto conflituosos; podem confundir nossas definições de tradição e modernidade, realinhar as fronteiras habituais entre o público e o privado, o alto e o baixo, assim como desafiar as expectativas normativas de desenvolvimento e progresso (BHABHA, 2005: 20-21).

O discurso colonial veiculado pelo Estado-Nação sobre a alteridade se pauta numa noção fixa, paradoxal que atua como signo da diferença, seja ela cultural, étnica ou racial: por um lado, fixidez significa rigidez e ordem imutável; por outro, também representa desordem, degeneração e repetição (BHABHA, 2005: 106). Dessa forma, o estereótipo se constitui em

⁵⁹ Canclini distingue o conceito de híbrido empregado pelas ciências sociais daquele que é usado em Biologia: “Outrossim, tratarei de algumas das objeções dirigidas por razões epistemológicas e políticas ao conceito de hibridação. Quanto ao estatuto científico dessa noção, distingui-la-ei de seu uso em Biologia como o fim de considerar especificamente as contribuições e as dificuldades que ela apresenta nas ciências sociais. No tocante a sua contribuição ao pensamento político [...] porque a hibridação não é sinônimo de fusão sem contradição, mas, sim, que pode ajudar a dar conta de formas particulares de conflito geradas na interculturalidade” (2003: 18).

um dispositivo do discurso oficial no processo de construção das subjetividades coloniais e no exercício do poder.

O estereótipo [...] é uma simplificação porque é uma forma presa, fixa, de representação que, ao negar o jogo da diferença (que a negação através do Outro permite), constitui um problema para a *representação* do sujeito em significações de relações psíquicas e sociais (BHABHA, 2005: 117).

O exercício do poder simbólico-administrativo do Estado, como desenvolvido anteriormente, representa uma espécie de poder colonial. Nesse sentido, ao nomear os objetos das políticas públicas da tradição, o Estado transforma as diferenças em estereótipos. Este, por sua vez, se apoia de forma ambivalente no reconhecimento e no repúdio dessas mesmas diferenças culturais, étnicas, raciais.

Sua função estratégica predominante é a criação de um espaço para 'povos sujeitos' através da produção de conhecimentos em termos dos quais se exerce vigilância [...]. Ele busca legitimação para suas estratégias através da produção de conhecimentos do colonizador e do colonizado que são estereotipados, mas avaliados antiteticamente. [...] Apesar do jogo de poder no interior do discurso colonial e das posicionalidades deslizantes de seus sujeitos [...], estou me referindo a uma forma de governamentalidade que, ao delimitar uma 'nação sujeita', apropria, dirige e domina suas várias esferas de atividade. Portanto, [...] o discurso colonial produz o colonizado como uma realidade social que é ao mesmo tempo um 'outro' e ainda assim inteiramente apreensível e visível. [...] Ele emprega um sistema de representação, um regime de verdade, que é estruturalmente similar ao realismo (BHABHA, 2005: 111).

Outro dispositivo empregado pelo discurso colonial é o da mímica como uma forma de diferença. Ao ter na reforma do Outro o seu objetivo, a mímica instaura um processo de imitação e de repetição, levado a efeito pelos grupos minoritários colonizados, dos costumes e hábitos do colonizador.

A mímica colonial é o desejo de um Outro reformado, reconhecível, *como sujeito de uma diferença que é quase a mesma, mas não exatamente*. [...] A mímica é assim, o signo de uma articulação dupla, uma estratégia complexa de reforma, regulação e disciplina que se apropria do Outro ao visualizar o poder. A mímica é também o signo do inapropriado, porém uma diferença ou recalitrância que ordena a função estratégia dominante do poder colonial, intensifica a vigilância e coloca uma ameaça imanente tanto para os saberes 'normalizados' quanto para os poderes disciplinares (BHABHA, 2005: 127).

Ora, as políticas públicas veiculam os saberes oficiais do Estado, que, por sua vez, contribui para a produção de sentido e das relações de poder que articulam as diferenças em uma ordem hierárquica colonizadora.

Existem dentro do mesmo aparato de poder colonial sistemas e ciências de governos modernos, formas ‘ocidentais’ progressistas de organização social e econômica que fornecem a justificativa manifesta para o projeto do colonialismo [...]. É no território dessa coexistência que as estratégias de hierarquização e marginalização são empregadas na administração de sociedades coloniais (BHABHA, 2005: 127-128).

Entretanto, os colonizados, de forma sistemática, por meio de um processo de deslizamento que ocorre através das fronteiras, apropriam-se e atribuem novos sentidos e valores aos símbolos coloniais, reinscrevendo-os em contextos discursivos particulares. Assim se instaura um processo de produção colonial da diferença, a partir do qual se definem os termos em que está pautada a alteridade, de forma a permitir a hibridização do discurso como efeito do poder colonial.

O hibridismo é uma problemática de representação e de individuação colonial que reverte os efeitos da recusa colonialista, de modo que outros saberes ‘negados’ se infiltrem no discurso dominante e tornem estranha a base de sua autoridade – suas regras de reconhecimento. [...] O objeto híbrido conserva a semelhança real do símbolo autorizado, mas reavalia sua presença, resistindo a ele. [...] A cultura, como espaço colonial de intervenção e agonismo, como traço do deslocamento de símbolo, pode ser transformada pelo desejo imprevisível e parcial do hibridismo. Destituídos de sua presença plena, os saberes da autoridade cultural podem ser articulados com as formas de saberes ‘nativos’ ou confrontados com aqueles sujeitos discriminados que eles têm de governar, mas que já não podem representar. [...] A exposição do hibridismo – sua ‘replicação’ peculiar – aterroriza a autoridade como o *ardil* do reconhecimento, sua imitação, seu arremedo (BHABHA, 2005: 166-167).

O entre-lugar existente nas relações coloniais mantidas entre os Estados e as populações subordinadas esvazia o conteúdo semântico original do símbolo, permitindo a emergência do híbrido, mas o símbolo ou objeto híbrido não deixa de trazer algo de seu lugar de origem.

Se, por um lado, sua autoridade, ou algum símbolo ou significado dela, é mantida – quer queira, quer não – por outro lado, então, ela se desfaz. É no momento em que se desfaz que [...] a duplicação repete a presença fixa e vazia da autoridade ao articulá-la com uma série de saberes e posicionalidades diferenciais, que tanto afastam sua ‘identidade’ como produzem novas formas de saber, novos modos de diferenciação, novos lugares de poder (BHABHA, 2005: 173).

Considerando que as diferenças culturais e de poder são instituídas e se tornam visíveis por meio das condições de enunciação, o sujeito do discurso da diferença é fundamentalmente dialógico, na medida em que ele se constitui na relação com o Outro.

Diante da emergência dialógica e fronteira do híbrido, Bhabha (2005) chama a atenção para a necessidade de se distinguir entre as semelhanças de símbolos em experiências culturais diversas e de se considerar os diferentes significados que eles adquirem, ao atravessarem diferentes locais de cultura e serem reinscritos em contextos sociais específicos. Aqui o híbrido surge como símbolo deslocado.

2.6 A dialética do controle e a indigenização da modernidade

Os mecanismos do poder utilizados pelo Estado-Nação, entretanto, propiciam que os agentes sociais localizados em posições subordinadas criem contraestratégias.⁶⁰ Giddens (2008; 36-37) define “a capacidade do mais dependente, do mais fraco e do mais oprimido em ter a habilidade de extrair esferas de autonomia próprias” como dialética do controle.

Todas as formas de domínio têm ‘aberturas’ que podem ser utilizadas pelos que estão em posições subordinadas para influenciar as atividades daqueles que detêm o poder sobre eles. Uma das consequências disso é que as tecnologias de poder – em outras palavras, procedimentos formalizados de domínio – raramente funcionam, se é que isso ocorre, com a ‘firmeza’ que, diante dos fatos, eles parecem possuir (GIDDENS, 2008: 37).

As políticas públicas instituídas pelo Estado, como se viu, também são um meio de expansão do controle sobre grupos sociais que ocupam posições subordinadas. Mas, ao mesmo tempo, podem ser apropriadas por estes mesmos grupos para lutar pelos seus próprios objetivos (GIDDENS, 2008: 226-227).

A possibilidade de desengajamento criada pela modernidade também propicia o desenvolvimento de estratégias de controle por parte dos grupos subordinados, instaurando processos de hibridação como uma forma de resistência ao domínio exercido pelo Estado-Nação. Os processos de apropriação de símbolos, discursos e objetos do colonizador vivenciados por estes grupos fundam novos locais de cultura que tendem a escapar do controle administrativo.

Quando fazem exigências interculturais, híbridas, os nativos ao mesmo tempo desafiam as fronteiras do discurso e modificam sutilmente seus termos, estabelecendo um outro espaço especificamente colonial de negociação da

⁶⁰ Isso se faz possível porque o poder é um atributo dos agentes sociais: ser um agente é ter poder. Giddens (2008) aborda a questão da agência dos atores sociais associada a sua capacidade reflexiva, a sua autonomia relativa e a contingência dos acontecimentos. Por um lado, “a reflexividade dos atores, a construção da sociedade como uma ‘realização habilidosa’ de sujeitos capazes de dominar a vida social hermenêutica e cognitivamente, mas também o aspecto prático e as consequências não intencionais que resultam da ação dos indivíduos” (GIDDENS, 2008: 13).

autoridade cultural. E o fazem sob o olho do poder, através da produção de saberes e posicionalidades 'parciais' em conformidade com o hibridismo. Tais objetos de saberes tornam os significantes da autoridade enigmáticos [...] Eles modificam suas condições de reconhecimento enquanto mantêm sua visibilidade (BHABHA, 2005: 172).

Outro fenômeno que pode ser entendido como uma forma de dialética de controle exercido por grupos sociais em posições subordinadas é o definido por Sahlins (1997a: 8) como “indigenização da modernidade” realizada pelos povos indígenas ao tentarem incorporar o sistema mundial ao seu próprio sistema de mundo.

A relação estabelecida entre os povos indígenas e as instituições modernas, entre elas o Estado-Nação, pode conduzir a um processo de intensificação cultural e expansão das suas instituições tradicionais. É claro que essas sociedades são transformadas por essa relação, mas elas tenderão a se ajustar à nova ordem por meio das instituições socioculturais já existentes que sobrevivem com novos valores e significados (WATSON *apud* SAHLINS, 1997a).

Os fenômenos de ampliação de mundo, de *developman* e de culturalismo são diferentes faces que o processo de indigenização da modernidade pode assumir. Os sistemas culturais locais são a base a partir da qual os povos indígenas interpretam e organizam os objetos, recursos e serviços advindos das relações estabelecidas com o Estado-Nação e, conseqüentemente, com o sistema mundial. Com isso, a tradição passa a ser entendida não como uma forma estereotipada de reprodução cultural, mas justamente como os distintos modos em que a transformação ocorre de maneira adaptada ao sistema cultural existente. “Os povos indígenas, locais experimentaram um *developmen* de sua cultura tradicional desde e através de sua articulação com o sistema mundial moderno” (GREGORY *apud* SAHLINS, 2007: 16), ao se apropriarem dos objetos ocidentais e revertê-los para o fortalecimento das noções indígenas de boa vida.

Os processos de ampliação do mundo, como um dos fenômenos da indigenização da modernidade, ocorrem quando os membros das comunidades nativas locais migram para grandes centros urbanos, mantendo seus laços de parentesco com a terra de origem. Esse fenômeno permite a conformação de sociedades transculturais dispersas, porém vinculadas à terra natal por meio de uma contínua circulação de pessoas, ideias, objetos e dinheiro. A incorporação de bens, objetos e experiências advindas do mundo externo, geralmente, incrementa os poderes e as relações locais. “Na complexa dialética da circulação cultural

entre a terra natal e os lares alhures, as práticas e relações tradicionais ganham novas funções e talvez novas formas situacionais” (SAHLINS, 1997b: 9-10).

O culturalismo, por sua vez, apresenta a cultura como um dispositivo político utilizado pelos povos indígenas na luta por sua ‘sobrevivência cultural’, na medida em que a reprodução da cultura indígena passa a estar atrelada à capacidade do povo de domesticar e controlar as forças de sua transformação histórica⁶¹ (SHALINS, 1997b: 15-16). As lideranças indígenas desempenham um papel fundamental na luta política em defesa da cultura tradicional. Atualmente, o fato de ultrapassar os limites da comunidade local e trazer de fora bens e benefícios advindos dos “brancos” contribui para aumentar o poder e o prestígio dessas lideranças no âmbito comunitário. Entretanto, a defesa da cultura “está acoplada a um desejo de manter e expandir o acesso às inovações técnicas, médicas e demais ‘benefícios’ materiais do sistema mundial. [...] [Os indígenas] querem englobar a ordem global em suas próprias ordens cosmológicas” (SAHLINS, 2007b: 20).

2.7 Translocalidade

O processo de irrupção do sistema mundial nos contextos locais faz surgir múltiplas formas culturais, que são chamadas por Ayora Diaz (2007) de translocais. As configurações translocais são produtos de distintas relações, interétnicas e interculturais, estabelecidas no local e também entre o local e o global. Neste processo, alguns agentes que transitam entre o local e o global desempenham o papel de mediadores da transformação social ou cultural. “Assim como a modernidade não é a mesma em todas as partes, a translocalidade produz formas particulares que diferenciam um grupo dos outros” (AYORA DIAZ, 2007: 141).

Ao definirem determinadas categorias como objeto de políticas e programas nacionais e/ou internacionais, as instituições modernas – Estado-Nação e organismos internacionais –, geralmente, em uma relação assimétrica, acabam por impor suas versões aos grupos locais que, por sua vez, se adaptam a elas como um meio estratégico de acesso a bens

⁶¹ “A luta pela autodeterminação indígena mostra um esforço para assumir o controle da administração oficial [...] transformando-a em fonte de recursos políticos para os povos nativos. Essa luta inclui a substituição de administradores ‘brancos’ por pessoal nativo, a busca de maior controle político e econômico sobre a terra e os recursos naturais, e a invenção de um novo lugar simbólico dentro das estruturas estatais, conferindo aos nativos o estatuto especial de ‘cidadãos com direitos adicionais’ [...]. Os povos indígenas desejam ter pleno acesso a todas as áreas da sociedade, ao abrigo de preconceitos e discriminações, como os demais cidadãos. Mas eles também reclamam um estatuto especial de originariedade com seu próprio conjunto de direitos e obrigação” (TURNER *APUD* SAHLINS, 1997b: 16).

e benefícios econômicos e sociais advindos destas relações. Este é o caso das políticas de desenvolvimento das medicinas tradicionais indígenas, por exemplo.

Não obstante, distintas formas de ‘ajuda’ à população local se convertem em um ‘presente envenenado’; isto é, em ferramentas de neocolonização cultural que em sua forma mais benigna deixam sem questionar as definições do ‘local’ e em formas mais extremas impõe sobre distintos grupos que recebem ajuda, estruturas e formas de significação que correspondem a lógica universal da cultura do Atlântico Norte. Isto é porque frequentemente se esquecem que estas definições têm sido formadas precisamente nos centros de poder e, ainda que negociadas e re-significadas localmente, contém em seu núcleo as premissas da essencialização cultural. [...] Em consequência, essa essencialização obriga a grupos [...] a silenciar-se, mimetizando e tomando as características ‘desejáveis’ que impõe o imaginário nostálgico dos benfeitores da cultura neo-colonial (AYORA DIAS, 2007: 139).

Ayora Diaz (2007) analisa um projeto de desenvolvimento da medicina tradicional indígena em Chiapas, executado pelo governo mexicano em parceria com organismos internacionais e organizações não governamentais. Neste contexto, a noção de medicina tradicional passou a ser associada a uma ideia essencializada e estereotipada da figura indígena. A heterogeneidade dos saberes médicos indígenas foi reduzida ao uso de plantas medicinais. Ao mesmo tempo em que estas ações instauraram um processo de reconhecimento desta prática, desqualificaram todas as demais que estavam fundamentadas sobre princípios espirituais-cosmológicos, por exemplo. De qualquer modo, as negociações realizadas entre os diferentes agentes que se relacionaram no contexto desse projeto deram lugar a formas culturais translocais.

Pode entender-se a emergência, fomento e consolidação da medicina herbolária na região como uma forma de translocalidade gestada no âmbito das relações globais-locais que é, por sua vez, mediada por não indígenas que buscam fortalecer a localidade das comunidades de Chiapas subordinando-as ao código universal da racionalidade moderna da ciência nor-atlântica (AYORA DIAZ, 2007: 146-147).

Com esse exemplo pode-se ver como as apropriações indígenas dos saberes e procedimentos da ciência, instância legítima sustentada pelo Estado no empreendimento de reforma dos grupos subordinados, também possibilitam que várias formas translocais de saber médico surjam a partir das distintas experiências dos sujeitos socialmente situados.

As práticas médicas são, neste sentido, translocais, ainda que sua prática sincrônica possa ser ‘objetivamente’ descrita como um evento atualizado em um espaço ‘local’. Cada grupo incorporou, apropriou, adaptou e adotou elementos de outros saberes que em cada momento de sua história tem encontrado significado (AYORA DIAS, 2007: 148).

Nesse sentido, as práticas médicas translocais também podem ser entendidas como intermédicas, na medida em que emergem a partir do encontro colonial estabelecido entre os povos indígenas e os múltiplos agentes vinculados a diferentes organizações do mundo moderno.

2.7.1 O local como avesso do poder: relações intermédicas e práticas de autoatenção

Se o poder biomédico é o que informa as práticas discursivas nacionais e internacionais relacionadas às medicinas tradicionais indígenas, especificamente é no local que acontece o encontro intermédico que as relações de poder assimétricas entre os agentes ocidentais e os povos indígenas são instituídas. É nas zonas de contato⁶² onde ocorre o encontro intermédico que os povos indígenas exercem o seu poder, atuando como agentes criativos na construção de sua realidade sociomédica.

A zona de contato em que as influências do desenvolvimento médico e a agência exercida pelos povos indígenas se fundem são espaços de emergência das medicinas indígenas híbridas. Nesses espaços, os povos indígenas recriam a sua prática médica por meio da seleção e da incorporação de elementos provenientes da medicina ocidental, rearranjando-os em um sistema de conhecimentos e práticas que possui uma lógica sociocultural própria. Os sistemas sociomédicos constituem um conjunto de conhecimentos e de prática criativa e devem ser compreendidos de “forma dinâmica e agencial” (JACKSON *apud* LIS FOLLÉR, 2004: 304), posicionando os povos indígenas como agentes de mudanças e de articulação.

A biomedicina ao ser incorporada ao universo sóciomédico passa a integrar esse universo de forma controlada. Assim, os especialistas empoderam a sua própria técnica médica por meio de um processo de atualização e transformação dos sistemas médicos. Pode-se compreender esse fenômeno como um processo de indigenização da biomedicina, que implica tanto a aceitação quanto a resistência ao poder e à ideologia biomédica. “Trata-se de um projeto de negociação e renegociação, resistência cultural e ilustração da formação de uma identidade indígena como estado dinâmico e transitório.” (LIS FOLLÉR, 2004: 144).

⁶² As zonas de contato se constituem em espaços dos encontros coloniais, onde são estabelecidas relações que geralmente envolvem condições de coação, desigualdade e conflito. Esse conceito enfatiza a forma em que os sujeitos são constituídos em suas relações uns com os outros. É nesse espaço que se efetivam as relações entre colonizadores e colonizados, suas interações, entendimentos e práticas, que ocorrem de acordo com relações de poder radicalmente assimétricas. (PRATT, 1992 *apud* LIS FOLLÉR, 2004)

Portanto, se por um lado, têm-se os esforços dos agentes coloniais para cientificizar, por meio da pesquisa e da política biomédica, as medicinas tradicionais indígenas; por outro, há os processos de indigenização da ciência e da biomedicina, mediante a apropriação que os povos indígenas fazem dos procedimentos e recursos da medicina ocidental.

Uma das características constitutivas das sociedades contemporâneas é justamente a diversidade de formas de atenção utilizadas pela população para intervir sobre problemas de saúde diversos. O que prevalece é uma espécie de pluralismo médico que, por sua vez, assume diferentes formas de acordo com contextos socioculturais específicos em que ele se desenvolve. O desenvolvimento do sistema mundial globalizado, com os seus respectivos deslocamentos e intercâmbios transnacionais, permitiu que diferentes modelos de atenção à saúde⁶³ emergissem como formas médicas translocais. Mesmo assim, são os agentes sociais os responsáveis por articular os diferentes modelos de atenção,⁶⁴ incluindo os provenientes da medicina científica, disponíveis através do uso que eles fazem de tais recursos (MENENDEZ, 2003: 189).

Para Menendez (2003), as práticas de autoatenção⁶⁵ constituem o principal núcleo de articulação dos diferentes modelos de atenção.

Por auto-atenção nos referimos [...] às representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e grupos sociais para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, ainda quanto estes possam ser a referência da atividade de auto-atenção; de tal maneira que a auto-atenção implica decidir a autoprescrição e o uso de um

⁶³ Por modelo de atenção o autor entende todas as atividades exercidas por grupos sociais e que estão relacionadas à atenção dos padecimentos em termos intencionais, isto é, que buscam prevenir, tratar, controlar, aliviar e/ou curar um padecimento determinado (MENENDEZ, 2003: 186).

⁶⁴ “Na América Latina há um processo constante segundo o qual uma parte dos curadores populares e tradicionais além de prescrever e/ou realizar seus tratamentos tradicionais, receitam também antibióticos ou vitaminas como parte de sua forma de atenção. No caso das parteiras chamadas empíricas se observa a utilização de técnicas de indução de parto de tipo biomédico. [...] Este processo de apropriação obedece a várias dinâmicas entre as quais sublinho duas: a desenvolvida a partir dos próprios curadores em busca de uma maior eficácia, o que conduz em determinados casos a que medicinas geradas pela indústria química/farmacêutica sejam incluída e usadas nas concepções culturais tradicionais. [...] E outra impulsionada pela própria biomedicina ou se preferirmos pelo setor saúde através dos programas de atenção primária que vem aplicando desde pelo menos os anos 20 (MENENDEZ, 1981). [...] Foi o setor saúde que adestrou as parteiras empíricas de tal maneira que estas utilizaram uma síntese de elementos tradicionais e biomédicos” (MENENDEZ, 2003: 190).

⁶⁵ Podem-se pensar as práticas de autoatenção como situadas na arena familiar que constitui os sistemas médicos populares. Para Kleinman (1973), os sistemas médicos são organizados em três arenas sociais culturalmente construídas: a familiar, a popular e a profissional. A arena familiar constitui-se das redes familiares e comunitárias responsáveis pelos primeiros cuidados prestados ao doente; a arena popular é formada pelos especialistas de cura não profissionais; e a arena profissional pelos especialistas que passaram por um treinamento formal e profissionalizante.

tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma. É dizer que a auto-atenção se refere às representações e práticas que manejam os sujeitos e grupos a respeito de seus padeceres, incluindo as induzidas, prescritas ou propostas por curadores das diferentes formas de atenção, porém que em função de cada processo específico, das condições sociais ou da situação dos sujeitos conduz a que uma parte deste processo de prescrição e uso se autonomize, pelo menos em tornos de autonomia relativa (MENENDEZ, 2003: 198).

A autoatenção possui dois níveis: um amplo e outro restrito. No nível amplo as formas de autoatenção são empregadas para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos sociais, enquanto no sentido estrito elas se remetem às representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo saúde-enfermidade-atenção (MENENDEZ, 2003: 198). É por meio da autoatenção que os sujeitos exercem a sua agência tanto na manutenção da sua saúde quanto nos episódios de doença.

A auto-atenção quase sempre é a primeira atividade que o microgrupo realiza a respeito dos padeceres detectados, e essa atividade não inclui inicialmente nenhum curador profissional, ainda quando possa inicialmente consultar a algum membro dos espaços familiares e sociais imediatos, porém que não desempenha nenhuma atividade como curador profissional. [...] A decisão de ir consultar um curador profissional, e uma parte das atividades que se realizam logo da consulta constituem também parte do processo de autoatenção (MENENDEZ, 2003: 201).

Sendo assim, o que deve ser focado são as articulações que os distintos grupos sociais fazem dos diferentes modelos de atenção disponíveis em seu campo de ação e propiciam a emergência das medicinas híbridas e das práticas e agentes intermédicos.

Entretanto, as associações estabelecidas entre os distintos modelos de atenção se organizam em uma relação hierárquica entre hegemonia e subalternidade. A expansão do modelo médico hegemônico afeta a relação com os outros modelos de atenção vigentes, subalternizando-os. Um dos efeitos da expansão biomédica é a medicalização não só das doenças, mas também de comportamentos. A medicalização representa um processo de colonização de corpos e subjetividades, pois

implica converter em enfermidade toda uma série de episódios vitais que são parte dos comportamentos da vida cotidiana dos sujeitos e que passam a ser explicados e tratados como enfermidade quanto previamente só eram acontecimentos cotidianos. Este processo implica não só que os sujeitos e grupos sociais assumam tais acontecimentos cotidianos em termos de enfermidade e não do que eram tradicionalmente [...] mas sim que passem a explicá-los e atendê-los, em grande medida através de técnicas e concepções biomédicas (MENENDEZ, 2003: 193).

O campo da saúde indígena constitui uma zona de contato em que a medicina científica e os sistemas médicos indígenas interagem na prática e na teoria. Ao articularem, por meio das práticas de autoatenção, os recursos provenientes de diferentes modelos de atenção, os povos indígenas tornam o campo da saúde um contexto intermédico, lugar de emergência de formas híbridas de atenção.

3 A EMERGÊNCIA DO TRADICIONAL COMO OBJETO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Ao analisar os documentos elaborados no âmbito dos organismos internacionais – OMS, OIT, ONU – e as políticas públicas nacionais que tratam sobre as medicinas tradicionais ou que utilizam a noção de tradição para qualificar os seus objetos (conhecimentos tradicionais, povos e comunidades tradicionais, parteiras tradicionais), percebe-se a existência de inúmeros alinhamentos discursivos. Os organismos internacionais apresentam recomendações a serem seguidas pelos Estados nacionais, e as políticas públicas brasileiras buscam contemplá-las em seu escopo. Mediante este fenômeno, é necessário refletir sobre alguns aspectos que caracterizam a relação mantida entre o Estado brasileiro e os organismos internacionais e sua importância para a emergência da medicina tradicional como objeto híbrido das políticas públicas nacionais.

3.1 Alinhamentos e descompassos entre os discursos OIT, ONU e OMS

Nas peças discursivas elaboradas pelos organismos internacionais aqui analisadas, podem-se distinguir as recomendações apresentadas na Convenção nº 169, da OIT, e na Declaração dos Direitos dos Povos Indígenas da ONU daquelas expostas no documento *Estratégias para a Medicina Tradicional 2002-2005*, da OMS. A primeira diferença que pode ser apontada diz respeito ao universo abarcado por esses documentos: tanto a Convenção 169/OIT quanto a Declaração das Nações Unidas incitam os Estados para que os direitos dos povos indígenas sejam efetivados. Já o documento da OMS tem como objeto a medicina tradicional. A medicina tradicional indígena aqui, apesar de sua importância, constitui apenas mais um dos sistemas terapêuticos contemplados. Ou seja, todos esses documentos fazem menção às medicinas tradicionais indígenas, mas somente o da OMS apresenta propostas estratégicas para sua regulamentação.

A OIT 169 e a Declaração da ONU estão pautadas, basicamente, no estímulo aos Estados nacionais para reconhecer e respeitar os direitos indígenas e desenvolver ações e programas junto a esses povos, sendo o acesso à saúde, o reconhecimento das suas medicinas tradicionais e a manutenção das suas práticas de saúde direitos mencionados. Já a OMS, além de incentivar o reconhecimento da medicina tradicional por parte dos Estados, apresenta uma proposta estratégica para que ela seja integrada aos sistemas de saúde nacionais por meio da criação de políticas que funcionem como marco regulatório para o seu exercício.

Outra diferença a ser pontuada se refere ao fato de que a OIT e a ONU reconhecem os povos indígenas como contribuidores para a diversidade e a riqueza das civilizações e das culturas; diversidade que se constitui em um patrimônio comum da humanidade, importante para a configuração das sociedades nacionais e reafirmação da sua identidade sociocultural. Já para a OMS o fato de as medicinas tradicionais estarem vinculadas às crenças e valores culturais, impregnadas de cultura, constitui uma dificuldade colocada aos objetivos de integração delas aos sistemas de saúde nacionais. A diversidade das medicinas tradicionais, que corresponde à diversidade sociocultural, nesse sentido, apresenta-se como um obstáculo ao seu reconhecimento como recursos de saúde válidos, na medida em que não existem padrões e métodos terapêuticos homogêneos.

Entretanto, o que esses documentos trazem em comum é a perspectiva colaboracionista: enquanto a OIT 169 e a ONU incentivam os Estados a estabelecerem relações de cooperação com os povos indígenas na implementação de políticas e programas, a OMS recomenda a colaboração dos praticantes da MT na organização dos serviços de saúde. De qualquer forma, a perspectiva colaboracionista está a serviço do desenvolvimento político e econômico mundial. É por isso que a Declaração da Alma-Ata entende a colaboração como a postura que está de acordo com a nova ordem internacional.

De qualquer forma, os organismos internacionais ao apresentarem recomendações aos Estados estão respeitando e fortalecendo a sua soberania, ao reconhecê-los como instâncias político-administrativas legítimas para implementar os programas de valorização e regulamentação do tradicional. Nesse sentido, a relação mantida entre os organismos internacionais e os Estados nacionais também está pautada pela colaboração. Até porque o Estado-Nação e a arena internacional não são dimensões separadas.

A emergência do Estado moderno como forma política global só é possível a partir das relações internacionais. Por outro lado, o internacional só é possível devido à forma como está mundialmente difundido o Estado-Nação. Nesse sentido, as recomendações apresentadas pelos organismos internacionais formam consensos construídos a partir das negociações mantidas entre os Estados nacionais no contexto internacional.

Esclarecidos os descompassos e os alinhamentos discursivos existentes na perspectiva dos organismos internacionais, este estudo se volta para a reflexão sobre a relação que tais organismos mantêm com os Estados nacionais e sua contribuição para a emergência das medicinas tradicionais como objeto das políticas públicas brasileiras.

3.2 A OMS e as implicações do desenvolvimento

A OMS, ao publicar o documento *Estratégias sobre a Medicina Tradicional 2002-2005*, tem como objetivo estimular os Estados nacionais a regular, disciplinar e controlar as medicinas tradicionais, integrando-as aos seus sistemas de saúde oficiais. O discurso aqui veiculado é uma forma de exercício do poder biomédico⁶⁶ que informa dos organismos internacionais sobre a medicina tradicional (GREENE, 1998). Neste contexto discursivo, a medicina científica (biomedicina) torna-se um instrumento do desenvolvimento econômico dos países pobres, além de se constituir na instância capaz de validar a MT de modo a regulamentá-la e torná-la universal, seja como objeto de políticas nacionais, seja como produto e serviço a ser disponibilizado no mercado mundial.

O interesse médico sobre as medicinas tradicionais se ampliou como uma possibilidade de desenvolvimento dos países pobres durante a década de 70. Com o reconhecimento de que a biomedicina não é o único sistema médico viável e com a pluralidade dos sistemas terapêuticos, instaurou-se a possibilidade de exploração da MT como cuidado alternativo de saúde. A partir desse momento, a ideia de integração ou colaboração entre a MT e a biomedicina passou a ser fomentada.

Se por um lado, a colaboração pode ser entendida como uma maneira de legitimar práticas das medicinas tradicionais e utilizá-las para ampliar a cobertura da atenção primária nos países em desenvolvimento; por outro, sob a ideia de colaboração, existem interesses econômicos do desenvolvimento médico,⁶⁷ na medida em que elas se apresentam como alternativas terapêuticas de baixo custo.

⁶⁶ Para os fins desta tese, entende-se o poder biomédico como uma das faces do poder simbólico-administrativo exercido pelos Estados-Nação e pelos organismos internacionais. Greene (1998) estabelece uma diferença entre recursos biomédicos - serviços, produtos, biotecnologias; **medicina biomédica, enquanto medicina científica-ocidental sustentada sobre o paradigma biológico**; e influência política internacional biomedicamente orientada (política de saúde, organização e pesquisa) entendida aqui como **poder biomédico**. Enquanto o acesso à primeira pode ser limitado devido ao seu alto custo (caso dos países sul-americanos), a última continua em expansão (GREENE, 1998, grifo nosso).

⁶⁷ “Em 1978 a WHO declarou a política da ‘Saúde para todos antes do ano 2000’, citando a necessidade para o acesso mundial a um sistema de cuidados em saúde primário (BRYANT, 1980). Implícita nesta política está a asserção de que o macrosistema do cuidado em saúde primário seria fornecido sobre a supervisão da burocracia biomédica. Debaixo dessa política, o avanço do desenvolvimento médico seria organizado, dirigido, regulado e controlado por uma sistematização (internacional e nacional) extensiva dos recursos de cuidado em saúde em países em desenvolvimento com a OMS como superintendente definitivo” (GREENE, 1998).

O conceito de colaboração, do ponto de vista do desenvolvimento, expressa a ressurgência da oposição entre progresso cultural representado pela ciência, pelos Estados desenvolvidos e pela cultura ocidental, em oposição às culturas estáticas, representadas pela tradição, pelas nações subdesenvolvidas e pelas culturas indígenas. Aqui, a MT é compreendida como um conjunto de práticas estáticas e passivas que se perpetuam desde tempos imemoriais e que, portanto, estão arraigadas a credences populares.

Além de ter como função a identificação das práticas úteis, a ciência médica também deve contribuir para **aprimorar** os recursos terapêuticos da MT de forma a integrá-los aos sistemas de cuidados primários de saúde, depurando-os de seus aspectos culturais. Esse esforço para cientificizar as medicinas tradicionais está impregnado pela ideia ocidental hegemônica de explorar os potenciais que elas encerram, mesmo quando ele se apresenta sob o rótulo da “colaboração”. Nesse sentido, a cooperação entre a biomedicina e a MT está informada por diferentes interesses que, ao subordinar as medicinas tradicionais à racionalidade científica, encerram a pretensão de universalizá-las.

A relação entre MT e medicina moderna, como aparece nos discursos oficiais, coloca a ciência biomédica numa posição hierárquica superior, estabelecendo-a como o agente que detém o poder da mudança para ativar e aprimorar os recursos terapêuticos passivos e estáticos da MT. Na visão desenvolvimentista, as medicinas tradicionais estão destituídas de agência, cabendo à biomedicina ativá-las. Dessa forma, para cooperar com os sistemas de saúde nacionais, a MT precisa primeiramente ser atualizada e aprimorada, ou seja, transformada (GREENE, 1998).

Ideias de desenvolvimento sobre a integração das etnomedicinas estão imersas em um pântano de construções ocidentais que apagam a agência social dos praticantes das etnomedicinas – a habilidade para realizar mudanças sociais, culturais, enfim médicas –, via a manutenção de sua ideologia que define o estático como a contraparte negativa do progresso. Essa ideologia, por sua vez, valoriza o desenvolvimento como o único representante do progresso em si mesmo. [...] Embora a etnomedicina esteja, em certa medida, legitimada como um recurso médico útil e alternativo, isso é somente na extensão que ela é manipulada pelo governo, pela economia da pesquisa biomédica científica ocidental e pela comunidade política de saúde. A etnomedicina é útil ao desenvolvimento somente na medida em que ela é cientificizada por intermédio de meios biomedicamente validados (GREENE, 1998).

As políticas da tradição têm, sistematicamente, descontextualizado os conhecimentos, as práticas e os praticantes da MT. Dificilmente a visão desenvolvimentista

perceberá as práticas da medicina tradicional como instituições socioculturais. A tentativa, por exemplo, de avaliar as medicinas tradicionais indígenas, que são sistemas médicos xamânicos, nos termos objetivos da medicina baseada em evidências, descontextualiza e fragmenta o xamanismo ao reduzi-lo a uma prática terapêutica e não dar conta dos múltiplos papéis desempenhados pelos xamãs nas sociedades indígenas.

3.3 A influência da OMS na construção das políticas públicas brasileiras

Como visto na análise teórica anteriormente apresentada, os organismos internacionais desempenham papel fundamental para a consolidação e manutenção da soberania dos Estados nacionais. Eles não têm o poder de interferir diretamente nas decisões político-administrativas internas do Estado, mas exercem sua influência por meio de recomendações pautadas em consensos internacionais construídos nas negociações realizadas pelos países-membros dessas organizações. De qualquer forma, não convém menosprezar o poder simbólico que essas influências exercem sobre a formulação das políticas públicas nacionais, principalmente no que se refere ao poder de fazer existir pela nomeação, ou seja, de criar pela enunciação os objetos de tais políticas públicas.

Os efeitos que as recomendações da OMS têm sobre o processo de construção das políticas públicas de saúde brasileiras são exemplares da forma que esses arranjos assumem. Ao recomendar aos Estados a criação de políticas voltadas para a integração das medicinas tradicionais e medicinas complementares e alternativas aos sistemas oficiais de saúde, a OMS reconhece que a MT pode contribuir para melhorar os índices de morbimortalidade das populações dos países em desenvolvimento. Mas, para que isso aconteça, faz-se necessário que os Estados controlem as práticas e praticantes destas medicinas, regulamentando-os de modo a garantir a segurança, a eficácia, a qualidade e o uso racional de suas práticas e produtos.

A primeira medida da OMS é definir, de forma útil e prática, a medicina tradicional. A definição da OMS instrumentaliza o conceito de medicina tradicional para que esta possa ser incorporada aos sistemas oficiais de saúde, contribuindo para alcançar os resultados almejados pelas autoridades sanitárias nacionais. Ao estabelecer o conceito de medicina tradicional, a OMS está exercendo o poder simbólico de nomear e, ao mesmo tempo, criando as medicinas tradicionais como objetos de políticas públicas nacionais, mediante o exercício

de sua poderosa influência sobre os Estados-Nação. As medicinas tradicionais como objeto de políticas nacionais, antes de tudo, passam a existir a partir do ato de enunciação da OMS.

As políticas públicas de saúde no Brasil – como a PNPIC, a PNPMF e o PL do deputado Eduardo Valverde –, aderem a esse conceito instrumental e também às recomendações da OMS. Estes possibilitam a incorporação de certas práticas de saúde das medicinas tradicionais no âmbito do SUS. No discurso dessas políticas, a incorporação das medicinas tradicionais constitui uma estratégia para efetivar a integralidade na atenção à saúde, prevista na Lei Orgânica da Saúde do Brasil (Lei nº 8.080/91). O PL da deputada Janete Capibaribe, apesar de não ter como objeto a medicina tradicional, também está alinhado com as recomendações da OMS ao propor a regulamentação do exercício de um dos seus praticantes: as parteiras tradicionais também criadas pelo Estado por meio de atos oficiais de nomeação.

O certo é que, ao definir de antemão o que entende por medicina tradicional e fixar o seu sentido, os discursos oficiais impossibilitam que os povos e comunidades tradicionais insiram os seus próprios entendimentos do que venha a ser a sua medicina tradicional. Dessa forma, pode-se dizer que as Políticas da Tradição estão operando com uma categoria discursiva estereotipada do que são as medicinas tradicionais.

Encontra-se na PNPIC um caso expressivo da autonomia do Estado ante as recomendações internacionais e a possibilidade de adequação delas de acordo com as forças e os interesses hegemônicos vigentes na arena política nacional. A PNPIC não adere ao termo de medicina tradicional/medicina complementar e alternativa. Ela usa a noção de práticas integrativas e complementares como substituto do termo proposto pela OMS. No entanto, ao conceituá-las, o Ministério da Saúde também adota o conceito postulado pela OMS, agregando a ideia de “sistemas médicos complexos” para definir essas práticas (PNPIC, 2006).

A adoção do termo práticas integrativas e complementares, em vez de MT/MCA, apresenta-se como uma estratégia discursiva que nega a essas práticas o *status* de “medicina”. Ao mesmo tempo, permite que algumas delas sejam retiradas dos seus contextos médicos para serem incorporadas ao SUS sem colocar em questão o modelo médico hegemônico.

Quando o Estado se apropria de saberes, bens ou práticas produzidos pelos grupos subordinados e os transformam em símbolos da cultura nacional, não considera a função e o significado que tais bens ou práticas possuíam em seu

contexto de origem. Existe um mecanismo de descontextualização das peças/utensílios/objetos pertencentes a culturas dos povos indígenas (CANCLINI, 2003: 187).

Ou seja, apesar de o campo das práticas integrativas ser caracterizado como sistema médico complexo, o que está sendo integrado ao SUS não são esses sistemas médicos, mas, sim, algumas de suas práticas. Esse processo de descontextualização (desencaixe) das práticas de saúde permite a subordinação destas no interior do sistema oficial de saúde.

A lógica racional-instrumental que caracteriza as instituições do Estado-Nação moderno contribuiu ao estabelecimento irrefletido deste juízo de valor sumário, facilitando a hegemonia do saber científico e permitindo sustentar e impor a conclusão de que existe uma hierarquia entre, por uma parte, formas de saber objetivas, verdadeiras e universais e, por outro, múltiplas formas subjetivas, culturais, morais e parciais. A hegemonia das primeiras justificaria seu financiamento, seu apoio, sua difusão e a imposição de seus critérios sobre as outras formas de saber, já que, como consequência lógica deste discurso, em contraste com o particular, o universal se reconhece como um bem maior (AYORA DIAS, 2007: 135).

Para incorporar a MT/MCA aos sistemas nacionais de saúde, é necessário criar políticas públicas para regulamentar e valorizar, por meio da validação científica, as medicinas tradicionais. Assim, se estaria garantindo o atendimento dos requisitos de segurança, qualidade, eficácia e uso racional das medicinas tradicionais. Com isso, o Estado pretende controlar, por meio do aparato administrativo, as práticas, praticantes e “produtos” das medicinas tradicionais que forem integradas ao SUS. A pesquisa científica, então, se faz necessária para identificar as terapias mais seguras e eficazes das medicinas tradicionais e para validá-las cientificamente, permitindo sua integração aos sistemas de saúde oficiais.

Nesse sentido, as medicinas tradicionais precisam ser submetidas ao esquadramento científico para se tornarem válidas. À pesquisa científica cabe o papel de depurar os aspectos culturais que desqualificam as medicinas tradicionais e apresentar evidências quanto aos resultados de saúde alcançados por essas terapêuticas. Logo, a ciência se apresenta como a estratégia por excelência para propiciar o reconhecimento e a valorização das medicinas tradicionais no âmbito das políticas nacionais de saúde.

Com isso, pode-se afirmar que as medicinas tradicionais não são reconhecidas pelo Estado pelo seu valor intrínseco, mas apenas na relação hierárquica que estas estabelecem com a ciência moderna que, por sua vez, possui o poder de atribuir-lhe validade. Reconhecer oficialmente as medicinas tradicionais significa validá-las cientificamente, torná-las seguras e eficazes, transformá-las em universais. Dessa forma é possível, no caso brasileiro, integrá-las

ao SUS, devido ao fato de a universalidade ser um dos princípios estruturantes desse sistema. Como Giddens (1991) assevera, não se valida uma prática por ela ser tradicional; ela só pode ser reconhecida quando submetida ao conhecimento científico. Este é um fenômeno característico da modernidade: a tradição como objeto de políticas públicas é um constructo moderno.

Os discursos oficiais, internacionais e nacionais estabelecem uma dicotomia entre o tradicional e o moderno, subordinando os saberes locais e culturais a uma ordem biomédica universal. A ciência enquanto forma ocidental de produção de conhecimento é a instância legítima pela qual “todos os demais saberes devem passar para estabelecer seu próprio valor” (AYORA DIAZ, 2007: 135). É dela o poder de estabelecer uma hierarquia entre saberes e suprimir ou silenciar todos aqueles que ela julgar não válidos. “No mundo contemporâneo, a hegemonia do saber científico sobre outras formas de saber tende a deslegitimar os conhecimentos de grupos subordinados, seja dentro do Estado-Nação, seja na rede de relações internacionais” (AYORA DIAS, 2007: 143). Aqui, a ciência exerce o papel de “neocolonização cultural do saber” dos grupos socialmente subordinados.

Na sociedade moderna, a racionalidade instrumental, mediante a ciência, tende a colonizar a vida cotidiana. [...] A autoridade da ciência respalda e é respaldada pela autoridade do Estado neste esforço por influir sobre condutas dos corpos sociais e individuais (AYORA DIAS, 2007: 152-153).

De qualquer forma, como Ayora Diaz (2007) afirma, o Estado brasileiro não está inclinado a incorporar todas as práticas das medicinas tradicionais ao sistema oficial de saúde, mas somente aquelas que podem ser apreendidas pela racionalidade biomédica, como é o caso das plantas medicinais ou das parteiras tradicionais, por exemplo. Nesse sentido, pode-se dizer que as medicinas tradicionais são mais aproveitadas quando transformadas em recursos para a pesquisa farmacêutica. As plantas medicinais possuem grande relevância como recurso terapêutico e são alvo de interesse econômico por parte do Estado. Mas, do mesmo jeito que as demais terapias precisam passar por um processo de validação científica, o conhecimento tradicional sobre o uso de plantas também precisa ser validado para ser integrado ao SUS.

O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos é reconhecido como possuidor de grande potencial para o desenvolvimento do Brasil, devido à enorme diversidade biológica e sociodiversidade existente no País. A PNPMF, além de prever a ampliação do acesso das opções terapêuticas disponíveis aos usuários do SUS, também encerra interesses econômicos ao estimular o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional.

A dicotomia entre *tradicional e moderno* emerge claramente no texto da PNPMF. Na leitura que a política faz das recomendações da OMS, as práticas da medicina tradicional devem ser integradas à assistência sanitária moderna. No processo de transformação dos remédios caseiros em medicamentos fitoterápicos, são as técnicas modernas de fabricação que garantirão a qualidade dos bioprodutos. Aqui o reconhecimento das práticas e do uso popular de plantas e remédios caseiros também se dá por meio da validação do conhecimento tradicional/popular pelo conhecimento técnico/científico. O interessante é que nesses discursos o moderno dinamiza o tradicional, mas também o tradicional é o solo potencial de onde nasce o moderno. O que permite a transformação de um em outro são os processos tecnológico-científicos.

Assim os medicamentos elaborados a partir dos conhecimentos tradicionais sobre plantas são entendidos como uma inovação em saúde a ser explorada pelas empresas privadas que compõem o complexo produtivo da saúde. Também as plantas medicinais como potencial para inovação em saúde são de interesse do Estado, na medida em que está estimulando a criação de uma indústria farmacêutica nacional que contribui para o delineamento de um modelo de desenvolvimento soberano para o Brasil na área de plantas medicinais e fitoterápicos.

O PL do deputado Eduardo Valverde, que pretende estabelecer os mecanismos para regulamentar a medicina tradicional, também enfatiza a questão das plantas medicinais e o seu comércio. No geral ele está alinhado com as políticas até agora apresentadas, entretanto algumas questões interessantes podem ser destacadas. Para o deputado a questão das plantas medicinais é de interesse nacional devido ao potencial econômico que esses recursos encerram. Ele vai mais longe em sua intenção de mercantilização das medicinas tradicionais: o deputado prevê a comercialização dos próprios conhecimentos tradicionais.⁶⁸

Um caso exemplar da vigilância que o Estado brasileiro pretende exercer sobre os conhecimentos e práticas tradicionais se encontra na proposta de elaboração de um banco de dados de conhecimento tradicional sobre plantas medicinais. Para os agentes do MS, essa seria uma forma tanto de contribuir para perpetuar os conhecimentos de transmissão oral,

⁶⁸ A mercantilização pode ser entendida como uma prática política e econômica que “consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtora da população. A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade da população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado de maior quantidade possível de moeda, graças ao que se poderá pagar aos exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros” (FOUCAULT, 1991: 82).

valorizar os detentores dos conhecimentos tradicionais, proteger os conhecimentos e as culturas e respeitar os direitos das comunidades tradicionais, incluindo as indígenas, como para subsidiar a produção de medicamentos à base de plantas em benefício da população brasileira, por meio do fortalecimento da indústria farmacêutica nacional em um explícito interesse de desenvolvimento econômico para o País. Esse discurso acessa a retórica do interesse geral da população como justificativa para o empreendimento. Portanto, ele trata de questões como nacionalismo, soberania, inclusão social e cidadania dos povos e comunidades tradicionais. Assim, a política moderna constrói os seus discursos em nome do interesse nacional, tentando levar os demais a compartilhar de suas ideias e seus ideais.

Mas o que está claramente em jogo aqui é o aumento da capacidade de monitoramento reflexivo por parte do Estado sobre os conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais, devido ao potencial econômico a ser utilizado para o desenvolvimento da economia nacional, no geral, e do complexo produtivo da saúde, em particular. Ao mesmo tempo, não fica claro como um banco de dados sobre os conhecimentos tradicionais poderia vir a contribuir efetivamente para reprodução desses conhecimentos por meio da tradição oral no contexto local de suas comunidades.

Nesse sentido, a regulação das medicinas tradicionais pelas políticas públicas de saúde brasileiras não apenas possibilita a sua incorporação aos sistemas nacionais de saúde, mas também autoriza que os conhecimentos, as práticas e os praticantes, assim como os recursos terapêuticos diversos, como as plantas medicinais, se tornem produtos a serem mercantilizados. Isso é possibilitado pelo processo de validação científica pelo qual a MT deve submeter-se para adquirir a qualidade necessária para ser integrada aos sistemas nacionais de saúde: tornar-se universal. A universalização da MT/MCA também é requisito necessário para que as suas terapêuticas sejam comercializadas, tornando-se serviços e disponíveis aos cidadãos e consumidores do mundo moderno.

A cooperação estimulada pela OMS entre os praticantes das medicinas tradicionais e os serviços de saúde também é apropriada pelas políticas nacionais de saúde – a de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e a do PL da deputada Janete Capibaribe. No PL, que pretende regulamentar as atividades das parteiras tradicionais, estão previstos a qualificação e o licenciamento para que elas possam atuar com segurança na assistência à gestante e aos partos. Somente as parteiras que fizerem o curso de qualificação de parteiras estarão habilitadas a exercer seu ofício no âmbito do SUS. Dessa forma, se estaria criando as

condições para um respeito mútuo entre profissionais de saúde e praticantes das medicinas tradicionais, viabilizando a complementaridade entre as distintas terapêuticas disponíveis ao público.

De qualquer forma, mesmo a parteira tradicional tendo sido qualificada por meio de curso, o PL estabelece que ela deve exercer seu ofício sob a supervisão direta de um médico ou enfermeiro. Ou seja, o sistema oficial de saúde pode reconhecer os praticantes das medicinas tradicionais ao regulamentá-los, mas desde que ocupem posição subordinada na hierarquia que estrutura os serviços de atenção à saúde.

Por outro lado, regulamentar significa disciplinar e colocar essas práticas e praticantes sob a supervisão direta do Estado, que passa a regular reflexivamente tais atividades. Nesse processo, há um deslocamento da parteira do âmbito comunitário em que exerce a sua prática para a arena do Estado, onde ela se torna uma funcionária, integrando os quadros burocráticos da administração pública. No âmbito comunitário, sua prática está sustentada pelo reconhecimento da comunidade; no do Estado, só pode ser reconhecida se for validada cientificamente, passar por um processo de qualificação e for supervisionada diretamente pelos representantes legítimos do modelo médico hegemônico vigente. Nesse sentido, o PL da deputada Janete Capibaribe é o meio de o Estado exercer seu “poder administrativo” sobre os grupos socialmente subordinados, na medida em que as parteiras tradicionais atuam, principalmente, em comunidades pobres localizadas nas regiões com escassa cobertura dos serviços de saúde.

Com isso, pode-se dizer que a validação científica está para as terapêuticas e produtos da MT, assim como a qualificação, o credenciamento e o licenciamento está para os seus praticantes. Dessa forma, o Estado-Nação exerce o seu poder administrativo sobre as medicinas tradicionais por meio dos dois modos de vigilância: a produção, o armazenamento e o controle da informação sobre as medicinas tradicionais produzidas pela pesquisa científica; e a supervisão da qualidade dos produtos e dos serviços prestados à população pelos praticantes da MT/MCA. O que se evidencia na relação mantida entre o Estado e a economia de mercado no campo da saúde, validar terapêuticas no âmbito do SUS, também possibilita disponibilizá-las como serviços e produtos para o consumo no mercado da saúde.

Assim, o Estado estende o seu monitoramento reflexivo sobre o mundo da vida de povos e comunidades tradicionais que até então estavam à margem da vigilância exercida pelo seu aparato administrativo. Para exercer o seu domínio sobre áreas da vida das pessoas que

originalmente se mantinham fora do seu alcance, o Estado age em consonância com as recomendações dos organismos internacionais que, por sua vez, reforçam a soberania do Estado e o seu poder para desenvolver as medicinas tradicionais. Por outro lado, o Estado brasileiro, situado em um sistema mundial de Estado-Nação, contribui para expandir também a capacidade de regulação reflexiva das próprias organizações internacionais sobre o mundo, principalmente, no que diz respeito às medicinas tradicionais.

Considerando a ampla diversidade de contextos socioculturais em que as MTs são praticadas, a sua validação pela pesquisa científica constitui uma forma de universalização de suas práticas, praticantes e produtos. Nesse processo, eles são deslocados de seus contextos e reencaixados no âmbito do sistema nacional de saúde, passando a possuir outros sentidos e a desempenhar outras funções distintos dos que eles tinham no local da tradição. Aqui a tradição é definida por uma instituição moderna: o Estado-Nação.

Ao estabelecer um conceito instrumental de medicina tradicional que permite a descontextualização de saberes, práticas, praticantes e recursos dos sistemas médicos tradicionais; ao estabelecer a pesquisa científica como meio de validá-los; e ao integrá-los em suas políticas públicas, o Estado está construindo objetos híbridos de políticas públicas, sustentados sobre a retórica da tradicionalidade. Este é o caso das medicinas tradicionais, mas também das outras noções – conhecimentos tradicionais associados, povos e comunidades tradicionais – vigentes no âmbito dessas políticas.

Como diz Bhabha (2005), as fronteiras existentes nas relações estabelecidas entre o Estado-Nação e os organismos internacionais, por um lado, e entre o Estado-Nação e as comunidades e povos tradicionais, por outro, permitem o esvaziamento do conteúdo semântico original do símbolo, permitindo a sua emergência no contexto das políticas públicas como um objeto híbrido. Esse movimento acontece em uma via de mão dupla e está relacionado também com a questão da dialética de controle, a ser desenvolvida mais na frente. Para o que interessa aqui, basta dizer que os objetos das políticas públicas são híbridos, porque os próprios discursos oficiais que os constituem, ao se apropriarem do tradicional e lhes atribuir significados específicos, também o são.

3.4 Cidadania e inclusão social: o interesse nacional como discurso

Há outro aspecto importante, veiculado pelos discursos oficiais, que toma a categoria tradicional para caracterizar os seus objetos: a relação entre povos e comunidades tradicionais

e a questão da cidadania e inclusão social. O discurso das políticas públicas brasileiras, incluindo as da saúde, acessa a questão da inclusão social como uma condição para o exercício da cidadania. No caso da PNPIC, da PNPMF e dos PLs do deputado Valverde e da deputada Janete Capibaribe, a inclusão social se refere à integração no âmbito do SUS das práticas das medicinas tradicionais ou das parteiras tradicionais como “profissionais” do sistema.⁶⁹

Já a PNPCT está sustentada fortemente sobre o discurso da inclusão social e política, agora não de sistemas de conhecimentos, práticas e praticantes das medicinas tradicionais, mas, sim, dos próprios povos e comunidades tradicionais que se têm mantidos invisíveis aos olhos do Estado. Nesse sentido, essa política pretende ser o meio de assegurar aos povos e às comunidades tradicionais o direito de exercerem integralmente a cidadania, na medida em que promove a sua visibilidade ante o poder público.

Associado ao discurso da inclusão social, a PNPCT compartilha a ideia desenvolvida no âmbito da Convenção 169 da OIT e da Declaração das Nações Unidas sobre o Direito dos Povos Indígenas de que a diversidade sociocultural constitui uma riqueza e que, portanto, precisa ser assumida pelo Estado como constitutiva da nação brasileira. Assumir essa premissa estaria de acordo com a própria marca de governo que hoje é vigente no País: “Brasil, um país de todos”. A PNPCT justifica que o Estado precisa reconhecer, valorizar e respeitar essa diversidade, já que os povos e as comunidades tradicionais historicamente vêm contribuindo na conservação dos recursos biológicos a partir dos conhecimentos tradicionais a eles associados.

Ora, mas para que essa inclusão se efetive é necessário que se deixe claro quem são os povos e as comunidades tradicionais alvos dessa política. Grupos extremamente diversos em termos socioculturais – indígenas, quilombolas, ciganos, pescadores, extrativistas, etc. – passam a ser englobados por uma única categoria: a de povos e comunidades tradicionais. Mais uma vez o Estado exerce o seu poder simbólico ao definir quem são e como se caracterizam esses povos e comunidades tradicionais: para existirem perante o Estado é preciso nomeá-los oficialmente. Diferente dos conceitos instrumentais com os quais operam as Políticas de Saúde, a noção de povos e comunidades tradicionais possui uma orientação

⁶⁹ Importante dizer que as parteiras tradicionais no Brasil não operam como uma categoria profissional, mas, sim, exercem seu ofício em contextos comunitários marcados por distintas organizações socioculturais dos cuidados com a saúde. Nesse sentido, é o discurso político-administrativo que constrói as parteiras tradicionais, como uma categoria profissional ancestral.

mais antropológica na medida em que utiliza os recortes étnicos, raciais, de gênero, religiosos, etc. para definir o seu objeto.

A partir de agora, determinados setores da sociedade brasileira passam a existir como cidadãos ante o Estado Nacional como povos e comunidades tradicionais. As ciências sociais, em particular a Antropologia, possuem papel fundamental para o mapeamento e a caracterização de tais povos e comunidades. Por meio dessas pesquisas, tais segmentos sociais serão identificados e cadastrados, o que permitirá a eles o reconhecimento dos seus direitos e o acesso aos benefícios sociais, políticos e econômicos disponibilizados pelo poder público aos cidadãos do Estado.

Dentre os direitos de cidadania previstos no âmbito da PNPCT também se encontram aqueles que dizem respeito à saúde. A política prevê a garantia de acesso a serviços de saúde adequados às características socioculturais dos povos e comunidades tradicionais, com ênfase nas concepções e práticas das medicinas tradicionais. Essas concepções e práticas das medicinas tradicionais fazem parte de um conjunto de conhecimentos, práticas e usos tradicionais que devem ser reconhecidos, protegidos e promovidos. Entretanto, o texto da PNPCT não define o que entende por medicina tradicional.

Com o desenvolvimento de políticas públicas para os povos e comunidades tradicionais, instaura-se inexoravelmente um processo de destraditionalização dessas sociedades. Nunca os tentáculos da globalização tiveram maior alcance do que agora, sob a rubrica dos direitos de cidadania. Aqui o Estado exhibe o seu poder de nomear, de enquadrar, de rotular e, conseqüentemente, de criar realidades. Interessante é que os agentes técnico-administrativos, ao definirem o tradicional, performam o poder estatal, contribuindo para desencaixar a tradição de seus contextos originais e reencaixá-la nos cenários das políticas públicas do Estado em que a tão almejada modernização aparece como sinônimo de desenvolvimento. Mas aqui, além de tardia, a modernidade também é colonial.

Ao criar uma política pública voltada para os povos e comunidades tradicionais, classificação também construída pelo Estado, este amplia o seu poder administrativo tanto sobre grupos sociais quanto sobre seus conhecimentos e suas práticas. Como afirma Giddens (2008), os direitos de cidadania estão associados a tipos de vigilância, na medida em que para reconhecer oficialmente estes povos e comunidades tradicionais, o Estado precisa produzir informações, armazená-las e controlá-las visando à implementação de programas e ações que tragam benefícios a esses novos cidadãos coletivos. A vigilância, como forma de poder

administrativo de um Estado reflexivamente monitorado, está associada ao exercício da cidadania.

As políticas públicas criam possibilidades para que segmentos das populações antes invisíveis acessem os benefícios disponibilizados pelos programas e ações do Estado. Mas, também, elas constituem mecanismos voltados para o monitoramento reflexivo do Estado sobre essas populações. Assim, elas tanto podem exercer um poder simbólico por meio de atos de nomeação oficial, que criam realidades sociais por meio do dispositivo da inclusão social, quanto expandir o poder administrativo do Estado, por meio dos mecanismos de vigilância – informação e supervisão –, adentrando em dimensões cotidianas cada vez mais íntimas da vida das pessoas.

Ao reivindicar o reconhecimento oficial das parteiras tradicionais, os movimentos sociais e organizações não governamentais reconhecem o poder do Estado de autorizar certas categorias de agentes a existirem pública e universalmente. Esse também é o processo da luta dos povos e comunidades tradicionais por visibilidade diante do Estado. Até este momento as parteiras tradicionais e os povos e comunidades tradicionais existiam para si mesmos; agora foram transformados em cidadãos que podem acessar benefícios, mas que se submetem ao controle do Estado, exercido pelos mecanismos de vigilância empregados pelo aparato administrativo.

3.5 As plantas medicinais e o conhecimento tradicional associado

Ora, as políticas públicas que abordam as questões relativas às medicinas tradicionais – seus conhecimentos, práticas e praticantes – demonstram grande interesse de regulamentar o uso das plantas medicinais. O uso destas plantas e dos remédios caseiros está situado na fronteira entre os interesses político-econômicos dos setores ambiental e de saúde. Por um lado, as plantas medicinais integram a biodiversidade brasileira e devem ser preservadas por meio de práticas de manejo sustentáveis levadas a cabo pelo setor público e privado ao explorá-las, tendo em vista o desenvolvimento social e econômico do Brasil. Por outro, as plantas também se apresentam como um recurso terapêutico amplamente utilizado por povos e comunidades tradicionais nos cuidados com a saúde.

Portanto, as políticas reconhecem os povos e comunidades tradicionais tanto como contribuidores para a preservação ambiental quanto como detentores de um saber valioso sobre tais recursos que podem conduzir ao patrimônio genético de propriedade da União, e

que ainda não foi explorado pelas indústrias farmacêuticas. De saída os princípios genéticos existentes nas plantas medicinais, passíveis de serem explorados para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional, são declarados patrimônio da União, enquanto os povos e comunidades tradicionais que detêm o conhecimento que podem levar a ele são desapropriados.

A ideia de que os povos indígenas, como um tipo de povo tradicional, são os “naturais guardiões da natureza” está alinhada ao discurso da PNPMF sobre a necessidade de o poder público estabelecer parcerias com os praticantes das medicinas tradicionais indígenas, como por exemplo, os xamãs. Esses especialistas passam a ser reconhecidos por deterem um saber sobre plantas medicinais, o que os colocam em “uma posição privilegiada nas arenas políticas contemporâneas nacionais e internacionais” (CONKLIN, 2002). Tais discursos hegemônicos geralmente ignoram uma série de outras práticas que configuram o xamanismo executado no contexto das comunidades locais.

Entretanto, nem todos os especialistas utilizam plantas medicinais para tratar as doenças. Há outras práticas tradicionais que as políticas públicas não consideram como relevantes no cuidado com a saúde. Essas práticas, baseadas em uma lógica radicalmente diferente que informa os processos de saúde e doença, podem ser reconhecidas unicamente como patrimônio imaterial do País, sendo por isso alvo de cadastro do Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN).

Por isso, todas as políticas analisadas até o momento, ao tratarem sobre a questão das medicinas tradicionais associadas ao uso plantas medicinais, de uma forma ou de outra, precisam considerar a Medida Provisória nº 2.186-16/2001, que dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético e a proteção dos conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade.

Essa MP pretende proteger o acesso ao conhecimento tradicional não necessariamente pelo valor intrínseco de tal conhecimento, mas por ele ser uma forma de acessar os princípios genéticos que a biodiversidade brasileira encerra e que constitui patrimônio da União. Apenas os conhecimentos associados ao patrimônio genético, com valor real ou potencial, são protegidos por essa Lei. Os demais conhecimentos tradicionais que informam as práticas e os cuidados com a saúde passam por um processo de folclorização ao serem considerados patrimônio imaterial que integra, como um conjunto de traços, a cultura brasileira de forma mais ampla.

Mais uma vez se se depara com o poder de nomear exercido pelo Estado ao definir e estabelecer o conhecimento tradicional associado como objeto de proteção dessa lei e diferenciá-lo de outros conhecimentos que, na prática cotidiana das comunidades tradicionais, são indissociáveis.

3.6 Tradição e soberania no contexto das políticas públicas: a fragmentação do tradicional

Os agentes técnico-administrativos do Estado acessam em seu discurso a questão da soberania do Estado brasileiro, ao regular o acesso ao patrimônio genético, ao propor um novo modelo de desenvolvimento social e econômico soberano no campo da saúde, ao estimular a indústria farmacêutica nacional, ao promover a cidadania dos povos e comunidades tradicionais, ao proteger os conhecimentos e práticas tradicionais e ao incluir práticas e praticantes das medicinas tradicionais no sistema oficial de saúde.

Os discursos associados à soberania fazem das políticas públicas um dispositivo de planificação e difusão de conceitos que tendem a homogeneizar o discurso de organizações e agentes que integram o aparato administrativo do Estado, transformando-o em uma comunidade conceitual que compartilha de uma linguagem oficialmente estabelecida. Como se pode perceber, o texto da OMS serve como instrumento para planificar os discursos das políticas públicas brasileiras.

As ideias de inclusão social, direitos de cidadania, ampliação do acesso, integração das medicinas tradicionais, integralidade da atenção à saúde, preservação ambiental, desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional, desenvolvimento sustentável, validação científica do tradicional, reconhecimento da sociodiversidade apresentam-se como noções estruturantes dos discursos veiculados pelas políticas tanto nacionais quanto internacionais. Essas noções contribuem para a consolidação da soberania do Estado brasileiro, na medida em que permitem uma relativa homogeneidade discursiva oficial, mesmo diante da fragmentação dos conhecimentos e práticas tradicionais instituídos pelas políticas públicas quando transformam a tradição como qualificativo dos seus híbridos.

Nesse sentido, as políticas públicas são formulações discursivas impregnadas de poder simbólico que impõem visões de mundo ao definir os termos e estabelecer as linhas de

ação a serem seguidas pelos inúmeros agentes técnico-administrativos que compõem o Estado.⁷⁰

Com a MP 2.186, fica evidente o fato de que ao tomar os conhecimentos e práticas tradicionais como objetos híbridos, o Estado instaura um processo de fragmentação destes mesmos conhecimentos, organizando-os de forma compartimentalizada, de acordo com a organização especializada de seu aparato administrativo. É por meio da validação científica que aspectos dos sistemas socioculturais tradicionais são deslocados dos locais de cultura e transformados em traços culturais. No estilçamento do tradicional, os objetos das políticas públicas passam assim a ser distribuídos e organizados:

- O conhecimento tradicional associado ao patrimônio genético, principal interesse da União, fica a cargo do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN), situado no Ministério do Meio Ambiente;
- Os saberes, práticas e praticantes das medicinas tradicionais ficam a cargo do setor saúde que, ao buscar integrá-los ao sistema sanitário nacional, desvincula-os dos contextos sociomédicos-cosmológicos originais, submetendo-os ao processo de validação científica, que possibilita sua disponibilização tanto como práticas terapêuticas, no âmbito do SUS, quanto como serviços e produtos a serem ofertados no mercado;
- As crenças, rezas, rituais, costumes e tudo o mais que não pode ser validado cientificamente ou que não pode ser instrumentalizado, mas que fazem o tradicional no contexto dos sistemas médicos, são identificados como patrimônio cultural imaterial, alvo de cadastro e da salvaguarda do IPHAN. Dessa forma, tais “traços culturais” são conservados quase como parte do folclore brasileiro;
- Por fim, a política, que toma como objeto os povos e comunidades tradicionais e visa a criar condições para o seu desenvolvimento sustentável, está sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e do Ministério do Meio Ambiente.⁷¹

⁷⁰ Isso não quer dizer que tais agentes consigam elaborar em seus discursos os fundamentos teóricos destas Políticas, mas sim que suas orientações informam a sua consciência prática.

⁷¹ Claro que a essas políticas está agregado um conjunto de representantes de diferentes órgãos do governo que compõe as comissões e conselhos gestores de tais políticas, de forma a implementar os programas a elas vinculados, contando com uma atuação intersetorial. Mesmo assim, o poder administrativo de conduzir o processo fica nas mãos dos representantes das organizações que sediam a respectiva política.

Isso é o que o Estado faz ao empregar o tradicional para qualificar os objetos das políticas públicas. Ao passar pela fronteira existente entre o local e o nacional/internacional, os conhecimentos, práticas e praticantes são desencaixados de seus contextos e esvaziados dos seus sentidos socioculturais originários. Como objetos de políticas públicas eles passam agora a ter outros sentidos e valores associados à ideia de cidadania constitutiva do moderno Estado brasileiro. As políticas públicas só podem reconhecer/valorizar/validar se transformarem a tradição que organiza o *mundo da vida* dos povos e comunidades tradicionais em objetos deslocados de políticas públicas.

O tradicional qualificando os objetos de políticas públicas também se constitui em uma noção forjada pelo discurso colonial do Estado que a apresenta, por um lado, como saberes e práticas fixas e estáticas transmitidas através dos tempos imemoriais entre as gerações indígenas, mantendo-se imutável nesse processo de transmissão de conhecimento. Por outro, mostra-a como algo atrasado, sustentado em superstições e que precisa ser aperfeiçoada pela ciência ocidental para poder efetivamente ser aproveitada como um recurso de atenção primária à saúde. Nesse sentido, os objetos de políticas públicas não deixam de refletir os estereótipos coloniais difundidos no imaginário da sociedade ocidental.

3.7 Política pública de saúde indígena e a articulação de sistemas médicos

Por fim, cabe ainda tecer alguns comentários sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no que diz respeito a sua forma de tratar as medicinas tradicionais indígenas. É certo que devido ao fato de se constituir em uma política pública, a PNASI também está impregnada pelo poder simbólico e administrativo do Estado. Primeiro ao definir quais são os povos indígenas a serem contemplados por essa política – os povos aldeados. Segundo, por implantar um processo de vigilância sobre a saúde dos povos indígenas por meio da produção, controle e armazenamento de informações demográficas, epidemiológicas e antropológicas referentes a essas populações.

A PNASI, a princípio, não traz em seu bojo a pretensão de regulamentar as medicinas tradicionais indígenas. Partindo de uma noção antropológicamente orientada de sistemas de saúde tradicionais, a PNASI propõe a articulação das medicinas tradicionais indígenas ao sistema oficial de saúde como forma de melhorar o estado de saúde dos povos indígenas. Ao estipular o respeito às concepções e práticas tradicionais de cuidados com a saúde utilizadas pelos povos indígenas como princípio que perpassa todas as suas diretrizes, a

PNASI instaura a possibilidade de que a universalidade das políticas, discutida até o momento, possa ser flexibilizada de modo a permitir diferentes rearranjos na organização dos serviços de saúde em contextos interculturais, como é o caso da saúde indígena.

De qualquer forma, a PNASI não deixa claro como esta articulação pode ser efetivada. O que atualmente se observa nas práticas dos serviços de saúde indígena é justamente o contrário da articulação de sistemas como preconizada. Na atuação dos profissionais de saúde prepondera uma perspectiva tecnicista que desconsidera a dimensão comunicativa do fazer saúde. No geral, os saberes e práticas indígenas de cuidados à saúde são invisíveis aos olhos dos gestores e profissionais que atuam nesse campo. Isso não quer dizer que eles não tenham opinião formada sobre as medicinas tradicionais indígenas, muitas vezes, pautadas em visões preconceituosas e estereotipadas. Entretanto, como a PNASI nomeia os sistemas indígenas tradicionais de saúde, mas não os operacionaliza nas rotinas da atenção à saúde, a noção de medicina tradicional indígena adquire uma multiplicidade de sentidos que emergem durante os eventos comunicativos que ocorrem no campo da saúde indígena.

3.8 Políticas públicas da tradição e da modernidade: a reconfiguração do local

Como visto no referencial teórico, que informa a análise apresentada até aqui, o Estado-Nação, associado ao modelo de desenvolvimento econômico capitalista, é uma instituição característica da modernidade. A emergência de políticas públicas, nesse sentido, representa o discurso moderno veiculado pelo Estado, a partir do qual o tradicional é definido – as medicinas, as práticas, os conhecimentos, os praticantes, os povos e as comunidades tradicionais. Os discursos e as definições sobre a tradição constituem um fenômeno reflexivo marcadamente moderno, porquanto sustentado pela produção de conhecimentos científicos.

Nesse sentido, o próprio processo de integração das medicinas tradicionais ao sistema oficial de saúde encerra diferentes etapas: a identificação de terapias e recursos úteis e eficazes; a descontextualização de práticas, saberes e praticantes; a validação científica/qualificação das medicinas tradicionais; o reencaixe desses saberes, práticas e praticantes no contexto universal das políticas públicas; e a mercantilização do tradicional. Nesse processo, as medicinas tradicionais se transformam em serviços e produtos complementares, colocados à disposição do cidadão-usuário do SUS ou do cidadão-consumidor. Esse processo encerra a dinâmica moderna descrita por Giddens (1991) por meio

do conceito de desencaixe: o deslocamento de aspectos das medicinas tradicionais dos seus contextos locais de interação e seu reencaixe em outras condições locais de tempo e lugar – o campo das políticas públicas.

As políticas públicas possuem o poder de reordenar as relações sociais no âmbito local ao conectá-las a uma ordem mundial mais abrangente. Dessa forma, elas têm o poder de afetar diretamente a vida das pessoas nos distintos locais em que habitam. As políticas públicas irrompem no local, desencadeando processos de reordenação socioculturais. Agora o local é perpassado por forças globalizadoras que advêm de lugares distantes dele. Por ter o poder de se deslocar, a modernidade permite que relações, instituições, saberes e práticas antes localmente situadas, sejam inseridos em cenários cada vez mais globalizados e universalizados.

Ora, é justamente esse o processo que permite a emergência dos híbridos. Ao tornar as medicinas tradicionais objetos híbridos de políticas públicas, o Estado permite a ocidentalização, por meio da cientificização, das medicinas, conhecimentos, povos e comunidades tradicionais, tratados como assuntos de interesse nacional e de preocupações internacionais.

Mas, como afirma Giddens (2008), as políticas públicas como mecanismos do poder – simbólico e administrativo –, em sua expressão biomédica, propiciam que os agentes situados em posições subordinadas, os sujeitos-objetos alvos das políticas públicas, criem contraestratégias para manter a sua autonomia ante as investidas regulatórias do Estado, revertendo os efeitos dessa influência para atender a interesses próprios.

A partir do processo de produção colonial da diferença, o Estado define, por meio do seu poder de nomear, o que são as medicinas, as práticas, as parteiras, o conhecimento, os povos e as comunidades tradicionais; assim como o que é ser índio e o que é medicina tradicional indígena. Isso porque as políticas públicas, não raro, são construídas a partir da fantasia da diferença colonial, que ao mesmo tempo reforça e subordina os grupos sociais, obrigando-os a imitar aquelas imagens fantasmáticas da civilidade ou da cidadania. Assim, o Estado produz diferenciações, através das quais as práticas discriminatórias mapeiam as populações a serem submetidas ao seu poder administrativo.

Os discursos veiculados pelas políticas públicas criam o tradicional para qualificar os seus objetos e conceituá-los, o que tem impacto sobre as realidades locais dos povos e

comunidades tradicionais. Na dialética do controle, as lideranças indígenas passam a se apropriar desses discursos como uma forma de acessar os benefícios disponibilizados pelo Estado. Mas esses interesses estão voltados para os interesses autônomos de desenvolvimento. Aqui, aparece mais uma vez com a noção de *developman*, como um processo constitutivo da indigenização da modernidade (SAHLINS, 1997a).

Ora, se assim é, então o movimento desencadeado pelas políticas públicas ao tornar as coisas e os sujeitos do tradicional objeto de políticas públicas é circular, pois os povos indígenas voltam a se reapropriar desses objetos a partir de seus próprios interesses de desenvolvimento, e atribuem a eles outros sentidos. Agora não mais o original, mas também não necessariamente o mesmo sentido veiculado pelas políticas públicas. Assim, as diferenças culturais são redimensionadas, e novos locais de cultura emergem a partir da dialética de controle estabelecida na relação entre os povos indígenas e o Estado.

As políticas públicas, como ferramentas do Estado moderno democrático, criam oportunidades para que aqueles que se encontram em posições subordinadas exerçam o seu controle sobre os poderes hegemônicos. Talvez, por isso, grandes partes dos programas de Estado não alcancem os resultados inicialmente planejados, pois, no âmbito local, as forças que configuram a realidade sociocultural estão organizadas sobre outros princípios e outros valores.

Por exemplo, a imagem veiculada pelos discursos hegemônicos de que os xamãs indígenas possuem um grande conhecimento sobre as plantas medicinais é utilizada por lideranças na luta junto ao Estado pela conquista de certos direitos, como o direito à terra e ao acesso a determinados benefícios/projetos.

Ativistas estão reformulando as identidades indígenas em torno às imagens de um xamanismo genérico focado nas plantas como remédios. Para os povos indígenas do Brasil, as metáforas de cura, conhecimento e de guardiões da natureza se constituem em poderosas ferramentas simbólicas [e discursivas] para perseguir seus objetivos políticos e repensar as suas identidades no século 21 (CONCKLIN, 2002).

Com todas as forças e influências exercidas pelo desenvolvimento das políticas públicas governamentais sobre o local, os agentes sociais ainda assim constroem as suas localidades. Ao se apropriarem das categorias universalizadas veiculadas pelos discursos oficiais, os povos indígenas atribuem-lhes novos sentidos e destinam-lhes um lugar específico em meio aos sistemas de significados que informam as suas ações. Os discursos propalados

pelos organismos internacionais e pelas políticas públicas nacionais perpassam diferentes locais que conformam a rede global que estrutura o sistema mundial na atualidade, instituindo, assim, múltiplas realidades translocais.

Mas, é preciso dizer que é necessário um esforço de conciliação entre os diversos interesses envolvidos com a questão, para que sejam possíveis as estratégias de colaboração entre o Estado-Nação e os praticantes das medicinas tradicionais idealizadas pelos organismos internacionais e levadas a efeito pelo aparato administrativo do Estado. Nesse momento, torna-se claro que não há colaboração sem conflito em contextos dinamizados pela perspectiva do desenvolvimento econômico e social do Estado-Nação, e que a articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde, antes de mais nada, precisa ser negociada.

4 A ÁREA DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA E O PROJETO ACRE

Como já foi dito anteriormente, as reflexões apresentadas no âmbito desta tese são fruto da experiência desta autora como gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena, do Projeto Vigisus II/Funasa. Se por um lado, ocupar esta posição no campo da saúde indígena fez despertar esta autora para a importância de compreender os processos discursivos oficiais por meio dos quais as medicinas tradicionais – seus saberes, práticas e praticantes – se tornavam objetos híbridos e deslocados de políticas públicas; por outro, as vozes indígenas aqui apresentadas como dados etnográficos também emergiram a partir do encontro entre a antropóloga e as pessoas indígenas no contexto de desenvolvimento das ações realizadas por essa Área.

Considerando que a partir de agora a tese passa a descrever e a analisar os processos de emergência dialógica da medicina tradicional indígena no âmbito de um dos projetos de pesquisa-ação fomentados pela Área de Medicina Tradicional Indígena, é necessário reconstituir tanto a trajetória que levou esta autora a assumir o cargo de gerência, bem como caracterizar a atuação dessa Área.

Durante o ano de 2003, a Funasa, representada pelo Departamento de Saúde Indígena (Desai), sediado em Brasília, encontrava-se em negociação com o Banco Mundial para estabelecer os termos do acordo de empréstimo que viabilizaria a realização da segunda etapa do Projeto Vigisus no que dizia respeito ao componente saúde indígena.

No final do ano de 2003, esta autora foi chamada pelo Desai para elaborar o Plano de Ação da Área de Intervenção de Medicina Tradicional Indígena que comporia o Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde, do Projeto Vigisus II.⁷² Um ano depois, em agosto de 2004, quando a fase dois do projeto entrava em vigência, foi convidada a assumir a gerência dessa Área com a incumbência de executar o plano de ação por ela elaborado um ano atrás.

⁷² A Funasa contratou esta autora como consultora para elaborar esse Plano de Ação devido à experiência adquirida junto aos Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul, entre os anos de 2000 e 2004, quando atuou como antropóloga responsável pela realização de um projeto participativo de pesquisa e intervenção voltada para a redução dos danos causados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas vigente em algumas comunidades Mbyá nesse Estado. As atividades desenvolvidas no âmbito desse projeto buscaram identificar saberes e as práticas da medicina Mbyá-Guarani e potencializar uma das formas tradicionais de autoatenção – a instituição do aconselhamento por meio das “boas palavras” – como estratégia para intervir sobre a problemática em foco. Para aprofundar, ver Ferreira, 2004.

4.1 O Projeto Vigisus

Antes de seguir em frente na caracterização dos objetivos e atividades realizadas pela Área de Medicina Tradicional Indígena, convém apresentar o Projeto Vigisus II em sua composição. O Projeto Vigisus II foi viabilizado via Acordo de Empréstimo nº 7.227, de 1999, estabelecido entre o governo brasileiro e o Banco Mundial. O escopo desse acordo de empréstimo foi concebido para ser realizado em três fases: a primeira teve início em 1999 e encerrou-se em 2004; no final desse mesmo ano teve início o Projeto Vigisus II, concluído no final de 2009; a terceira fase encontra-se em processo de negociação, com previsão de início para 2011 (MACEDO, 2007).

O Projeto Vigisus possui dois componentes: o primeiro, de vigilância em saúde, está sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; enquanto o segundo, de saúde indígena, está a cargo da Funasa.⁷³ Na Funasa, o Projeto Vigisus II é vinculado diretamente à presidência dessa instituição, sendo que o cargo de diretor nacional do projeto geralmente coincide com o de diretor-executivo. Entretanto, isso pode variar em função dos acordos político-partidários estabelecidos entre aqueles que ocupam os cargos de comando.

Para a execução do Projeto Vigisus II – Componente Saúde Indígena, o acordo de empréstimo previu a criação de uma Unidade de Gerenciamento de Projeto (UGP) própria para executar as atividades previstas em seus planos operacionais (POP). Esta UGP é organizada em três coordenações específicas: coordenação técnica, coordenação administrativa e coordenação de monitoramento e avaliação. Todas essas coordenações estão subordinadas ao coordenador-geral do Projeto Vigisus II.⁷⁴

A coordenação técnica, na qual esta autora está lotada, é conformada, por sua vez, por quatro subcomponentes. O primeiro denominado “Fortalecimento da Capacidade Institucional”, no qual se concentra a maior parte dos recursos do acordo de empréstimo, está voltado principalmente para atender às demandas de financiamento do Desai.⁷⁵ O segundo

⁷³ O valor do componente 2 do Projeto Vigisus contou com um montante de recursos de \$ 50 milhões para a execução das ações pactuadas.

⁷⁴ Esta UGP é composta por profissionais que integram a equipe-base e pelos consultores que foram contratados para realizar serviços pontuais durante a vigência do Projeto Vigisus II.

⁷⁵ Dentre as atividades financiadas estão: construção de obras (postos de saúde, casas de saúde indígena, polos-base), aquisição de equipamentos, capacitação dos profissionais das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) e dos Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento (Aisan), eventos diversos e também pela contratação de consultoria para a definição dos modelos de atenção, gestão, financiamento e monitoramento e avaliação (MACEDO, 2007).

componente, chamado “Ações Inovadoras de Saúde”, é formado por três áreas de intervenção que tratam sobre aspectos pouco desenvolvidos no campo da saúde indígena: vigilância nutricional, saúde mental e medicina tradicional indígena. O terceiro, “Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena”, financia pequenos projetos encaminhados por organizações indígenas. E o quarto subcomponente trata do saneamento ambiental em comunidades quilombolas (MACEDO, 2007).

A interação cotidiana estabelecida entre os agentes que ocupam as diferentes posições no âmbito dessas distintas coordenações e subcomponentes dão vida às normas burocráticas que informam os fluxos administrativos internos à UGP e à Funasa. A forma como as pessoas vivenciam a organização burocrática no seu dia a dia propicia o surgimento de uma cultura institucional específica, marcada pela heterogeneidade dos agentes que atuam nesse setor do Estado. Entretanto, apesar de reconhecer a importância dessas interações e dos fluxos administrativos no acontecer das ações executadas pela Área de Medicina Tradicional Indígena, não é objetivo imediato apresentar nesta tese uma etnografia da cultura institucional do Projeto Vigisus II, em particular, e da Funasa como um todo.⁷⁶

4.2 A Área de Medicina Tradicional Indígena

Os objetivos da Área de Medicina Tradicional Indígena estão em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, mais particularmente com a Diretriz n.º 4.4, que prevê a articulação entre os serviços e os sistemas de saúde tradicionais indígenas como forma de “melhoria do estado de saúde dos povos indígenas” (PNASI, 2002: 17). Sendo assim, o seu principal objetivo é a construção de estratégias para a articulação entre as medicinas tradicionais indígenas, pensadas neste contexto como sistemas médicos (KLEINMAN, 1973), e o sistema oficial de saúde.

Os outros objetivos da Área de Medicina Tradicional Indígena são: contribuir para a valorização, o fortalecimento, a manutenção e a atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde; produzir conhecimentos que subsidiem a construção de políticas públicas de saúde indígena; colaborar para a consolidação do direito indígena à atenção diferenciada.

⁷⁶ Portanto, apenas faço menção a dois eixos de relações que dão o tom às interações entre os agentes técnico-administrativos que atuam no componente da saúde indígena: a primeira é interna ao Vigisus. Trata-se das relações entre as dimensões políticas, administrativas e técnicas que conformam a execução das ações do projeto, por um lado; e a segunda diz respeito às relações estabelecidas entre o Projeto Vigisus e o Desai.

Para atingir esses objetivos, a Área adotou a metodologia de pesquisa-ação na realização de projetos participativos, com orientação antropológica, que combinaram o processo de produção de conhecimentos às ações práticas propostas pelas lideranças indígenas. No total foram realizados oito projetos de pesquisa-ação entre os anos de 2004 e 2008. Esses projetos foram organizados em três eixos temáticos: sistemas de parto; plantas medicinais e remédios tradicionais; xamanismo e intermedicalidade.⁷⁷ As Reuniões de Parteiros, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde, que se constituíram no contexto comunicativo em que aconteceram os discursos aqui analisados, fizeram parte do Projeto de Valorização dos Sistemas de Parto das Etnias Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas, proposto pela ONG Instituto Olhar Etnográfico, em parceria com lideranças de mulheres indígenas do Estado do Acre.⁷⁸

Os projetos de pesquisa-ação fomentados pela Área emergiram como produto das negociações realizadas entre as lideranças indígenas, com distintos pertencimentos étnicos, e a gerência da Área, que participou ativamente tanto na elaboração dos projetos e na criação de condições técnicas e administrativas para a sua implementação, quanto na condução da execução, na supervisão do seu desenvolvimento e no monitoramento dos resultados alcançados pelas atividades realizadas. Cada uma destas propostas foi construída artesanalmente, sendo fruto os diálogos interétnicos estabelecidos no contexto da Área de Medicina Tradicional Indígena. Dessa forma, a Área atuou em todos os projetos não só como instância financiadora. Ela, além de estabelecer as diretrizes teóricas e metodológicas, também ofereceu assessoria técnica às organizações proponentes dos projetos.

As lideranças indígenas que recorreram à Área tomaram conhecimento da fonte de financiamento, basicamente, de duas formas: a primeira se referia às lideranças que já estavam em contato e haviam recebido financiamento do Projeto Vigisus, durante a sua primeira etapa, para a realização de algumas ações identificadas como de medicina tradicional indígena (horto de plantas medicinais, encontro de mulheres indígenas, laboratório de plantas

⁷⁷ Os eixos xamanismo e intermedicalidade encerram projetos voltados para a compreensão e fortalecimento das instituições, rituais e praticantes das medicinas tradicionais indígenas importantes na manutenção da saúde e do bem-estar das comunidades indígenas. Foca também os processos de indigenização da medicina ocidental realizados pelos povos indígenas ao se apropriarem dos serviços de saúde e incorporá-los a contextos socioculturais particulares (LIS FOLLÉR, 2004).

⁷⁸ Os outros projetos fomentados pela Área foram: Caracterização dos Sistemas de Parto entre os Povos Indígenas de Alagoas, Pernambuco e Paraíba; Valorização das Práticas Culturais das Mulheres Xavante: dieta alimentar e medicinal na gestação e parto; Articulação entre os Sistemas Médicos Timbira e o Sistema Oficial de Saúde; Fortalecimento da Saúde Guarani-Mbyá; Medicina Tradicional Indígena Manoki, Nambikwara e Enawene-Nawé; Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: oficina de manipulação de plantas de uso medicinal; Valorização dos Saberes e das Práticas Médicas Tradicionais dos Povos Indígenas do Leste de Roraima.

medicinais, capacitação de parteiras); a segunda, por lideranças vinculadas a comunidades e organizações indígenas que já vinham realizando ações de fortalecimento e valorização dos conhecimentos e das práticas tradicionais de cuidado com a saúde antes mesmo da implementação do Projeto Vigisus II. Neste caso, as lideranças ficaram sabendo dessa fonte de financiamento por meio das divulgações institucionais feitas nos espaços de controle social, enquanto algumas das iniciativas foram identificadas pela gerência da Área como passíveis de serem fomentadas, desde que tais ações pudessem ser inscritas no contexto do projeto de pesquisa-ação antropológica.⁷⁹

4.3 Conhecimento e método: a pesquisa-ação como estratégia participativa

Ao buscar a Área para viabilizar os seus projetos, as lideranças indígenas, geralmente, traziam propostas de ações práticas, como, por exemplo, capacitação de parteiras, “laboratório” de plantas medicinais, hortos, oficinas de transmissão de conhecimentos tradicionais, revitalização de rituais, resgate da alimentação e das roças tradicionais.

Essas propostas, então, passavam a ser problematizadas durante o processo de negociação do projeto com a gerência da Área de Medicina Tradicional Indígena de forma a inseri-las no contexto da pesquisa-ação. Buscava-se conciliar a proposta prática da liderança com o imperativo da produção de “conhecimentos situados” relativos tanto ao objeto enfocado (parteiras e sistemas de parto tradicionais, uso de plantas medicinais, formação dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas, etc.), quanto ao processo de desenvolvimento de suas atividades, considerando o caráter participativo do projeto de pesquisa-ação.

A partir daí, pesquisadores de diferentes campos do saber científico eram convidados pela gerência da Área para participar do processo de escrita da proposta técnica e para compor as equipes de execução dos projetos. As equipes possuíam uma composição interdisciplinar e interétnica, sendo integradas por antropólogos, etnobotânicos, médicos sociais, agrônomos e biólogos, entre outros, assim como por lideranças indígenas de distintas etnias. Entretanto, se pesquisadores de diferentes campos científicos atuaram nos projetos de pesquisa-ação, é

⁷⁹ De qualquer forma, a Área de Medicina Tradicional Indígena não deu conta de todas as iniciativas de valorização e revitalização das medicinas tradicionais indígenas levadas a cabo por comunidades e organizações indígenas no Brasil, de forma, mais ou menos, autônoma, como é o caso do Projeto de Medicina Tradicional Baniwa no Alto Rio Negro, Amazonas (GARNELO, L.; SAMPAIO, G. L. E; FERNANDO BANIWA, A. 2004: 171-194).

preciso dizer que todos os projetos tiveram uma orientação, predominantemente, antropológica.

Diante disso, a pesquisa-ação foi considerada a estratégia metodológica adequada para implantar o processo participativo de elaboração e execução do Plano de Ação da Área de Medicina Tradicional Indígena, justamente por ela preconizar a participação de todos os interessados durante as distintas etapas de desenvolvimento do projeto: desde a elaboração da proposta e execução das atividades até a avaliação dos resultados alcançados. Na condição de pesquisa social, a pesquisa-ação possui

base empírica, que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLENT, 2007: 16).

Os resultados dos projetos de pesquisa-ação, portanto, foram de duas naturezas: os resultados da ação (práticos) e os resultados da pesquisa.⁸⁰ No processo de desenvolvimento dos projetos, esses resultados foram continuamente revistos. Os conhecimentos produzidos deveriam conduzir à ação, para adequá-la às realidades sobre as quais estava intervindo, enquanto as ações e seus efeitos se tornariam objetos de reflexão a partir de onde se produziam conhecimentos.

Os projetos de pesquisa-ação desenvolvidos pela Área de Medicina Tradicional Indígena combinaram a produção de conhecimentos científicos (antropológicos, etnobotânicos, de saúde pública, etc.)⁸¹ com ações de incentivo à mobilização e reflexão comunitária dos povos indígenas, voltadas para a criação de estratégias locais, visando à manutenção, atualização e fortalecimento dos sistemas de saúde tradicionais. Neste sentido, a própria pesquisa se transformou em uma ação de intervenção, enquanto as ações de intervenção tornaram-se eventos privilegiados para a coleta de dados etnográficos.

⁸⁰ “a) Objetivo prático: contribuir para o melhor equacionamento possível do problema considerado como central da pesquisa, com levantamento de soluções e proposta de ação correspondentes às ‘soluções’ para auxiliar o agente (ou ator) na sua atividade transformadora da situação; b) Objetivo de conhecimento: obter informações que seriam de difícil acesso por meio de outros procedimentos, aumentar nosso conhecimento de determinadas situações (THIOLENT, 2007: 20).

⁸¹ Os projetos de pesquisa-ação da Área de Medicina Tradicional Indígena tiveram como propósito realizar uma caracterização dos sistemas médicos indígenas; levantar modelos explicativos sobre saúde e doença; identificar os fatores que influenciam na tomada de decisões durante os itinerários terapêuticos; investigar o processo de formação sociocultural dos “praticantes” das medicinais tradicionais indígenas; compreender as relações já existentes entre distintas tradições médicas em interação.

O corpo teórico que informou o desenvolvimento dos projetos de pesquisa-ação de Medicina Tradicional Indígena foi proveniente do campo disciplinar da Antropologia da Saúde. Entre os conceitos empregados estão: sistema médico (KLEINMAN, 1973); práticas de autoatenção (MENENDEZ, 2003); itinerário terapêutico (LANGDON, 1994); corpo e pessoa (SEEGER; VIVEIROS DE CASTRO; DA MATTA, 1987); xamanismo (LANGDON, 1996); e intermedialidade (GREENE, 1998; LIS FOLLÉR, 2004).

Entretanto o espaço da pesquisa-ação permitiu que estes próprios conceitos fossem problematizados ao se tornarem tema de diálogo entre os diferentes agentes que participaram da elaboração e da execução dos projetos. De fato, tais conceitos foram operacionalizados durante a execução das atividades planejadas, principalmente quando se instaurava um processo de negociação sobre a melhor forma de conduzir as ações nos locais em que foram realizados os projetos.

Em última instância, pode-se pensar a situação criada pelos projetos participativos de pesquisa-ação como um fenômeno de reordenação reflexiva das relações sociais devido à entrada contínua de conhecimentos no *mundo da vida* dos agentes que participaram desse processo. Assim, ao produzir conhecimentos sobre os sistemas de saúde indígenas, a Área de Medicina Tradicional Indígena, por um lado, contribuiu para a expansão do monitoramento reflexivo do Estado, exercido por meio das práticas de vigilância sobre esses povos. Por outro, permitiu a inserção de conhecimentos científicos nas localidades em que foram executados os projetos, reordenando as relações sociais e instituindo contextos translocais (AYORA DIAS, 2007).

No entanto os conhecimentos produzidos pelos projetos de pesquisa-ação, conforme compreendidos pela Área de Medicina Tradicional Indígena, não são unicamente de domínio das diferentes disciplinas científicas contempladas no âmbito dos projetos e nem se reduzem aos saberes etnicamente situados dos povos indígenas. A produção de conhecimentos neste contexto foi promovida, justamente, no encontro destas diferentes e, muitas vezes, incomensuráveis tradições epistemológicas: tanto entre diferentes disciplinas científicas, o que atribui um caráter interdisciplinar aos conhecimentos produzidos, quanto entre as distintas culturas contempladas, que agregam uma dimensão intercultural a estes mesmos conhecimentos.

Sendo assim, os conhecimentos sobre as distintas camadas significativas que informam as ações práticas desenvolvidas no âmbito dos projetos de pesquisa-ação também

emergiram a partir do diálogo estabelecido entre os múltiplos agentes que participaram de tais projetos e que ocuparam as distintas posicionalidades distribuídas nesses espaços. Logo, os conhecimentos produzidos pelos projetos de pesquisa-ação constituem um constructo comunicativo e coletivo, porém não homogêneo, na medida em que cada agente conhece e partilha desse conhecimento, apropriando-se dele a partir da posição na qual está situado.

Ao estabelecer a produção de conhecimentos associada às propostas práticas como critério para o financiamento dos projetos de medicina tradicional indígena, a Área buscou instaurar um processo reflexivo sobre os caminhos da autonomia das medicinas tradicionais indígenas como um âmbito de atenção comunitária à saúde, evitando ações de cunho assistencialista que poderiam conduzir ao estabelecimento de uma relação de dependência entre os povos indígenas e o Estado. Portanto, há uma dimensão política e outra associada à ética interétnica que informa a decisão relativa ao corpo teórico e à estratégia metodológica adotada para a implementação do Plano de Ação da Área de Medicina Tradicional Indígena.

Afinal de contas, os procedimentos adotados em uma pesquisa-ação, por serem participativos, estão fundamentados sobre uma base dialógica-argumentativa. Neste caso, apesar de as técnicas de pesquisa estarem claramente delineadas a partir do campo disciplinar da Antropologia (observação participante, diálogos abertos, diário de campo, registro audiovisual), elas precisaram ser permanentemente consensuadas com as lideranças indígenas, já que foram estas que, via de regra, orientaram a inserção dos pesquisadores que compuseram as equipes interétnicas de execução dos projetos em campo. Assim, ao tomarem decisões conjuntamente sobre a melhor forma de proceder em campo, tais equipes se constituíram em verdadeiras comunidades interétnicas de comunicação (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996) vinculadas à Área de Medicina Tradicional Indígena. Esta, por sua vez, ao propiciar a criação das equipes interétnicas instituiu a participação como o contexto ético a partir do qual as ações práticas e de pesquisa desenvolvidas pelos projetos deveriam ser realizadas.

4.4 A Área de Medicina Tradicional Indígena como fronteira: entre o global e o local

Para poder viabilizar a execução dos projetos de pesquisa-ação, a gerência da Área de Medicina Tradicional Indígena teve de negociar não só com as lideranças indígenas com quem as linhas gerais dos projetos eram definidas, mas também com os inúmeros agentes

institucionais que fizeram parte do processo, mesmo permanecendo ausentes aos olhares indígenas. Um desses agentes, por exemplo, foi o próprio Banco Mundial, que precisou ser convencido da importância do emprego de metodologias participativas para o alcance dos resultados previstos tanto pelos projetos de pesquisa-ação em si, quanto da Área como um todo. Ao Banco Mundial coube a atribuição de avaliar as propostas técnicas e orçamentárias e emitir a não objeção para a contratação direta das organizações não governamentais, indigenistas e indígenas, proponentes dos projetos.

Diante disso, pode-se afirmar que a Área de Medicina Tradicional Indígena está situada em um espaço fronteiro entre o global e o local. Ela faz parte do Projeto Vigisus, viabilizado por meio de um acordo de empréstimo firmado entre o Estado brasileiro e o Banco Mundial. Está localizada no contexto das políticas públicas nacionais que utilizam a noção de tradição para qualificar seus objetos. Também, ao reconhecer os direitos dos povos indígenas sobre as suas medicinas tradicionais, implantou um processo participativo para realização do seu plano de ação envolvendo lideranças indígenas localmente situadas. Desse modo, essa Área possibilitou a irrupção dos discursos oficiais nas diferentes localidades em que ocorreram os projetos de pesquisa-ação, propiciando a emergência de discursos sobre as medicinas tradicionais indígenas e temas associados.

A Área de Medicina Tradicional Indígena foi um ponto de conexão entre as dimensões internacional/nacional, representadas pelo Banco Mundial e pela Funasa, e os múltiplos contextos locais em que os projetos de pesquisa-ação foram executados. As interconexões entre os locais em que os projetos de pesquisa-ação foram executados e o nacional/global, no qual eles foram gestados e negociados, foram realizadas por meio do deslocamento de agentes que transitaram por essas fronteiras. Mas também foram atualizadas pelos canais das telecomunicações (telefone e internet), que permitiram a manutenção das relações entre os parceiros dos projetos através da distância. Estas negociações foram realizadas em situações alternadas de presença e ausência.

Dessa forma, tanto os antropólogos que atuaram como técnicos no âmbito da Área e os que fizeram parte das equipes de execução dos projetos, assim como as lideranças indígenas com quem essas ações foram negociadas, constituíram-se em agentes translocais (AYORA DIAS, 2007) por transitarem entre o nacional/internacional e os locais em que os projetos aconteceram, estabelecendo ligações entre estas distintas esferas e contribuindo para a emergência de novos locais de cultura (BHABHA, 2005).

Portanto, como gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena, lugar a partir do qual esta tese surge, esta autora também ocupa uma posição de entremeio, situada entre as práticas discursivas oficiais que tratam de objetos qualificados pela noção de tradição e as vozes indígenas veiculadas desde as localidades em que estão inscritas. Mais uma vez, esta autora se encontra como antropóloga das fronteiras a etnografar discursos que surgem nos eventos comunicativos promovidos pela Área que, por sua vez, são efeitos das ações levadas a cabo em outros lugares distantes, diferentes daqueles em que tais eventos ocorreram.

4.5 O Projeto de Valorização dos Sistemas de Parto Indígenas no Acre: para uma etnografia situada

O projeto de pesquisa-ação que constitui o contexto de emergência dos discursos indígenas analisados no âmbito desta tese é o de Valorização dos Sistemas de Parto das Etnias do Acre e Sul do Amazonas (Projeto Acre). No âmbito da Área de Medicina Tradicional Indígena, esse projeto está situado no eixo sistemas de parto, por abordar questões relativas aos saberes, práticas e cuidadores indígenas envolvidos no cuidado com a gestação e o parto nas diversas etnias abarcadas pelo projeto.

Optou-se por analisar os discursos proferidos no contexto desse projeto tanto devido à pertinência e à complexidade da problemática por ele abordada – relativamente aos sistemas indígenas de atenção ao parto e suas interações com o sistema de saúde oficial –, quanto pelo fato de ele ter sido o primeiro projeto de pesquisa-ação a ser elaborado e fomentado pela Área de Medicina Tradicional Indígena, servindo de parâmetro para a construção e a realização dos demais projetos promovidos por ela.

Indicada pelo responsável técnico pela gerência de saúde indígena, na primeira fase do Projeto Vigisus, uma liderança de mulheres indígenas do Acre⁸² procurou a Área de Medicina Tradicional Indígena, em busca de financiamento para os cursos de aperfeiçoamento das parteiras tradicionais indígenas. Com esses cursos, a liderança pretendia aperfeiçoar a atuação das parteiras indígenas, ensinando-as a manipular os objetos que, com a intensificação do contato interétnico, haviam sido incorporados à sua prática, tais como as

⁸² Esta liderança fazia parte do Grupo de Mulheres Indígenas (GMI), vinculado à União das Nações Indígenas do Acre, que foi dissolvida em 2003. Na época em que a Área de Medicina Tradicional Indígena foi acessada por ela, algumas das mulheres indígenas que fizeram parte do GMI permaneceram atuando autonomamente, mas não possuíam uma organização indígena própria. No processo de desenvolvimento do Projeto Acre essa organização foi criada.

tesouras usadas para cortar o cordão umbilical do recém-nascido e os procedimentos de esterilização necessários para prevenir o tétano (mal de sete dias), por exemplo.

Além de repassar conhecimentos dos não índios que poderiam ser úteis, o projeto ainda previa a aquisição de *kits*-parteira para serem distribuídos às participantes dos cursos.⁸³ Dessa forma, a liderança acreditava que os conhecimentos advindos do mundo dos brancos seriam somados aos saberes tradicionais indígenas, aperfeiçoando a atuação das parteiras na assistência aos partos e criando condições para o exercício de seu ofício e para o seu reconhecimento profissional (GMI, 2004).

Foi a partir do encontro entre a gerência da Área de Medicina Tradicional Indígena e a liderança das mulheres indígenas do Acre, em setembro de 2004, que o Projeto Acre começou a ser forjado. A reconstituição sucinta do processo de negociação interétnica estabelecido durante a elaboração do Projeto Acre, bem como a sua apresentação em linhas gerais, se faz importante tanto por esse projeto surgir no contexto das relações dialógicas estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado – no espaço fronteiriço da Área, quanto pelo fato de suas principais atividades – as Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde – se constituírem nos eventos comunicativos nos quais foram proferidos os discursos indígenas objetos desta reflexão.

Devido ao fato de a proposta da liderança de mulheres indígenas não estar alinhada aos objetivos e princípios da Área de Medicina Tradicional Indígena, porquanto esta não contemplava em seu plano de ação capacitações dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas por reconhecê-los especialistas locais no cuidado com a saúde de suas comunidades, ela passou a ser problematizada e negociada, tendo em vista a sua transformação em um projeto de pesquisa-ação sobre os sistemas de parto dos povos indígenas dessa região de interesse da liderança.

Neste contexto de negociação, na condição de gerente da Área de Medicina Tradicional, esta autora indagou à liderança indígena: são somente as parteiras que cuidam das grávidas e parturientes nas comunidades indígenas do Acre? Os pajés desempenham algum papel no cuidado com a gestação e o parto? Qual a responsabilidade do AIS nesse processo?

⁸³ Esses *kits* eram compostos pelos seguintes materiais: tesoura, linha esterilizada, lanterna, luvas, escova para lavar as mãos, fita métrica, sabonete, saboneteira, toalha, álcool iodado, gases, algodão, avental, *pinard* (estetoscópio de madeira), guarda-chuva, botas e bolsas.

A liderança respondeu, então, que existiam outras pessoas, além das parteiras, que contribuíam para o bem-estar da gestante e na assistência ao parto, tais como a mãe, a sogra, as irmãs ou mesmo o esposo. Em alguns povos, o pajé desempenha papel importante, atuando no período da gravidez para preparar um bom parto ou mesmo intervindo sobre problemas que aparecessem durante a gestação ou no momento de a mulher dar à luz. A liderança explicou ainda que, em algumas comunidades, o AIS possuía a incumbência de acompanhar as grávidas conforme orientações da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) ao qual ele pertencia.

Mediante tais esclarecimentos, foi sugerido à liderança indígena redimensionar a proposta apresentada: em vez de fomentar a capacitação das parteiras para aperfeiçoar suas práticas, a Área promoveria o encontro entre parteiras, pajés e AIS para propiciar a troca de experiências e fortalecer o grupo dos cuidadores de gestantes, parturientes e recém-nascidos. A intenção era a de deslocar o foco das parteiras como únicas especialistas nos cuidados com as gestantes e parturientes e direcionar o olhar para a dimensão sociocultural que informa a rede de cuidadores e o conjunto de cuidados acessados durante a gestação e o parto nos contextos comunitários indígenas. Foi nesta situação que a noção de sistemas de parto foi forjada, justamente, para dar conta desse conjunto de saberes, práticas e praticantes.

Por isso, o Projeto Acre passou a contemplar outros cuidadores indígenas e, em comum acordo com a liderança, estabeleceu como sua principal atividade as Reuniões de Pajés, Parteiras e Agentes Indígenas de Saúde.

Por um lado, ao delinear um projeto de pesquisa-ação a partir da proposta da liderança de mulheres indígenas, intencionava-se instaurar um processo de valorização dos saberes, práticas e cuidadores indígenas da gestação e do parto em função de sua importância intrínseca para a reprodução biopsicossocial dos povos abarcados pelo Projeto Acre. Por outro, tentava-se não reforçar os mecanismos de individualização, instrumentalização, subordinação e descontextualização das parteiras indígenas de seus contextos comunitários que, inevitavelmente, adviria com o processo de reconhecimento profissional dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas e com a sua respectiva integração nos serviços de saúde públicos.

Como gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena, esta autora acreditava que as políticas públicas deveriam valorizar os contextos e as redes comunitárias de cuidados com a saúde, promovendo ações para garantir condições a essas comunidades e povos indígenas

tanto para manter os saberes, as práticas, os praticantes e as instituições tradicionais de saúde de forma autônoma, ou seja, sem reforçar as relações de dependência com o Estado, quanto para atender às novas necessidades de subsistência e consumo vivenciadas por essas comunidades atualmente.

Entretanto, é preciso dizer, que ao aderir aos termos com os quais alguns dos praticantes indígenas são definidos nas interações estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado-Nação, tais como o de parteira e o de pajé, contribuiu-se tanto para reforçar a existência destes papéis e cargos no âmbito das aldeias indígenas do Acre e Sul do Amazonas quanto para propiciar a emergência de novos sentidos atribuídos a esses praticantes e as suas práticas.

Além disso, foi apresentada para a liderança indígena a necessidade do Projeto Acre, por ser de pesquisa-ação, produzir conhecimentos sobre os sistemas de parto dos povos indígenas por ele abarcados e reflexões sobre o seu próprio processo de desenvolvimento, de modo a criar subsídios para a construção de estratégias de articulação com os serviços de atenção à saúde nessa região e para a formulação de programas e políticas públicas nacionais sobre as medicinas tradicionais indígenas. Para alcançar este objetivo, então, o projeto precisaria prever a contratação de antropólogos tanto para etnografar as atividades realizadas quanto para investigar os aspectos sociocosmológicos referentes ao processo de gestação e parto nos contextos das aldeias indígenas. Inicialmente a liderança se mostrou reticente, mas acabou por concordar com a presença de antropólogos no projeto, até porque essa era uma das condições para a sua viabilização.

Estabelecidos os acordos iniciais, então, foram chamadas para participar da elaboração e execução do Projeto Acre uma antropóloga especialista em povos Pano, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGAS/UFSC), recomendada pela gerência da Área de Medicina Tradicional Indígena, e uma cientista social indicada pela liderança de mulheres indígenas e associada ao Instituto Olhar Etnográfico.⁸⁴ Justamente por isso esse instituto foi convidado para ser o proponente do Projeto Acre, ainda quando ele se encontrava em fase de elaboração, em razão de as lideranças de mulheres indígenas do Acre não estarem habilitadas para tanto e por não

⁸⁴ A antropóloga especialista em povos Pano contribuiu na caracterização etnológica dos grupos abarcados pelo projeto, enquanto, a cientista social trabalhou junto com a liderança de mulheres indígenas para definir o número, o local e a quantidade de participantes das reuniões de parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde e elaborar o orçamento do Projeto Acre. Os antecedentes, objetivos, justificativa e metodologia foram escritos por esta autora.

possuírem uma organização indígena própria. Em dezembro de 2004, foi concluída a escrita do Projeto Acre.

4.5.1 O Projeto Acre em Linhas Gerais

O Projeto Acre remete à problemática identificada pelas lideranças indígenas que participaram de sua elaboração – desvalorização dos saberes e das práticas tradicionais de cuidados com a saúde ante a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena –, que, entre outras coisas, intensificou o processo de medicalização da gestação, parto e pós-parto evidenciado no fato de, cada vez mais, as mulheres recorrerem aos hospitais para terem seus filhos.

Ao longo das últimas décadas vem ocorrendo um paulatino abandono de certas práticas tradicionais referentes aos cuidados tomados com a gestação, parto e pós-parto. Esse processo tem como consequência a afluência cada vez maior das mulheres indígenas aos postos de saúde e hospitais [...] e a desvalorização dos saberes tradicionais referentes aos sistemas de parto indígenas. Isso tem um efeito desagregador sobre a organização sociocultural indígena por comprometer a manutenção dos laços de parentesco atualizados nos eventos de partos que acontecem nas aldeias (FERREIRA, 2004: 5).

Esse projeto determinou como seus principais objetivos a valorização das parteiras e dos pajés no âmbito das comunidades indígenas; a produção de conhecimentos sobre a atual situação dos sistemas de parto indígenas e suas relações com os serviços de saúde; e a avaliação do impacto dos Cursos de Aperfeiçoamento das Parteiras Tradicionais Indígenas sobre a organização dos cuidados comunitários à gestação, ao parto e ao pós-parto. Para alcançar estes objetivos, além das ações de pesquisa antropológica, foi prevista a realização de seis Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde. Com isso pretendeu-se:

Criar condições para a atualização e manutenção dos sistemas de parto tradicionais indígenas, contribuindo assim para a continuidade da organização sociocultural e para a valorização dos saberes e das práticas de cuidado com a gestação, o parto e o puerpério. [...] Por isso, devem ser momentos abertos para que os indígenas construam a dinâmica da reunião segundo a sua forma tradicional de conversar (FERREIRA, 2004: 12-13).

As reuniões teriam duração de cinco dias, congregando participantes dos diferentes povos indígenas que habitam a região. Os três primeiros dias foram destinados à troca de experiência entre parteiras, pajés e AIS com distintos pertencimentos étnicos: Kaxinawa, Katukina, Ashaninka, Shanenawa, Yawanawa, Kaxarari, Jaminawa, Jamamadi, Kamadeni,

Kulina, Apurinã, Nawa, Poyanawa e Nukini. Os últimos dias foram reservados para o encontro dialógico entre os participantes indígenas e os profissionais da EMSI.⁸⁵

Por sua vez, esse projeto seria executado de forma participativa por uma equipe interétnica composta por antropólogos e lideranças das mulheres indígenas. Além disso, para possibilitar o diálogo entre os participantes dessas reuniões, os quais eram falantes de diferentes línguas e possuíam distintos graus de domínio do português, também foi prevista a atuação de monitoras indígenas tanto para exercer o papel de tradutoras (língua nativa – português – língua nativa) quanto para apoiar na organização dos eventos e na condução dos debates.

E a negociação continua...

Após a finalização da escrita do Projeto Acre, outra frente de negociação foi estabelecida pela gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena: agora com os agentes do Banco Mundial visando a conseguir a não objeção para contratar a ONG proponente do Projeto Acre. Depois de inúmeras reuniões em que a proposta metodológica de pesquisa-ação precisou ser reiteradamente esclarecida, o Banco Mundial emitiu a não objeção em junho de 2005. Com a documentação aprovada, foi firmado um contrato de serviços de consultoria entre o Instituto Olhar Etnográfico e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), com quem o Projeto Vigisus II tinha firmado um termo de cooperação técnica para a execução das suas atividades.

Depois de receber a não objeção do Banco Mundial, as negociações entre a Área de Medicina Tradicional e a liderança das mulheres indígenas foram retomadas, mas agora contando com a participação dos novos parceiros: outras lideranças de mulheres indígenas, o pessoal da ONG e os antropólogos que comporiam a equipe de execução do Projeto Acre. Esta nova etapa de negociações teve como objetivo tanto preparar o início da execução do projeto quanto ajustar os termos da parceria institucional que estava sendo firmada. Entre julho e dezembro de 2005 realizaram-se várias reuniões para nivelar o entendimento dos parceiros acerca da proposta, montar e preparar a equipe de execução (definição de papéis, responsabilidades, honorários), estabelecer as estratégias e o cronograma de atividades e

⁸⁵ A forma de organização das Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde foi inspirada nas reuniões dos Karaí, caciques e lideranças Mbyá-Guarani que aconteceram entre os anos de 2000 e 2003 no RS (FERREIRA, 2008).

informar sobre os procedimentos administrativos necessários para serem observados a fim de viabilizar o repasse dos recursos financeiros.⁸⁶

Neste momento foi definido que a equipe interétnica de execução das atividades de campo do Projeto Acre seria composta por duas antropólogas, responsáveis pela parte técnica, e por duas lideranças de mulheres indígenas, a quem caberia a organização das Reuniões de Parteiros, Pajés e AIS. Claro que todos os integrantes da equipe atuariam em todas as frentes do Projeto Acre, agindo ora como responsáveis, ora como apoiadores das atividades. Em Brasília, por sua vez, se concentrariam as atividades administrativas feitas pelo pessoal do Instituto Olhar Etnográfico e da assessoria técnica prestada pela Área de Medicina Tradicional Indígena à equipe de campo. O suporte dado pelo pessoal sediado em Brasília foi fundamental para a criação das condições para a realização das atividades de campo previstas no escopo do Projeto Acre.⁸⁷

Foi decidido também que a execução do Projeto Acre seria realizada em duas etapas: a primeira contemplaria três reuniões na região de Alto Juruá; e a segunda, três reuniões no Alto Purus.⁸⁸ Além de terem sido estabelecidos os critérios que deveriam ser contemplados pelas aldeias que se candidatassem a sediar os eventos: facilidade (relativa) de acesso para possibilitar a organização logística do evento e localização geográfica estratégica para a participação de indígenas provenientes de outras aldeias e TIs; e estrutura física para hospedar os participantes e realizar as reuniões. Essas atividades tiveram início em janeiro de 2006 e foram concluídas em março de 2007.⁸⁹

Antes de contextualizar as Reuniões de Parteiros Pajés e AIS, convém trazer algumas informações sobre a realização dos Cursos de Aperfeiçoamento das Parteiros Tradicionais Indígenas que aconteceram no Estado do Acre e Sul do Amazonas entre os anos de 2000 e 2004, que se constituíram nos antecedentes diretos do Projeto Acre. A retomada desses cursos torna-se importante tanto pelo fato de eles terem sido avaliados durante essas reuniões quanto

⁸⁶ O montante de recursos destinados ao Projeto Acre foi de R\$ 194.900,00 (cento e noventa e quatro mil e novecentos reais).

⁸⁷ A cientista social indicada pela liderança indígena acabou por não integrar a equipe de campo do Projeto Acre, por ter assumido o cargo de consultora da Área de MTI. Outra antropóloga, vinculada à Universidade de São Paulo, foi indicada pelo Instituto Olhar Etnográfico, para compor essa equipe.

⁸⁸ No Acre existem duas grandes bacias hidrográficas: a do Juruá e seus afluentes – rios Moa, Amônia, Liberdade, Gregório e Tarauacá – e a do Purus e seus afluentes – os mais importantes os rios Chandless, Caeté, Macaúá, Iaco e o Acre (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a).

⁸⁹ Os recursos destinados ao seu financiamento foram repassados ao Instituto em quatro parcelas: a primeira foi paga antes de serem iniciadas as atividades, de forma a viabilizar a execução do da primeira etapa do projeto; as demais parcelas foram repassadas mediante a apresentação de três produtos de consultoria, que se constituíram nos Relatórios Etnográficos do Projeto Acre.

por serem ilustrativos do processo de irrupção das políticas públicas em localidades específicas e dos mecanismos de apropriação e indigenização daquelas pelos povos indígenas. Dessa forma, acredita-se estar oferecendo subsídios ao leitor para que ele compreenda a fala dos participantes desses eventos, de modo a vislumbrar algumas das camadas significativas acessadas por estes enunciados.

5 OS CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS INDÍGENAS

Como se viu, ao procurar a Área de Medicina Tradicional Indígena, a liderança de mulheres indígenas tinha como intuito conseguir financiamento para a realização de Cursos de Aperfeiçoamento das Parteiras Tradicionais Indígenas. Com essa medida, a liderança buscava uma maneira de dar continuidade ao trabalho realizado pelo Grupo de Mulheres Indígenas (GMI) desde 1996 junto às parteiras indígenas.

Durante os anos de 2000 e 2004, foram realizados pelo GMI cinco cursos de aperfeiçoamento de parteiras indígenas, com duração, em média, de quatro dias cada um. Essas atividades envolveram 163 parteiras indígenas provenientes de 119 aldeias, abrangendo doze povos indígenas diferentes (Yawanawa, Kaxinawa, Shanenawa, Arara, Katukina, Poyanawa, Nawa, Nukini, Jaminawa-Arara, Kulina, Ashaninka e Apurinã). Os cursos aconteceram em espaços cedidos pelo poder público local ou por organizações religiosas que atuam na região, em cidades próximas às aldeias indígenas onde morava o público a quem eram destinados.⁹⁰ Para a realização das atividades, o GMI contou com financiamento do Projeto Médico Internacional da Federação das Parteiras da Alemanha (GMI, 2004).

Com a realização desses cursos, o GMI pretendia reduzir a mortalidade infantil de crianças indígenas; melhorar a qualidade de assistência ao parto domiciliar; realizar o cadastramento das parteiras tradicionais indígenas; implantar o serviço de registro das informações referentes ao parto domiciliar; fornecer um *kit* com materiais básicos para as parteiras; registrar a troca de experiência em trabalhos de partos diferenciados, respeitando a diversidade cultural de cada povo (GMI, 2003; fevereiro de 2004; março de 2004; e abril de 2004). No entendimento das mulheres do movimento, os cursos de aperfeiçoamento se apresentavam como uma forma de lutar pelo reconhecimento profissional do trabalho das parteiras.

Os trabalhos realizados no decorrer deste projeto foram mais um passo importante dado pelo Movimento Indígena do Acre e Sul do Amazonas, rumo a melhoria de vida destes povos. Foi também mais uma oportunidade para ampliar as alianças institucionais, sobretudo, para as mulheres parteiras, que ficaram mais conscientizadas para os diversos perigos decorrentes da gravidez, parto e pós-parto e com o recém-nascido. Contudo, as exigências das parteiras são no sentido da continuação deste trabalho, fornecimento do

⁹⁰ Os cursos de parteiras aconteceram em quatro municípios do Estado do Acre – Tarauacá, Jordão, Santa Rosa, Marechal Thaumaturgo e Mâncio Lima – e um no sul do Amazonas, em Pauini (GMI, 2003).

kit básico para a parteira. E principalmente o reconhecimento destas pelo poder público como profissional que são (GMI, 2003).

A programação dos Cursos de Aperfeiçoamento de Parteiras Indígenas foi elaborada de acordo com o conteúdo veiculado pelo *Livro da Parteira* (MS, 2000). Esse livro contém conhecimentos baseados no saber biomédico acerca dos processos fisiológicos e anatômicos relacionados à gestação e ao parto, bem como veicula mensagens sobre procedimentos higiênicos a serem observados pelas parteiras ao assistir os partos e ensina como os materiais do *kit*-parteira devem ser manipulados.

Assim a programação contemplou questões como: perfil da parteira e da gestante; corpo da mulher (ovulação, menstruação e gravidez); pré-natal; exames que podem ser feitos pelas parteiras; trabalho de parto e posições do parto; cuidado com os recém-nascidos (limpeza e forma de cortar o umbigo); material para um parto limpo (procedimentos de esterilização); experiência de um parto em domicílio; problemas na gravidez, parto, pós-parto e com o recém-nascido; encaminhamento de casos com problemas; amamentação; plantas medicinais; e avaliação.

A perspectiva transmitida pelo *Livro da Parteira* parte da premissa de que as parteiras tradicionais possuem um conhecimento sobre o corpo feminino que precisa ser melhorado. Assim, ao intercalar desenhos e texto, descreve os órgãos externos e internos do aparelho reprodutor feminino – útero, trompas, ovário, vagina –, bem como o processo de desenvolvimento do feto durante a gestação.

É importante conhecermos melhor a genitália. Na parte de fora, vemos os pelos pubianos, os grandes e pequenos lábios, o clitóris, a entrada da uretra (por onde sai a urina) e logo abaixo a entrada da vagina (por onde sai o sangue da menstruação, por onde o pênis do homem entra numa relação sexual e por onde sai o bebê). A parte que vai da abertura da vagina até o ânus, chamamos de períneo. O períneo estica muito na passagem da cabeça do bebê (MS, 2000: 14).

O livro enfatiza a importância de as gestantes fazerem as consultas de pré-natal e indica os procedimentos que podem e devem ser feitos pelas parteiras tradicionais ao acompanhar uma gravidez: observar os olhos da grávida (quando estiverem brancos é sinal de anemia); examinar o pulso, a urina e a temperatura; auscultar o coração do bebê com o *pinard*; examinar a barriga. Assim como apresenta instruções sobre como identificar riscos e a

forma de agir em casos de complicações durante a gestação⁹¹ e o parto,⁹² o *Livro da Parteira* (MS, 2000) oferece orientações sobre como as parteiras devem proceder, recomendando que, nos casos em que esses sintomas apareçam, as mulheres devem ser imediatamente encaminhadas para os serviços de saúde.

Os cursos de parteiras foram ministrados em português, apesar de muitas participantes indígenas não terem domínio desse idioma, pelas próprias lideranças de mulheres indígenas, juntamente com uma técnica de enfermagem, responsável pelo repasse dos conhecimentos técnicos. Via de regra, os cursos eram abertos com a apresentação dos participantes. Logo depois, as lideranças de mulheres indígenas expunham os objetivos da atividade, esclarecendo às participantes que os cursos não visavam a capacitar parteiras, mas, sim, aperfeiçoar o trabalho que elas já realizavam em suas aldeias. Por sua vez, a técnica de enfermagem chamava atenção para a necessidade de as parteiras se esforçarem para apreender o conteúdo repassado no curso, porque muitas delas não compreendiam e nem falavam português (GMI, 2004 – SANTA ROSA DO JORDÃO).

Para repassar os conhecimentos às parteiras, foram utilizados vários recursos didático-pedagógicos: trabalho em grupo e apresentação de cartazes; aulas expositivas; desenhos em cartolina do corpo feminino; apresentação de vídeos; identificação das plantas medicinais usadas em complicações durante a gestação e parto; realização de dinâmicas.

Para melhor assimilar o que estavam estudando um dos grupos realizaram a seguinte dinâmica: formaram um círculo, usaram como instrumento uma camisinha, encheram de ar e jogando uma para a outra fizeram a avaliação, pois faziam as perguntas uma para as outras. Aprenderam que a mulher que faz o pré-natal na maioria das vezes não tem problemas no parto [...] e que atitude deverão tomar de acordo com a posição do bebê e o estado de saúde da mãe, em caso de risco levar a mulher ao médico para verificar a pressão, porque mulher inchada pode abortar, é difícil fazer o parto e corre risco de hemorragia (GMI, 2003).

⁹¹ No decorrer da gravidez, dores nas costas podem ser indicio de parto prematuro ou de infecção urinária; sangramento pode ser um problema na placenta ou apontar para o risco de aborto; inchaço e dor de cabeça podem indicar pressão-alta (pré-eclâmpsia); magreza e fraqueza podem ser sinais de desnutrição. As mulheres que têm mais de cinco filhos devem ter cuidados especiais. Deve-se atentar para as varizes e para as doenças sexualmente transmissíveis; quando a mulher não sente o bebê se mexer ou quando seus movimentos diminuem; se perde líquido amniótico antes de começarem as contrações – bolsa rota; parto seco (LIVRO DA PARTEIRA, 2000).

⁹² No parto podem ocorrer os seguintes problemas: o cordão umbilical nascer antes do bebê; posicionamento inadequado da criança; gemelaridade; trabalho de parto prolongado. Após o parto, a placenta pode ficar retida, a mulher pode ter hemorragia ou infecção (febre) e depressão pós-parto. Já o recém-nascido pode nascer sem respirar, desnutrido, ou ser vítima do tétano. Os principais problemas que causam a morte das mulheres durante esse período são: pré-eclâmpsia; hemorragias durante a gravidez ou após o parto; e infecções depois do parto ou do aborto (LIVRO DA PARTEIRA, 2000).

Além dos conhecimentos de anatomia e higiene transmitidos e dos *kits* básicos distribuídos, as lideranças indígenas também entregaram às participantes o *Livro da Parteira* (MS, 2000), as fichas para notificação dos eventos de parto assistidos por elas nas aldeias e um certificado de participação, muito valorizado pelas parteiras.

Em novembro de 2004 esta autora teve a oportunidade de acompanhar o V Curso de Aperfeiçoamento das Parteiras Indígenas que ocorreu no município de Mâncio Lima, Acre. Esse curso, no qual participaram 16 parteiras das etnias Kaxinawa, Nukini, Nawa, Poyanawa, Arara, Jaminawa-Arara e Katukina, foi ministrado pelas lideranças de mulheres indígenas do GMI e pela técnica de enfermagem, responsável por transmitir os conhecimentos técnicos, que desempenhou o papel de professora, termo pelo qual era chamada pelas participantes. No discurso de abertura do evento, a professora falou sobre as dificuldades enfrentadas pelas parteiras ao assistirem os partos, sem ao menos serem remuneradas pelos serviços prestados.

A postura adotada pelas responsáveis por ministrar o curso foi a de repassar conhecimentos técnicos para as parteiras, colocando-as na posição de alunas. Isso ficou evidente quando a professora, ao dar uma aula expositiva sobre o aparelho reprodutivo feminino, conforme conteúdo veiculado pelo *Livro da Parteira*, afirmou: “por fora a gente sabe como é, mas aqui por dentro vocês [as parteiras] não conheciam nada”.

Dessa forma, não é de se surpreender que a fala da professora tenha prevalecido sobre os depoimentos das parteiras, assim como os conhecimentos biomédicos sobre os dos indígenas. Às participantes foi permitido falar sobre suas experiências apenas para ilustrar ou reforçar aquilo que as instrutoras estavam ensinando ou então para esclarecer suas dúvidas. Em muitos momentos, quando as parteiras se dispunham a prestar um depoimento sobre sua experiência da assistência à gestação e ao parto, eram interrompidas pela professora: “se cada uma for contar a sua história a gente vai passar o mês contando. Então, hoje a gente para por aqui e amanhã continua”. Ao que tudo indica, a oralidade dos povos indígenas não foi considerada na organização didático-pedagógica desses eventos, tendo a escrita um lugar de destaque, e aqueles que a dominam um *status* distinto no espaço do curso.

Em consonância com o conteúdo do *Livro da Parteira*, houve um momento do curso destinado ao debate sobre os conhecimentos tradicionais das parteiras sobre as plantas medicinais utilizadas na assistência à gestação e ao parto. Para tanto, a professora recorreu aos trabalhos de grupo e à elaboração de cartazes contendo o nome das plantas e a sua utilidade. Na hora de apresentar os cartazes, houve grande constrangimento quando algumas parteiras

não conseguiram lê-los, pois muitas delas não tinham domínio do português e, muito menos, da leitura. Para encerrar, a professora ainda recomendou a suas alunas que essas plantas fossem utilizadas com cautela para não causar problemas ou agravar a situação da mulher grávida ou da parturiente, reproduzindo o conselho dado pelo *Livro da Parteira*: usar a “natureza com muito respeito e com muita sabedoria” (MS, 2000: 156).

5.1 As capacitações de parteiras tradicionais na história: a atuação do Curumim

Se por um lado, o Programa dos Cursos de Aperfeiçoamento das Parteiras Tradicionais Indígenas foi montado de acordo com o *Livro da Parteira* (MS, 2000); por outro, as suas instrutoras adquiriram habilidades para ministrá-los ao participarem das Capacitações de Parteiras Tradicionais que aconteceram em Rio Branco, capital do Estado do Acre, entre os anos de 2000 e 2003.⁹³ Aqui as lideranças do GMI e a técnica de enfermagem se tornaram multiplicadoras tanto dos conhecimentos quanto das próprias capacitações, reproduzindo-os nos cursos de aperfeiçoamento de parteiras⁹⁴ indígenas, nos quais foi aplicada a “metodologia curumim de capacitação” (TORNQUIST, 2004).

As capacitações de parteiras tradicionais, por sua vez, foram realizadas pela ONG Curumim – Gestação e Parto em parceria com o Ministério da Saúde⁹⁵ – as mesmas instituições responsáveis, respectivamente, pela elaboração e publicação do *Livro da Parteira* (MS, 2000). Essas iniciativas integraram o Programa de Capacitação de Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde que, contando com a parceria do próprio Grupo Curumim, teve início em 1991⁹⁶ (TORNQUIST, 2004).

⁹³ Durante esse período, a ONG Curumim ministrou quatro capacitações de parteiras tradicionais. Informações divulgadas em apresentação feita por ativistas da ONG Curumim em reunião no Ministério da Saúde para discussão da Norma Técnica do Parto Domiciliar. Brasília, 16/12/2008.

⁹⁴ Torquist, em sua tese sobre o movimento de humanização do parto no Brasil, faz uma descrição dos cursos de capacitação de parteiras que teve oportunidade de participar, por ocasião do seu trabalho de campo, na região do Vale do Jequitinhonha, em Minas Gerais, no decorrer do ano de 2002 (2004: 230-244). A descrição feita pela autora se aplicaria perfeitamente a forma como o curso em Mâncio Lima foi ministrado, demonstrando o quanto esses conteúdos e dinâmicas, apesar do discurso sobre a necessidade de sua adaptação ao universo sociocultural das parteiras, estão marcados pelas perspectivas biomédica, higienista e, portanto, com pretensões universalistas.

⁹⁵ Mesmo antes das capacitações ministradas pelo Curumim, existiram iniciativas de treinamento de parteiras tradicionais no Acre. De acordo com o Instituto Olhar Etnográfico (2006b), a primeira instituição a treinar parteiras, neste Estado, foi a Rede Acreana de Mulheres e Homens, no ano de 1994.

⁹⁶ Este programa adquiriu maior visibilidade no final da década e 90 e início dos anos 2000 com a publicação dos materiais pedagógicos, tais como o *Livro da Parteira* (2000) e a realização de cursos em estados do Norte e Nordeste brasileiro (TORNQUIST, 2004; 201).

De fato, os primeiros programas e cursos de capacitação de parteiras tradicionais estavam destinados às parteiras não indígenas. A inclusão das mulheres indígenas veio a reboque. A esse respeito, não parece ter havido uma reflexão sobre o fato das sociedades indígenas possuírem particularidades culturais em relação às populações rurais não indígenas. A aplicação das mesmas políticas e iniciativas implica assumir, já de início, que a assistência ao parto nas comunidades indígenas é similar ao sistema de parto da população rural acreana; que as necessidades em ambos os casos são as mesmas e que, portanto, as soluções o devem ser também (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 96).

O Grupo Curumin, fundado em 1989, é uma ONG pernambucana que tem como uma das suas linhas principais de atuação a capacitação das parteiras tradicionais. Situado no contexto do Movimento de Humanização pelo Parto no Brasil e do Movimento Feminista, busca adaptar as diretrizes da OMS para a humanização do parto em países em desenvolvimento e aplicá-las em contextos concretos dos treinamentos de parteiras tradicionais (TORNQUIST, 2004).

No *Guia Prático de Maternidade Segura* onde são descritas as diretrizes e recomendações da OMS, são feitas referências às parteiras [...] como mulheres leigas, entendidas de partos, que tem uma ascensão sobre mulheres pobres em função de sua proximidade cultural. Nesse sentido, elas deveriam ser incorporadas – desde que *treinadas* – à equipe de saúde, podendo desempenhar um papel de auxiliares – como doulas ou *'prestadores de serviço de encaminhamento'* - de profissionais devidamente habilitados. No entanto, [...] elas precisam receber um treinamento adequado. É assim que essas parteiras são vistas e descritas pela OMS, e é a partir desta concepção – seu *'não-saber'* ou seu *'saberes'* não modernos – é que se argumenta pela necessidade de ofertar os cursos de capacitação de parteiras *leigas* ou *tradicionais* (TORNQUIST, 2004: 217).

5.2 Os outros cursos de parteiras

Se os Cursos de Aperfeiçoamento das Parteiras Tradicionais Indígenas são um desdobramento das capacitações de parteiras tradicionais ministradas pela ONG Curumim e pelo Ministério da Saúde, esses eventos também fazem parte de um processo histórico específico que remete as mudanças da assistência ao parto, que, no Brasil, tem início durante o século XIX. Um dos fatores que contribuíram para instaurar esse processo de mudança foi a ação dos médicos higienistas em associação ao projeto de construção de civilidade do Estado (TORNQUIST, 2004).

Modificar a forma pela qual as pessoas nasciam e as mulheres davam à luz foi, desde o início da faculdade de medicina, um projeto significativo. Inicialmente através dos exames para aprovar aquelas práticas consideradas

benfazejas, mas depois, se **propôs cursos de formação específicos** [para as parteiras] (TORNQUIST, 2004, grifo nosso).

De acordo com Tornquist (2004), os cursos ofertados às mulheres que desejavam desempenhar o ofício de parteira eram realizados em hospitais e em maternidades. As mulheres que buscavam por esses cursos desejavam profissionalizar-se como “parteiras diplomadas” e ascender socialmente. Nesse sentido, os cursos, desde sempre e até hoje, agregaram prestígio às parteiras e valor social às suas práticas.

O resultado destas práticas de profissionalização [em moldes médicos] foi a exclusão das parteiras iletradas [...] As diferenças em termos de capital cultural serviram como elemento de distinção entre parteiras diplomadas e as demais. As denominações pejorativas como ‘comadre’, ‘entendida’ e ‘curiosa’, bem como os preconceitos de classe e étnicos foram interiorizados pelos discursos médicos e políticos (TORNQUIST, 2004: 83).

No início do século XX, a corporação médica exigia que aquelas que quisessem atuar como parteiras fizessem cursos promovidos por hospitais, para apreender sobre as regras gerais de assepsia e os cuidados especiais à parturiente e aos recém-nascidos, tornando-as auxiliares úteis dos profissionais de saúde.⁹⁷ Em 1919, alguns médicos já apontavam para a necessidade de regulamentação da profissão de parteiras e a criação de mais cursos, evitando que houvesse uma proliferação das curiosas na assistência ao parto (TORNQUIST, 2004: 86-87).

Porém, além dos cursos realizados nos hospitais, legitimados pelos médicos e pelo Estado, houve outros de curta duração para parteiras, promovidos por irmandades religiosas ao longo do século XX, principalmente nas regiões rurais dos países em desenvolvimento. Tanto os cursos “oficiais” quanto aqueles de curta duração contribuíram para as mudanças na forma de parir e de assistir os partos, responsáveis pela passagem do ofício de parteira para a profissionalização da assistência ao parto. “Neste processo de mudanças, foram deslocados os saberes femininos, leigos e especializados, subalternizando as mulheres que prestavam assistência: parteiras, comadres, matronas e curiosas” (TORNQUIST, 2004: 78). Dessa forma, os cursos para parteiras realizados desde o século XIX constituíram dispositivos de medicalização do parto, como profissionalização da assistência, pois além de transferir a responsabilidade para os médicos, representou uma forma de medicalizar o ofício das parteiras e a arte de partejar.

⁹⁷ Foi na modernidade, no contexto do higienismo que sela a aliança entre Estado e medicina, que a parteira passou a ser associada a risco e perigo. Este estigma ainda pesa hoje sobre as parteiras tradicionais (TORNQUIST, 2004: 98).

6 AS REUNIÕES DE PARTEIRAS, PAJÉS E AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE COMO EVENTOS COMUNICATIVOS

Como atividades principais do Projeto Acre, as Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde constituíram eventos comunicativos socialmente situados no campo interétnico da saúde indígena. Esses eventos surgiram a partir das relações estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado-Nação. Nesse sentido, aparecem como contextos dialógicos emergentes propiciados pelas novas formas que essas relações assumem no decorrer da história de contato (PELLEGRINI, 2008).

Para avançar nesse empreendimento, foi necessário delimitar o universo discursivo com o qual esta autora está trabalhando.⁹⁸ Assim, foram eleitos os discursos sobre os cuidados com a gestação e o parto, veiculados nas reuniões que ocorreram na região do Alto Juruá, como objetos da reflexão antropológica sobre o processo de emergência dialógica de categorias discursivas,⁹⁹ tais como a própria medicina tradicional indígena e as noções associadas – parteiras e pajés, pré-natal tradicional, etc. – e os novos sentidos e papéis atribuídos a elas nesse contexto comunicativo.

6.1 Organização, local e participantes das reuniões

As Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde que aconteceram entre os meses de janeiro e março de 2006 foram celebradas nas aldeias de Campinas, TI Katukina de Campinas, município de Cruzeiro do Sul; no Caucho, na TI Kaxinawa Igarapé do Caucho, em Tarauacá; e na Morada Nova na TI Kaxinawa/Katukina, município de Feijó. Nesses eventos participaram parteiras, pajés e AIS dos distintos povos indígenas que habitam a região. A maioria dos participantes pertencia aos povos Pano e, dentre estes, os Kaxinawa estavam em maior número,¹⁰⁰ e, embora também participassem Ashaninka (Arawak) e Kulina (Arawa), os discursos contemplados pela análise aqui realizada são os veiculados pelos participantes Pano.

⁹⁸ Esse recorte metodológico foi necessário devido às limitações impostas tanto às dimensões quanto ao escopo analítico-descritivo adotado para a elaboração desta tese.

⁹⁹ Tais categorias foram pautadas não somente no âmbito dessas reuniões, mas também em outros eventos comunicativos propiciados pelas relações interétnicas estabelecidas entre estes povos indígenas e os “brancos”. Sendo assim, elas estão impregnadas de historicidade.

¹⁰⁰ Os falantes da língua Pano contemplam 88% da população indígena da região. Entre eles, o povo kaxinawa é o mais numeroso, com aproximadamente 4 mil indivíduos, distribuídos em 20 TIs localizadas na região do Alto Juruá (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 7).

Para organizar as reuniões no Alto Juruá, a equipe de execução do Projeto Acre contou com a ajuda das organizações indígenas regionais que atuam no local.¹⁰¹ Coube às lideranças que integravam a equipe fazer os contatos com essas organizações e conquistar o seu apoio para a realização desse empreendimento.

Todas as organizações cumpriram com a função de divulgar as reuniões para os grupos indígenas e centralizar as informações sobre os nomes dos participantes e sobre os alimentos que seriam fornecidos pelas comunidades. Também acompanharam a chegada, a hospedagem e a alimentação dos participantes nas cidades de referência e seu posterior deslocamento à aldeia hospedeira (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a: 24-25).

Os convites às comunidades para participarem do evento também foram realizados pelas organizações, geralmente via radiofonia. Nos contatos realizados com as lideranças locais foram convidados uma parteira, um pajé e um AIS, pela terra indígena, cabendo à comunidade indicar os seus nomes. Além destes, foram convocadas a tomar parte das reuniões as lideranças de mulheres indígenas de cada localidade. Também se fizeram presentes nos eventos outras pessoas interessadas em participar, tais como caciques, professores, agentes de saneamento, agentes agroflorestais e agentes de medicina tradicional.



Figura 1: Reuniões no Alto Juruá.

Os locais onde foram realizadas: * 1ª – Cruzeiro do Sul (AC); * 2ª – Tarauacá (AC); * 3ª – Feijó (AC).¹⁰²

Fonte: Perez Gil, 2007: 25.

¹⁰¹ Em Cruzeiro do Sul, a Organização dos Povos Indígenas do Rio Juruá (OPIRJ); em Tarauacá, a Organização dos Povos Indígenas de Tarauacá (OPITAR), em Feijó, a Organização dos Povos Indígenas do Rio Envira (OPIRE) (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a: 23).

¹⁰² As regiões identificadas com a cor lilás e verde-água se referem às reuniões realizadas na Região do Alto Purus, eventos que não fazem parte do escopo analítico da presente tese.

Ao todo foram convidadas a participar das Reuniões de Parteiros, Pajés e AIS 27 TIs da região Alto Juruá, mas apenas 20 enviaram participantes compareceram.¹⁰³ Esses eventos congregaram representantes das etnias Arara, Jaminawa, Jaminawa-Arara, Katukina, Kaxinawa, Yawanawa, Shanenawa, Nukini, Nawa, Ashaninka e Kulina (Madiha). Na reunião da aldeia de Campinas, os Katukina se encontravam em maioria em função de o evento ser sediado na sua TI. Já nas aldeias do Caucho e da Morada Nova os Kaxinawa estavam em maior número. De qualquer forma, a grande heterogeneidade linguística e cultural dos povos indígenas do Alto Juruá esteve representada no âmbito desses eventos comunicativos.¹⁰⁴ No quadro a seguir, elaborado por Laura Perez, uma das antropólogas que atuou na equipe interétnica de execução do Projeto Acre, encontra-se um resumo da participação indígena nas reuniões.¹⁰⁵

	Aldeia/TI.	Período (2006)	N.º TIs	Etnias participantes	N.º participantes					Total
					P	Pj	AIS	L	RM	
1ª	Campinas/ TI Katukina de Campinas	15 a 19 de fevereiro	7 (11)	Katukina, Jaminawa, Jaminawa-Arara, Arara, Kaxinawa, Nawa, Nukini	14	5	8	3	8	38
2ª	Caucho/TI Igarapé do Caucho	13 a 17 de março	6 (9)	Kaxinawa, Yawanawa, Katukina, Ashaninka,	31	3	16	5	3	58
3ª	Morada Nova/ TI Katukina/Kaxinawa	27 a 31 de março	7	Shanênawa, Kaxinawa, Ashaninka, Kulina	29	9	13	10	3	64

Quadro 1: Resumo da participação indígena nas reuniões.

Fonte: Perez Gil, 2007; 26.

Legenda: P = parteiras, Pj = pajés, L = líderes, RM = representantes de mulheres

6.1.1 Conteúdo programático e dinâmica das reuniões

Cada uma das Reuniões de Parteiros, Pajés e AIS no Alto Juruá teve duração de cinco dias: os três primeiros foram reservados para o debate entre os participantes indígenas sobre os temas contemplados na programação dos eventos; os dois últimos foram destinados

¹⁰³ As demais TIs não enviaram representantes por razões logísticas e de dificuldade acesso ao evento.

¹⁰⁴ “As tradições culturais particulares, as experiências históricas, assim como as decisões em relação à política e às estratégias referentes aos mais diversos aspectos da vida são circunstâncias que contribuem a desenhar um panorama sumamente variado. [...] Tanto os Kaxinawa quanto os Yawanawa, Poyanawa e Nukini foram contactados por volta de 1900, durante a época do *boom* do caucho (borracha), que afetou toda a região do sudeste amazônico, sofrendo correrias de *caucheros* e seringalistas, e padecendo de epidemias que dizimaram suas populações e os desestruturaram socialmente” (GONÇALVES *apud* OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 8).

¹⁰⁵ Essa síntese não contempla a participação dos professores, agentes de saneamento, agentes agroflorestais e agentes de medicina tradicional. Portanto, o número de participantes destas reuniões foi maior do que o descrito no quadro acima.

ao diálogo intercultural entre os indígenas e os profissionais de saúde das equipes multidisciplinares que atendem às populações indígenas da região.¹⁰⁶ Nas aldeias de Campinas e da Morada Nova as reuniões aconteceram no espaço do *cupishawa*,¹⁰⁷ enquanto na aldeia do Caucho o evento foi realizado no prédio da escola da TI.

A programação proposta pela equipe de execução do Projeto Acre para essas reuniões foi elaborada a partir da experiência prévia que as lideranças de mulheres indígenas possuíam na organização dos Cursos de Aperfeiçoamento de Parteiras Tradicionais Indígenas. No contexto dos eventos comunicativos aqui focalizados, a programação foi utilizada como um roteiro para conduzir as discussões que ocorreram no âmbito dos eventos comunicativos. A primeira versão da programação elaborada para a reunião realizada na aldeia de Campinas foi a seguinte:

Dia 1 – Manhã: Abertura da Reunião – apresentações: cultural, do Projeto Acre e dos participantes. Tarde: Avaliação dos Cursos de Aperfeiçoamento das Parteiras Tradicionais Indígenas.

Dia 2 – Manhã: Perfil da Parteira. Tarde: Relação entre parteiras, pajés e AIS nos cuidados com a saúde materno-infantil.

Dia 3 – Manhã: Parto na aldeia e parto na cidade: vantagens e desvantagens. Tarde: Discussão sobre o pré-natal, identificação de problemas da grávida e da parturiente e encaminhamentos aos serviços de saúde.

Dia 4 – Manhã: Recepção dos profissionais de saúde e discussão sobre os problemas enfrentados na atenção à saúde materno-infantil. Tarde: Percepção dos profissionais e dos indígenas sobre os serviços de saúde.

Dia 5 – Manhã: Sistematização e avaliação da Reunião (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a).

À medida que as reuniões foram acontecendo, a programação foi sofrendo pequenas mudanças diante das necessidades identificadas pela equipe de aprofundar a reflexão sobre certos assuntos que surgiram no decorrer dos debates realizados. Nas reuniões que ocorreram na TI do Caucho e na aldeia Morada Nova, a programação, no geral, permaneceu a mesma, mas foram agregados alguns tópicos: na do Caucho foi incluído um debate sobre as iniciativas

¹⁰⁶ Apesar da situação dialógica, porém agonística, estabelecida entre participantes indígenas e profissionais de saúde ser sumamente interessante para a reflexão sobre a emergência dialógica da medicina tradicional indígena, devido às limitações estipuladas para a elaboração desta tese, elas não serão contempladas, sendo adiada para outro momento a análise e a publicação desses dados.

¹⁰⁷ “O *cupishawa*, também chamado ‘chapéu de palha’ no Acre, é uma estrutura circular, geralmente sem paredes e com teto cônico de palha. [...] Essa estrutura remete à casa tradicional dos grupos Pano, à maloca ou *shobu*, que costumava ser ocupada por várias famílias ligadas por laço de parentesco que constituíam o grupo local. Os *cupishawa* que hoje encontramos nas aldeias Pano são usados para realizar tanto festas quanto reuniões comunitárias ou outros tipos de eventos públicos como o proposto por este projeto, definindo-se prioritariamente como um espaço para atividades comunais e de interação com os visitantes” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a: 26).

das comunidades¹⁰⁸ de valorização dos conhecimentos tradicionais e sobre o “pré-natal tradicional”. Já na Morada Nova, além dos temas já agregados à reunião do Caucho, foi indagado aos participantes: O que é medicina tradicional? (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006: 85).

A condução das discussões no âmbito das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS foram realizadas, principalmente, pelas lideranças indígenas que integraram a equipe interétnica de execução do Projeto Acre. Isso não quer dizer que as antropólogas desempenharam papel menos importante. Pelo contrário: elas exerceram sua influência junto às próprias lideranças de mulheres indígenas ao sugerir questões a serem colocadas na audiência; ao responder às solicitações das lideranças, esclarecendo ou validando alguns dos seus enunciados; ou mesmo ao dirigir-se diretamente aos participantes para esclarecer alguma dúvida ou problematizar algum aspecto levantado na discussão. Além disso, elas tiveram papel fundamental na revisão da programação e da metodologia utilizada em cada evento.

Todas as reuniões abriam com uma “apresentação cultural” de brincadeiras, cantos ou danças por alguns participantes do evento pertencentes a uma etnia específica. Logo após, a equipe de execução expunha os objetivos do Projeto Acre, repassando a palavra em seguida aos participantes, para que se apresentassem. Cada vez que os trabalhos eram retomados depois das pausas para as refeições, eram feitas apresentações culturais das diferentes etnias ali representadas.

Após a abertura da reunião, os temas da programação a serem abordados no dia eram escritos em algum quadro, ou mesmo em cartazes, ficando disponíveis aos participantes. As lideranças indígenas da equipe, então, davam início aos trabalhos apresentando os pontos a serem debatidos.

Bom, então a programação que a gente vai fazer hoje é isso aqui, olha... Isso aqui que a antropóloga escreveu aqui. Pra quem não sabe ler, não se preocupe que a gente pode ler pra vocês. Todo dia vai ter essa programação. Hoje nós vamos estar falando da ‘avaliação do curso de aperfeiçoamento das parteiras indígenas’. E a tarde vai ser o perfil das parteiras, dos pajés, dos AIS. Então a tarde nós vamos saber que palavra é o perfil. [...] Tá certo?
Audiência: Tá!

¹⁰⁸ O conceito de “comunidade indígena” como organização socioespacial baseada em unidades familiares, mais ou menos extensas e espalhadas por um território contínuo, foi criado recentemente, devido à necessidade dos povos indígenas de se organizarem diante dos complexos contextos emergentes de relação interétnica (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 13-14).

O tema da avaliação dos cursos de parteiras foi o primeiro a ser tratado em todas as reuniões realizadas no Alto Juruá. Já na aldeia de Campinas, as lideranças indígenas da equipe incentivaram também a discussão sobre a questão do reconhecimento profissional e a demanda por contrato remunerado para as parteiras, mesmo este ponto não estando contemplado na programação do evento. Entretanto, esse tópico não voltou a ser explorado pela equipe nas outras reuniões.

No geral, as discussões realizadas no âmbito das reuniões envolveram a todos os seus participantes que, sentados no chão ou em cadeiras, se posicionavam no espaço do evento de modo a formar um grande círculo. Entretanto, em Campinas e no Caucho, a equipe do Projeto Acre propôs aos participantes trabalharem em grupos menores que mesclavam parteiras, pajés e AIS de diferentes etnias para trocar experiências sobre questões específicas, tais como a questão do pré-natal e dos cuidados com os recém-nascidos, ou para preparar a conversa com os profissionais de saúde. Os resultados dos debates, por sua vez, eram sistematizados em cartazes para serem apresentados ao grande grupo. Entretanto, a equipe decidiu não utilizar a metodologia dos trabalhos de grupo na reunião da Morada Nova “pelo fato dos cartazes não darem conta da riqueza das falas” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a: 29).

Outro recurso didático empregado pela equipe de execução, fortemente sugerido pelas lideranças indígenas que a integraram, consistiu nas dinâmicas aprendidas durante os Cursos de Capacitação de Parteiras Tradicionais, promovidos pelo Ministério a Saúde e pela ONG Curumim entre os anos de 2000 e 2003, que elas tiveram oportunidade de participar. “A justificativa fornecida para tais atividades foi a de que as reuniões são extremamente cansativas para as pessoas e que estas precisavam de momentos de relaxamento.” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a: 28).

Na leitura feita pelas antropólogas da equipe de campo do Projeto Acre, alguns aspectos formais das reuniões demonstram o quanto esses eventos se remetem ao mundo dos brancos.¹⁰⁹

Podemos citar a este respeito: crachá de identificação, estabelecimento de horários para as conversas e alimentação, apresentação da programação, solicitação de materiais para realizar anotações e realização de dinâmicas. [...] Estes aspectos do mundo dos ‘brancos’ convivem com outros *tradicionais*,¹¹⁰ fornecendo as reuniões características muito peculiares. Alguns elementos tradicionais presentes foram: o uso do rapé e do tabaco, as

¹⁰⁹ Brancos como civilizados (RAMOS, 1987).

¹¹⁰ Grifo nosso.

pinturas de jenipapo durante as conversas, a presença de crianças, a circulação de alimentos da aldeia (ingá, amendoim, bananas, pupunha, cana, caçuma)¹¹¹ [...] a elaboração de ornamentos, a celebração de rituais de ayahuasca [...] e a realização de cantos, danças e brincadeiras *tradicionais* dos vários grupos presentes (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a: 25-26).

Os relatórios do Instituto Olhar Etnográfico apresentam os aspectos formais das Reuniões de Parteias, Pajés e AIS como dicotômicos. Enquanto alguns fazem referência ao mundo do branco, outros são qualificados como tradicionais. Ora, considera-se que esses aspectos, antes de serem dicotômicos, são arranjos de modo a fazer com que essas reuniões surjam como eventos híbridos. Os elementos provenientes do mundo do branco são apropriados e indigenizados pelos indígenas, enquanto aqueles classificados como tradicionais, ao deslizarem pelas fronteiras das diferenças culturais, assumem novos significados e funções nesse tipo de evento comunicativo. Este é o caso dos cantos e danças encenados pelos participantes indígenas que, durante as reuniões, adquiriram o *status* de “apresentação cultural”, *status* que eles certamente não possuem nos contextos comunitários em que são praticados. Portanto, como “apresentação cultural” os cantos e danças se constituíram numa forma de os **participantes** falarem de si e de sua diferença, demonstrando aos demais que também possuem “cultura”.

6.1.2 Diversidade linguística, sociocultural e questões de gênero: as relações de alteridade como constitutiva das reuniões

Das 11 etnias existentes na região do Alto Juruá, dez estiveram representadas nas Reuniões de Parteias, Pajés e AIS: Katukina, Yawanawa, Jaminawa-Arara, Nawa, Nukini, Arara, Kaxinawa e Shanenawa (Pano); Ashaninka (Arawak); e Kulina (Arawá). Portanto, essas reuniões são eventos multilíngues. De um lado, encontram-se grupos como os Nukini e Nawa, que têm o português como língua materna e não falam mais na língua indígena; do outro, povos como os Ashaninka e Kulina com pouco domínio do português. Entre esses polos encontram-se os povos bilíngues, como no caso dos Yawanawa, Kaxinawa, Katukina (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a: 14).

Mediante essa diversidade linguística, o português foi instituído como língua franca desses eventos. Entretanto, alguns participantes não possuíam domínio do português, requerendo que muitas falas fossem traduzidas de modo a viabilizar intercomunicação. Coube

¹¹¹ A caçuma é uma bebida fermentada feita à base de mandioca, banana ou outras frutas, consumida em diferentes ocasiões rituais e festas indígenas pelos povos indígenas da Floresta Amazônica.

às monitoras das reuniões o papel de tradutoras. Os AIS também auxiliaram nessa tarefa quando convocados pelas lideranças da equipe a fazê-lo. Ao resumir longas narrativas a uma síntese do que a parteira ou o pajé haviam falado, o tradutor não apenas traduzia, mas também filtrava aquilo que poderia ser repassado ou não aos brancos. Eram os tradutores e as lideranças indígenas da equipe que avaliavam quais conhecimentos poderiam ser revelados e quais deveriam permanecer resguardados pelo segredo.

Outro fator importante de ser mencionado refere-se à diversidade de contextos socioculturais aos quais estavam enraizados os diferentes participantes da reunião. As diferenças culturais entre eles, evidenciadas a partir do acesso a determinados traços diacríticos (BARTH, 1980), fez com que fossem estabelecidas relações de proximidade e de distanciamento entre os participantes, gerando “sensações de estranhamentos e de confrontos entre saberes e muita reflexão” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a). Na reunião de Campinas, por exemplo, as Katukina se mantiveram distanciadas das demais mulheres por perceberem a si próprias “mais tradicionais” do que os outros participantes. Traços diacríticos, tais como o uso da língua indígena ou a menção aos costumes tradicionais e a resistência a aderir aos serviços de saúde do branco, foram acessados pelos Katukina para sustentar a imagem de tradicionalidade diante dos representantes de outros povos indígenas presentes nesses eventos, de modo a demarcar as fronteiras étnicas e simbólicas da diferença cultural.

Esta situação criou alguns constrangimentos, já que em determinado momento da reunião as mulheres katukina reclamaram que não queriam mais trabalhar em grupos que misturassem pessoas de diferentes etnias porque elas ‘*falavam coisas de índio*’, enquanto as outras ‘*falavam coisas de branco*’. [...] Mostraram-se incomodadas ainda, ante a ideia de que pessoas de outros grupos que ‘tinham perdido sua cultura’ estivessem aprendendo e levando consigo aspectos da cultura katukina (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006: 43-44).

Na aldeia do Caucho, a predominância de falantes da língua Pano facilitou o entendimento mútuo entre os seus participantes. Em muitas ocasiões as traduções foram dispensadas. Já na aldeia Morada Nova, por acolher participantes Pano, Ashaninka e Kulina, houve alguns mal-entendidos. Os Kulina “acharam que duas mulheres *Huni Kuin* estavam caçoando deles [...] Sentiram-se ofendidos e sua presença diminuiu ao longo do evento” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006: 68).

Por outro lado, as interações que ocorreram durante essas reuniões também foram recortadas por questões de gênero. Para as antropólogas que fizeram parte da equipe de

execução do Projeto Acre, os eventos se constituíram como um espaço feminino tanto pela existência de maior número de participantes mulheres quanto pela natureza dos temas tratados durante o evento (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a).

Nesse sentido, a reunião inverteu a lógica predominante, na qual os homens são escutados e protagonizam as ações que as instituições dos *nawa* [brancos] desenvolvem em favor das populações indígenas. Aqui, as mulheres assumiram o protagonismo colocando os homens em segundo plano. [...] Contudo, é necessário destacar que a participação dos homens foi importante, de um lado, para que escutassem a voz feminina em um espaço de legitimidade que as mulheres dificilmente acessam e, de outro, porque proporcionou uma reflexão conjunta sobre os temas propostos. Afinal, como ficou claro na reunião, as práticas e problemas associados aos processos de gestação, parto e pós-parto são incumbências da comunidade como um todo e não apenas das mulheres (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a: 42).

As interações estabelecidas entre os participantes dessas reuniões – marcadas pelos distintos pertencimentos étnicos e pela identidade de gênero, assim como pelas múltiplas posicionalidades que cada um ocupava – são apenas uma das faces da alteridade constitutiva destes eventos comunicativos. Outra dimensão da alteridade são as instituídas entre estes mesmos povos indígenas e os brancos, principalmente aqueles vinculados ao Estado brasileiro.

De acordo com os estudiosos dos povos Pano, ao qual pertence a maioria dos participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS, existe certa unidade sociocultural entre eles (ERIKSON, 1992; SANTOS GRANERO; BARCLAY, 1998, *apud* OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b; 7), sendo os Kaxinawa o povo mais conhecido em termos antropológicos (AQUINO 1994; DESHAYES; KEIFENHEIM, 1994; KENSINGER, 1995; LAGROU, 1998; MCCALLUM, 1989).

Uma das características desses povos é a sua atração pelos estrangeiros e todos os tipos de “outro” que habitam o seu cosmos, assim como pelas coisas advindas desses mundos distantes (LAGROU, 2007; ERIKSON, 2002). Nesse contexto, os brancos são apenas um tipo de outro que habita o mundo entre outros. É com o termo *nawa* que os povos Pano se referem ao outro branco.¹¹² No entanto, essa noção é ambígua, e o termo *nawa* também pode significar povo, quando usado como etnônimo atribuído a outros grupos Pano: *caxi* (morcego); *yami* (machado); *yawa* (anta), etc. (LAGROU, 2007: 159).

¹¹² Sobre a relação entre os povos Pano e seus inimigos representados na figura mitológica do *Inka* e também dos *Nawa* ver Lagrou, 2007: 449.

Nas línguas Pano, um mesmo conceito pode ocupar diferentes posições numa escala que vai do pólo da completa alteridade e hostilidade ao pólo do ‘nós’, incluindo, aqui, o ‘eu’, denotando pertencimento a uma subdivisão que define o interior da própria comunidade. [...] Não importa quanto *nawa* se aproxime do ‘eu’, *nawa* sempre significará alguém que não ‘eu mesmo’. [...] Nesse sentido, *nawa* permanece sendo o ‘outro’, embora um ‘outro’ que pode, facilmente, ser transformado no ‘mesmo’ se adotado um ‘outro’ ponto de vista” (LAGROU, 2007: 160).

Com isso, podem-se reconhecer dois níveis de relações de alteridades constitutivas das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS: o primeiro remete as relações estabelecidas entre os participantes vinculados a diferentes povos indígenas que habitam a região do Alto Juruá; o segundo fala das relações entre os povos indígenas e os brancos. Se por um lado, o segundo nível pode ser considerado como condição para o acontecer desses eventos comunicativos, por outro, as relações de alteridade do primeiro nível se diluem quando esses povos aderem à identidade englobante de indígenas em oposição ao outro comum: o branco-*nawa*.

6.2 Situando as parteiras, os pajés e os AIS: a intermedialidade como contexto

As Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS, apesar de terem acontecido em aldeias indígenas, foram viabilizadas a partir de negociações estabelecidas entre agentes situados em outros lugares que, ao ocuparem diferentes posições, transitaram através de distintas dimensões – local, nacional e internacional – que as compõem. Esta autora teve a oportunidade, ao se deslocar por essas fronteiras, de estar presente ao evento que ocorreu na TI do Caucho, quando realizava uma visita de supervisão ao Projeto Acre. Nas demais reuniões, a participação desta autora aconteceu como um outro-ausente que atuou para propiciar o acontecer destes encontros, influenciando na própria configuração que eles adquiriram. Esta situação, por sua vez, só se torna possível com o advento da modernidade (GIDDENS, 1991) que, ao permitir que discursos proferidos em lugares distantes irrompam nos diferentes locais de cultura de modo a conectá-los à ordem mais abrangente das políticas públicas, redimensiona as relações sociais e transforma esses eventos em contextos comunicativos translocais (AYORA DIAS, 2007).

O certo é que as reuniões se realizaram no cenário de uma multiplicidade de falas proferidas por agentes com diversos pertencimentos étnicos, ocupando diferentes posições, distribuídas tanto no interior de suas comunidades quanto no espaço fronteiriço de negociações interétnicas com o Estado-Nação. Dessa forma, os discursos veiculados durante esses eventos, mesmo tendo sido enunciados por indígenas, partiram de distintas

posicionalidades: lideranças indígenas que integraram a equipe do Projeto Acre; parteiras, pajés e AIS; agentes de saneamento, agentes agroflorestais, agentes de medicina tradicional e professores; representantes regionais das mulheres indígenas; lideranças locais (caciques) e também organizações indígenas regionais.

Entretanto os participantes privilegiados dessas reuniões foram aqueles identificados pelas categorias de parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde. Neste caso, como primeira constatação, pode-se dizer que, ao congregarem sob o mesmo rótulo uma multiplicidade de atores e nomeá-los parteiras, pajés e AIS, esses eventos comunicativos também contribuíram para com o processo histórico de emergência destas “classes de agentes” que atuam no campo da saúde indígena, assim como dos sentidos atribuídos à sua prática no cotidiano das comunidades indígenas.

No contexto das reuniões que ocorreram no Alto Juruá, a noção de parteira foi utilizada para se referir a um conjunto heterogêneo de mulheres com trajetórias particulares no que diz respeito às experiências de assistência à gestação e ao parto. Sob a noção genérica e universal de parteira, existem realidades diversas no que se refere aos cuidados indígenas prestados às gestantes e às parturientes. Dessa forma, a categoria parteira foi utilizada para classificar desde as mulheres que possuem ampla experiência em “pegar menino” e que são reconhecidas, ou não, pelo termo “parteira”, até as mulheres que não possuíam experiência prática, mas foram indicadas pela comunidade e/ou suas lideranças para fazer os cursos de aperfeiçoamento de parteiras e assumir esse cargo.¹¹³

Para as antropólogas que atuaram na equipe de execução do Projeto Acre, a noção de parteira se constitui num efeito das relações interétnicas estabelecidas entre os povos indígenas do Alto Juruá e a sociedade envolvente. Entretanto, os sentidos que essa noção assume, nos diferentes contextos étnicos e comunitários em que ela é utilizada, não necessariamente correspondem àquela que é vigente na sociedade não indígena (INSTITUTO OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b).

Da mesma forma, o termo “pajé” foi usado para denominar uma diversidade de especialistas com conhecimentos diferenciados acerca da manutenção da saúde e da cura de doenças, tanto a especialistas diferentes no interior de uma mesma etnia como conhecedores

¹¹³ Sobre os cuidados que se deve ter com o termo parteira devido ao fato de ele homogeneizar diferentes figuras que se dedicam à assistência ao parto, ver também Tornquist (2004: 98).

dos “remédios da mata” e aos que “trabalham com o espiritual” no caso *Huni Kuin*,¹¹⁴ até pajés de diferentes etnias – Katukina, Kaxinawa, Ashaninka. Nos discursos proferidos durante as reuniões, essa categoria foi utilizada também para qualificar certas práticas de alguns AIS que disseram “trabalhar como pajé”. Entretanto, sabe-se que cada um dos povos representados nestes eventos possui termos em sua própria língua para nomear os diversos tipos de xamãs (LANGDON, 1996) que, geralmente, atuam no contexto das aldeias indígenas.

Assim, tanto a noção de “parteira” quanto a de “pajé”, utilizadas para nomear alguns dos participantes dos eventos comunicativos aqui enfocados, podem ser consideradas categorias emergentes, na medida em que são forjadas no contexto das relações interétnicas estabelecido entre os povos indígenas e a sociedade nacional durante o processo histórico de formação do Estado brasileiro e de interconexão com o sistema mundial. Um trabalho que demonstra o quanto a figura do pajé, assim como os sentidos atribuídos à sua prática surgem neste contato, é o elaborado por Concklin (2002), quando trata sobre a importância que os xamãs assumem nos contextos nacionais e internacionais do movimento ambientalista, assumindo um *status* de “guardião natural da natureza”.

Por sua vez, os AIS foram os únicos participantes das reuniões a ocuparem um cargo formal e remunerado instituído pelo Estado para prestar serviços de atenção à saúde de suas comunidades. No entanto, mesmo diante das atribuições universais delegadas aos AIS pelo sistema oficial de saúde (Subsistema de Atenção à Saúde Indígena), aqueles que participaram desses eventos comunicativos, assim como as parteiras e os pajés, também possuem trajetórias bastante heterogêneas. Essa heterogeneidade ficou evidenciada quando os participantes falaram sobre as práticas que realizam ao exercerem o seu ofício.

Além de pertencerem a diferentes etnias, o que faz com que esse cargo seja apropriado de maneira particular em cada contexto étnico-comunitário, eles também, por vários fatores, se encontram em momentos distintos da formação como agentes de saúde.

No Acre, a formação de AIS foi iniciada em 1988 pela ONG CPI/Acre. Essa capacitação estava baseada na prevenção e no saneamento. [...] Também entre 1990 e 1991 a ONG Internacional Médicos sem Fronteiras realizou uma campanha que, entre outras atividades, incluiu a capacitação de indígenas em relação a algumas técnicas biomédicas. A Funai, na época em que estava encarregada pela atenção a saúde indígena, capacitou alguns índios como auxiliares de enfermagem. Quando a saúde indígena passa a ser

¹¹⁴ Lagrou faz referência a dois tipos de xamãs kaxinawa: o *dauya*, ‘aquele com remédio’ que mata e cura por meio do uso das plantas; e o *mukaya*, ‘aquele com amargo’ que cura e também pode matar com a ajuda dos *yuxin* (espíritos) (2007: 367).

responsabilidade da Funasa, foi assinado um convênio com a União de Nações Indígenas (UNI), onde esta assumia a responsabilidade pela atenção a saúde dos povos indígenas do Acre. Entre as competências da UNI estavam a de capacitar e contratar os agentes indígenas de saúde. Mas, segundo os depoimentos dos AIS nas Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes de Saúde, as capacitações foram deficitárias. Com o término do convênio, a responsabilidade pela capacitação dos AIS retornou para a Funasa. Até o período de realização do Projeto Acre, muitos AIS que estavam atuando nas comunidades indígenas não haviam concluído todos os módulos da capacitação e alguns deles não haviam recebido nenhum curso até o momento (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 28).

Esses fatores fazem com que cada um deles reinvente a sua prática no cotidiano de atenção à saúde. Enquanto alguns realizam apenas os procedimentos preconizados pelo sistema oficial de saúde, outros, em seu atendimento, combinam as condutas e recursos dos brancos às práticas de autoatenção indígenas. Os discursos proferidos durante as reuniões indicam que as comunidades indígenas do Alto Juruá se apropriam do cargo de AIS de distintos modos, submetendo-o também ao processo de indigenização, onde lhes são atribuídos distintos papéis e diferentes significados à sua atuação nos múltiplos contextos comunitários em que estão situados.

De fato, é preciso reconhecer que os povos indígenas no Alto Juruá se encontram em interação com os representantes e os recursos do modelo médico hegemônico há algum tempo. Essa interação foi intensificada com o processo de implantação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena desde o ano de 1999,¹¹⁵ mas já acontecia antes disso. Esse processo histórico de interação entre agentes inscritos em diferentes horizontes de tradição sociomédica propicia a emergência de organizações socioculturais de promoção e cuidados com a saúde com configuração intermédica. Ao ser incorporada aos universos sociomédicos indígenas, a biomedicina é indigenizada e colocada a serviço da reprodução sociocultural e econômica dos povos indígenas.

Antes de passar à análise antropológica dos discursos proferidos durante as Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS, convém considerar alguns estudos que tratam sobre a produção de corpos e de pessoas e as relações de gênero entre os povos Pano, particularmente entre os Kaxinawa, tomados aqui como um caso etnológico exemplar, a partir do qual se fará uma reflexão sobre esse fenômeno.

¹¹⁵ O Subsistema de Atenção a Saúde Indígena foi instituído pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.

A dimensão sociocosmológica que organiza a interação entre parentes durante o empreendimento gestacional e no momento do nascimento informou as falas dos participantes da reunião. Os discursos veiculados por eles demonstraram o quanto as práticas de autoatenção empregadas durante a gestação e o parto não só possuem a virtude de preservar a saúde da gestante e da criança em formação, tratar certos agravos e preparar um bom parto (no sentido estrito), mas também de fabricar corpos e produzir pessoas nos contextos comunitários organizados pelas redes de parentesco indígena (no sentido amplo).

7 CORPO, PESSOA E GÊNERO: OS POVOS PANO E O CASO EXEMPLAR KAXINAWA

Ao analisar os discursos proferidos pelos participantes indígenas durante as Reuniões de Parteias, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde, pôde-se perceber que o parto constitui um evento inscrito em um processo que abarca desde a gestação até um “período de pós-parto que pode ser mais ou menos longo dependendo do caso. Durante essas etapas, os genitores, e especialmente a mãe, devem observar diversos cuidados destinados a preservar a saúde da criança e da mulher” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 73).

Porém, além de contribuir para a manutenção da saúde, esses cuidados estão a serviço da produção de corpos¹¹⁶ e de pessoas entre os povos indígenas da região do Alto Juruá. Os cuidados tomados durante a gestação e na assistência ao parto geralmente mobilizam não só os cuidadores da saúde que atuam como “especialistas” – xamãs, parteiras e AIS –, mas também os familiares e parentes mais próximos da gestante que mantêm vínculos de co-substancialidade, seja pela partilha de fluidos corporais (sangue, sêmen), seja pela partilha de outras substâncias, como os alimentos.

Nos sistemas de parentesco ameríndios, a corporalidade constitui um idioma simbólico focal que operacionaliza e informa a *práxis* no âmbito das sociedades indígenas. Por meio das relações corporais, a interação entre as pessoas é instrumentalizada na medida em que a partilha de substâncias é estruturante destas relações. As teorias nativas de corporalidade (SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E., 1987), tais como as relacionadas à concepção, à reprodução e aos ciclos vitais, remetem aos processos de formação e construção da pessoa social que acontecem por meio da fabricação e da modelagem do corpo (VIVEIROS DE CASTRO, 1987).

O idioma da substancialidade está baseado na conexão física e nas substâncias compartilhadas entre os integrantes de uma mesma família. É esse idioma que informa o processo de produção da pessoa aparentada e também a construção da identidade de

¹¹⁶ “O que estou chamando de ‘corpo’, portanto, não é sinônimo de fisiologia distintiva ou de morfologia fixa; é um conjunto de afecções ou modos de ser que constituem um *habitus*”. Assim, o corpo “é o lugar de emergência da identidade e da diferença” (VIVEIROS DE CASTROS, 1996: 128-130).

gênero.¹¹⁷ Nos “grupos de pessoas relacionadas por ‘substância’ [...] um indivíduo é literalmente criado como membro na sua própria carne, sangue e ossos” (SEEGER, 1980). São os chamados “grupos corporados” ou “comunidades de substância” (DA MATTA, 1979).

Acredita-se que os depoimentos prestados pelos participantes indígenas das reuniões do Alto Juruá sobre os cuidados com a gestação e o parto também estão informados pelo idioma de substancialidade que organiza as relações entre parentes no processo de construção de corpos e produção de pessoas aparentadas e engendradas. Por isso, é extremamente relevante apresentar um panorama das informações trazidas pela literatura etnológica a respeito das teorias de corporalidade dos povos Pano. Porém, analisar em profundidade as teorias de cada um dos povos indígenas representados nas reuniões é um empreendimento inviável no âmbito desta tese, devido às próprias limitações que um trabalho como este encerra.

Sendo assim, optou-se por considerar alguns estudos realizados junto aos Kaxinawa – um dos povos representados nas reuniões do Alto Juruá – os quais abordam questões relacionadas à produção social de corpos e de pessoas, bem como as relações de gênero. Essa escolha foi feita devido a dois fatores: o primeiro diz respeito ao fato de a maioria dos participantes desses eventos pertencerem a essa etnia, até mesmo pelo fato de ela ter o maior contingente populacional indígena nessa região, como se viu anteriormente. A outra motivação se refere ao fato de os estudos etnológico sobre os Kaxinawa serem os mais abundantes entre os povos Pano. Neste caso, os trabalhos de McCallum (1999, 2001) e de Lagrou (2007) podem auxiliar a compreender a complexidade das lógicas nativas subjacentes às falas indígenas que tratam sobre os cuidados com a gestação e o parto, na medida em que elas se encontram enraizadas em contextos socioculturais específicos, mesmo sendo proferidas em eventos emergentes.

7.1 O evento de parto entre os povos Pano

De acordo com as antropólogas que elaboraram os relatórios etnográficos do Projeto Acre, a bibliografia sobre os povos indígenas que participaram nas Reuniões de Pajés, Parteiras e AIS no Alto Juruá trazem informações acerca dos cuidados observados durante a

¹¹⁷ Um importante estudo sobre a manutenção das relações de parentesco por meio da produção de pessoas aparentadas e engendradas foi realizado junto aos povos indígenas do Baixo Urubamba, por Peter Gow (1991).

gestação e o período pós-parto, mas não sobre os partos propriamente ditos (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 43). No entanto, alguns estudos realizados com os Kaxinawa apresentam dados importantes sobre o nascimento que, ao que tudo indica, podem utilizados para pensar o parto nas outras etnias pertencentes aos povos Pano.¹¹⁸

Entre os Kaxinawa, o parto ocorre sob o mosquiteiro na casa da mulher que vai dar à luz. Neste momento, ela é auxiliada por sua mãe e por outros parentes próximos.

O marido tem um papel fundamental, já que permanece atrás dela, segurando-a por baixo dos braços. Nenhum outro homem pode ver os genitais ou o sangue da mulher, já que ela ficaria com muita vergonha e o homem ficaria sem sorte na caça. A placenta é disposta fora da aldeia. Após o parto, se esquentam água e se lavam a mulher e a criança, que ficam na rede por vários dias, fora da vista dos outros.¹¹⁹ [...] Só depois de cinco dias, a mulher saía da rede e se pintava com jenipapo para não ter febre, da mesma forma que a criança e o marido (MCCALLUM *apud* OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 46).

Na caracterização apresentada nos relatórios etnográficos do Projeto Acre, o evento de parto entre os povos indígenas do Alto Juruá não interrompe a rotina familiar e nem mobiliza recursos especiais, a não ser quando ocorrem complicações. A mulher dá à luz sozinha ou ajudada por outras mulheres mais experientes. O papel dessas mulheres que ajudam, “em muitos casos, é mais social – o ato de receber a criança ou de cortar o umbigo gera uma relação especial entre a criança e a pessoa que faz o parto, por exemplo – do que profissional” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 47).

Lagrou (2007), no livro “*A fluidez da forma: arte, alteridade e agência em uma sociedade amazônica*”, conta sobre um evento de parto que teve oportunidade de participar em uma aldeia Kaxinawa no Acre. Essa narrativa é interessante por vir ao encontro dos depoimentos prestados pelos participantes das reuniões do Alto Juruá sobre o “parto tradicional”.

A motivação para minha inclusão neste empreendimento privado, para o qual apenas são admitidos os parentes próximos da mulher e um único

¹¹⁸ Além de McCallum (1989) e de Lagrou (1998), as antropólogas se referem ao trabalho de Erikson (1996) entre os Matis, e os do Padre Torralba entre os Sharanahua (1986).

¹¹⁹ Para os Kaxinawa, “a rede desempenha o papel crucial de substituir o tecido amniótico e a placenta enquanto continente ou filtro e a panela de cozinha, onde a matéria ou o corpo são transubstanciados em outra coisa, em outro corpo. Primeiro temos o paralelo entre a gestação e o processo de cozimento. Uma vez ‘cozido’, modelado e endurecido na forma sólida do bebê, este pode nascer. Logo após o nascimento, a criança é pintada com urucum e embrulhada em pano, primeiro substituto do tecido amniótico e da placenta. A criança não deixará a rede da mãe até o cordão umbilical secar e cair, o que mostra o quanto a associação entre rede e placenta está explícita desde o começo” (LAGROU, 2007: 279).

parente masculino (o marido, o pai ou, em circunstâncias excepcionais, o irmão da mulher), foi uma escolha pessoal, o que veio a mudar profundamente minha relação com a família da parturiente. Não era um conhecimento especializado que eles queriam de mim, mas sim meu envolvimento, minha participação física e emocional no evento. [...] Entre os Kaxinawa a mulher recebe bastante ajuda e apoio de um grupo restrito de parentes. O esposo segura a parturiente nos braços, sustentando-a pelas axilas. A parturiente pode, temporariamente, procurar apoio na rede, mas é durante a maior parte do tempo segurada por um homem. Quando o marido se cansa, pode ser substituído pelo pai da parturiente ou pelo irmão. Este é o único papel desempenhado por homens no parto. Homens não cantam nem preparam banhos medicinais durante e após o parto. O conhecimento destas plantas é um considerado feminino. Junto com as outras mulheres presentes no parto, aprendi a cantar o cântico ritual para 'alisar' o caminho da criança. O trabalho de parto de Laura durou mais de doze horas e a canção/reza foi repetida indefinidamente [...] O significado da canção/reza foi explicado como segue: '*Isku pui* é para tornar liso o caminho, e para o bebê nascer depressa você diz que suas roupas estão velhas'. Enquanto duas mulheres massageavam as costas da parturiente e outras duas mantinham suas pernas abertas, coube a mim massagear sua barriga com uma infusão morna e feita a base de ervas, incrementada com alho e tabaco. O trabalho de parto de Laura foi considerado excepcionalmente longo para os padrões kaxinawa e, num certo momento, a mãe dela deixou o mosquiteiro e suavemente começou a entoar um choro ritual. A criança, Siã, nasceu com o cordão umbilical enrolado ao pescoço. A minha tarefa era a de segurar a criança quando saísse do corpo de sua mãe até a placenta descer. A placenta (*xama*) é imediatamente levada para a floresta ou pode ser enterrada próximo a uma nascente (*tatxa*), o que proporciona um coração forte para a criança (*Huinti Kuxiwa*) [...] É esperado que a mesma pessoa que apara a criança corte o cordão umbilical. Vendo minha hesitação, a avó da criança pediu que emprestasse minha faca, uma faca nova que tinha guardado. Na impossibilidade de improvisar uma assepsia melhor, pedi que mantivessem a faca por uns segundos na chama de um fósforo. Normalmente usam uma lâmina de bambu, que corta muito bem e é usado para este fim, mas neste caso a assistência insistiu que o instrumento cortante utilizado fosse meu, assim como a toalha que seria usada para embrulhar a criança. O cordão umbilical é posto para secar e depois enrolado ao arco do pai da criança para ter boa sorte na caça. A primeira caçada depois do nascimento da criança será, então, com o arco protegido pelo cordão umbilical seco (antes disso o pai não pode caçar). Depois de aparar a criança os kaxinawa solicitaram que eu moldasse a face do bebê, aplainando as pequenas bochechas, endireitando o nariz. Esse momento é considerado o '*final touch*' na modelagem da criança (*damiwa*), momento em que fazia pleno sentido a observação de Laura: 'eu estava dando meu corpo à criança'. Depois disso a criança foi embrulhada em um pano por sua avó. A avó ajudou a filha a deitar na rede e colocou a criança em cima dela. Na manhã seguinte a criança foi banhada, com uma infusão morna de mais de dez diferentes ervas e pintada com urucum. [...] A mãe é banhada com ervas e bebe infusões para estancar seu sangramento. Quando a criança é pintada com urucum sua orelha é perfurada. Hoje em dia se perfura somente a orelha das meninas. A criança e a mãe deixarão o mosquiteiro, pela primeira vez, somente quando o umbigo da criança estiver seco. Neste momento, um parente próximo considerado um bom trabalhador e com conhecimento, ou o líder de canto, irá, enquanto canta uma canção ritual, tingir a criança de preto com jenipapo, pintando sua testa com o padrão de desenho da espiga de milho. [...] A pintura preta

protege o corpo tornando-o invisível aos predadores *yuxin*. Acredita-se que as mãos, o suor e as palavras usadas no ritual passam o caráter, o poder, o *dau* (encantamento, medicamento) e o *dua* (brilho, saúde e sorte) para pessoa que os recebe. A fala ritual, o sopro e o toque passam os pensamentos (*xina*) e o conhecimento (*una*) para aquele que recebe as encantações. Desta forma não somente o corpo, mas os primeiros pensamentos da pessoa são, simultaneamente, modelados. O corpo não é percebido como uma entidade independente, separada de outros corpos. Sua forma e estado são resultado e uma modelagem e fabricação coletiva, e é uma preocupação dos parentes próximos (LAGROU, 2007: 305-308).

Assim, fica claro o quanto esse evento acontece em um contexto sociocultural em que a participação dos familiares e parentes próximos da gestante é fundamental no processo de nascimento de um novo ser. Por outro lado, fala da importância das práticas empregadas durante o parto não só para a manutenção da saúde da mulher e do recém-nascido, mas, principalmente, para o forjamento da pessoa indígena.

7.2 Corpo e pessoa entre os Kaxinawa: as relações de substância

A pessoa Kaxinawa possui duas almas (*yuxin*): a alma do olho, a verdadeira; e a alma do corpo, que contém o conhecimento e a memória adquirida durante a vida¹²⁰ – “lugar da consciência, do pensamento e da vontade” (MCCALLUM, 1999; 162-163). É por possuir *yuxin* que a pessoa possui agência e intencionalidade.¹²¹ Mas essas almas apenas se tornam pessoas quando assumem uma forma fixa e material ao se enraizarem em um corpo humano. Assim, surge a pessoa como um “corpo pensante”.

Uma pessoa é um corpo vivo pensante (*yuda*). O mesmo é afirmado para os animais. Carne (*nami*) torna-se corpo quando imbuída com espírito ou agência (*yuxin*). Ou mais precisamente, um corpo é sempre vivo sendo um ser em crescimento desde o seu começo. Sua origem é *yuxin* feito matéria, líquido sem forma, endurecido e modelado na solidez do corpo humano. O sangue feminino coagula através da repetida mistura com o sêmen e deste modo o feto, um *tunku* (bola), está sendo modelado. Esse processo é visto como uma união das capacidades produtivas femininas e masculinas em que a mulher cozinha (*ba*) a criança em seu útero enquanto o homem dá a forma e a estrutura de sustentação, esculpindo sua forma (*damiwa*). Essa modelagem e cozimento são considerados trabalho pesado e quando estão

¹²⁰ “Só o *yuxin* do corpo (*yuda baka*) e o *yuxin* do olho (*bedu yuxin*) podem ser considerados verdadeiras ‘almas’ no sentido normalmente dado ao termo, isto é, possuem consciência e intencionalidade. A existência de duas ‘almas’ diferentes e complementares que juntas animam o corpo é comum na literatura amazônica e é outra manifestação do complexo dualismo que caracteriza os estilos de pensamento ameríndio” (LAGROU, 2007: 316).

¹²¹ “*Yuxin* é o mais extenso e o mais polissêmico conceito-chave da ontologia kaxinawa e, por isso, impossível de ser exaustivamente circunscrito. [...] Um dos significados de *yuxin* é a qualidade ou energia que anima a matéria. Neste sentido, todos os seres vivos ‘têm’ *yuxin*. É o *yuxin* que faz a matéria crescer, que lhe dá consistência e forma” (LAGROU, 2007: 347).

trabalhando (*dayaki*) em uma criança, o casal despende muito tempo na rede e na floresta (MCCALLUM *apud* LAGROU, 2007: 303).

Portanto, para os Kaxinawa o corpo é a pessoa, “o ‘eu’ pensante e o agente sensível responsável por seus atos. O corpo vivente trabalha e produz resultados no mundo na forma de artefatos, pessoas, roças, caça, etc.” (LAGROU, 2007: 315). “O significado da palavra *yuda*, ‘corpo’, expressa esta qualidade de ser dotado com agência e capacidade para sentir, pensar e agir.” (LAGROU, 2007: 324).

A definição de corpo é estar vivo, um ser social que tem percepção, se move, fala e pensa. Quando o *yuda*, o corpo pensante, é ativo e completamente saudável, seus *yuxin* estão imersos no corpo. [...] O conhecimento não é atribuído aos *yuxin* da pessoa, mas ao seu *yuda* (corpo). O conhecimento de como produzir efeitos desejáveis no mundo é percebido enquanto um conhecimento *incorporado*. A aquisição e a demonstração de conhecimento, para ser eficaz e significante, necessitam de um cenário apropriado. Palavras e ações fora de contexto são vazias e sem direção (LAGROU, 2007: 309).

Se o conhecimento está inscrito nos “corpos pensantes”, então, para que ele faça sentido “é necessário uma familiaridade com o desempenho e o pôr em prática das técnicas que incorporam tanto conteúdo quanto intenção. [...] Uma pessoa cujo corpo inteiro sabe (conhece) é uma pessoa sábia” (LAGROU, 2007: 309-311). Dessa forma, os conhecimentos relativos à gestação e ao parto estão inscritos, antes de mais nada, no corpo dos agentes envolvidos no processo social de produção de uma nova pessoa.

Esse processo, por sua vez, é marcado pela ideia de que a intervenção física sobre os corpos produz consequências mentais. “Enquanto os adultos modelam os corpos das crianças, estão modelando, também, seus pensamentos” (LAGROU, 2007: 286-287). Por meio de massagens no recém-nascido, a pessoa transmite para a criança os conhecimentos e habilidades que possui.

Após o parto, adultos com experiência são solicitados a massagear, banhar ou pintar o corpo da criança. Suas mãos passam o conhecimento adquirido para a criança. Para aumentar o efeito da partilha de qualidades, as pessoas que foram solicitadas a executar o ritual protetivo, esfregam as suas mãos na testa e embaixo das axilas para captar o suor e passá-lo para a criança (o mesmo ritual pode ser realizados para adultos fracos ou doentes) (LAGROU, 2007: 536).

As dietas a serem observadas pelo casal tanto durante a gestação quanto no período pós-parto remetem à definição social do corpo, na medida em que garantem o crescimento corporal bem-sucedido do novo ser que está sendo produzido (MCCALLUM, 1999; 161-

162). Entre os Kaxinawa o corpo social equivale à noção de “pessoa estendida”, conceito equivalente ao de grupos corporados proposto por Seeger (1980). “A definição do corpo é social, porque a ‘pessoa estendida’ [...] inclui seus parentes próximos, pessoas que viveram juntas por muito tempo, que se alimentaram e foram alimentadas umas pelas outras” (LAGROU, 2007: 328). Um corpo verdadeiro (*yuda*) forma-se pelos vínculos estabelecidos com os outros, com quem está habituado a viver e a compartilhar, sendo acostumado ao lugar onde mora e à comida que come.

Essas dietas também encerram a noção de que a pessoa se torna aquilo que come. Na lógica culinária Kaxinawa “o que alguém come irá se tornar sua carne e por esta razão não se deve comer aquilo que é demasiadamente diferente de si mesmo” (LAGROU, 2007: 353). As prescrições alimentares durante a gestação são diferentes das que devem ser observadas depois do nascimento. No primeiro caso, as atividades e a alimentação da mãe e do pai influenciam diretamente na formação do feto; no segundo, a criança passa a estar exposta não só aos fluidos corporais de seus pais, mas também a outras influências advindas de seu ambiente externo. Durante o resguardo pós-parto:

Se o pai caça um macaco-prego, por exemplo, é esperado que a criança fique agressiva e morda as pessoas fortuitamente. Porém, a maior parte dos cuidados é observada pela mãe que continua influenciando diretamente os ‘conteúdos interiores’ da criança através do seu leite. Enquanto amamenta, a mãe comerá somente animais fêmeas. Os parentes próximos, especialmente os doadores de nomes, os avós (*xuta*), que estão em contato próximo com a criança, também tomam cuidados para não expor a criança a influências perigosas (LAGROU, 2007: 304).

Para neutralizar as influências potencialmente nocivas que podem afetar os recém-nascidos, Lagrou (2007) afirma que os *Huni Kuin* fazem banhos à base de plantas e queimam ervas aromáticas dentro da rede. “Por causa dos corpos fracos e dos *yuxin* jovens ainda não fixados, as crianças estão especialmente expostas às chamadas noturnas do *yuxin*; os bebês assustados pelo *yuxin* têm, em geral, febre alta e choram a noite toda” (LAGROU, 2007: 305).

A gestante e seu marido, assim como o recém-nascido, ficam vulneráveis aos ataques dos *yuxin*, por ser este um momento de transição em que estão se produzindo mudanças nos seus corpos. Por fazer parte de um mesmo “corpo estendido”, o casal está sujeito a inúmeras dietas e cuidados durante a gestação e logo após o parto. As dietas são fundamentais para

proteger a saúde da criança, porque há determinados animais com *yuxin* que, ao serem caçados, podem se vingar daqueles que tenham ingerido a sua carne, causando doenças.¹²²

O animal executa sua vingança atacando os humanos justamente no momento em que o seu *yuxin* se desprende do corpo. “Uma vez que perdeu seu corpo, está livre para assombrar o matador ou aquele que comeu de sua carne através de imagens que, como ‘dúplos’ de um corpo morto, têm intenções de vingança” (LAGROU, 2007: 348). Mas não são todos os animais que exercem a vingança póstuma; somente os que possuem *yuxin*.

Os animais caracterizados pela posseção do *yuxin* com a capacidade de se vingar sem usar o corpo pertencem à classe de seres com duplo e somente estes seres são descritos como tendo *yuxin*. Estes seres são capazes de se vingar dos humanos, o que significa que se tornam como humanos. Vingança implica agência e intencionalidade, características da ação humana. Neste sentido, o que era ou parecia ser não mais que uma caça passiva pode transformar-se em um real inimigo. A vingança potencial de determinados animais, através da transmissão de doenças para parentes próximos do ofensor, é revelada para a consciência através da sua aparição em forma humana nos sonhos e visões (LAGROU, 2007: 354).

Quando a criança adoce em função de os pais não terem observado as dietas prescritas para o período da gestação ou do pós-parto, serão os movimentos do seu corpo e a sua expressão facial enquanto dorme que indicarão a origem do padecimento.

Enquanto dorme, o bebê, cujos pais comeram da carne destes animais específicos durante o período da gestação, temporariamente ‘torna-se’ [...] o filho do animal que envia a doença. Convulsões e espasmos noturnos que se apoderam da vítima são designados *yawa bake*, filhote de queixada, *ximu bake*, filhote de macaco-prego, ou *amen bake*, filhote de capivara; citamos apenas os mais comuns e os mais violentos (LAGROU, 2007: 355-356).

De acordo com Lagrou (2007), os Kaxinawa utilizam uma grande variedade de folhas para tratar cada um destas doenças.¹²³ “Para cada sintoma (no caso, uma dada expressão no rosto), existem folhas específicas com o nome do animal, dono da expressão facial” (LAGROU, 2007: 382).

Coletei vários exemplos de doenças tratadas com ‘folhas do mato’ [...] causadas pelos *yuxin*: quando uma criança chora muito de noite, entende-se que um *yuxin* está tentando levar sua alma, neste caso folhas são queimadas

¹²² “A doença é percebida como um agente, *yuxin*, ‘como uma pessoa entrando no corpo da gente’. A maior parte das plantas do banho medicinal compartilha esta qualidade de tornar a criança invisível para o agente causador da doença” (LAGROU, 2007: 514).

¹²³ Para os kaxinawa, existe uma diferença entre plantas cultivadas e plantas coletadas na floresta, as “folhas do mato”. “A distinção mostra como em kaxinawa é importante saber por quem o vegetal foi plantado, se por mãos humanas ou não. No caso de não ter sido plantado por humanos, foi pelo dono da floresta (*Ni ibu*) ou por um dos seus *yuxibu*, que continuará sendo seu dono” (LAGROU, 2007: 458).

para afastar os *yuxin*; quando uma pessoa é pega pelos *yuxin*, será com plantas medicinais espremidas nos olhos que ela será trazida de volta à vida normal; e se os *yuxin* da caça vêm, não para roubar a alma, mas para transformar o corpo da vítima em um deles, será novamente com plantas que os humanos os combaterão (LAGROU, 2007: 399).

Mas, se o processo de produção de uma nova pessoa se inicia durante a gravidez, quando, por meio da colaboração das capacidades reprodutivas e produtivas dos gêneros, um novo corpo é cozido no útero materno e esculpido pelo repetido intercuro sexual (LAGROU, 2007: 528), ele tem continuidade com a intervenção ritual comunitária que propicia que a pessoa passe da condição de criança para a de adulto – ritual do *nixpupima*.¹²⁴

As mudanças importantes nos processos de crescimento e no estatuto social de uma pessoa são incorporadas e expressas pelo próprio corpo. É por esta razão que estes processos requerem uma intervenção direta sobre o corpo. A mudança física é entendida como provocadora de uma mudança na pessoa e vice-versa (LAGROU, 2007: 530).

É por meio da intervenção ritual da comunidade que os corpos das crianças são transformados em corpos adultos fortes e saudáveis, verdadeiros *Huni Kuin*. Só que, “enquanto a comunidade modela o corpo do jovem está simultaneamente dando forma a hábitos e pensamentos” (LAGROU, 2007: 461). Aqui, possuir capacidade, agência, equivale a adquirir conhecimentos *incorporados* por meio de intervenções práticas. Neste processo, a pessoa se torna mais um integrante do corpo da comunidade.

A comunidade de parentes próximos com os quais se vive é chamada ‘nosso corpo’ (*nukun yuda*). Através da convivência, as pessoas acabam pertencendo ao mesmo corpo coletivo: compartilham memórias e substâncias. A frequência com que organizam refeições coletivas (quando há abundância de caça), somada à partilha sistemática de bens e atividades produtivas, cria a consciência de uma interdependência, responsável pela representação da comunidade como um corpo. [...] A pessoa Kaxinawa é um corpo, circunscrito por relações interpessoais que associam a pessoa com certa comunidade e com um lugar específico para morar (LAGROU, 2007: 538).

¹²⁴ Enegrecimento ritual dos dentes que marca a passagem da infância para a adolescência (LAGROU, 2007: 439). “Uma das principais intenções do *nixpupima* é exatamente esta: a de dar aos iniciandos um *huinti kuxipa*, um coração que não morre facilmente, mesmo quando atingido por doença” (LAGROU, 2007: 474).

7.3 Relações de gênero e agência entre os Kaxinawa

As relações de gênero entre os Kaxinawa são fundamentais no processo de construção de corpos e de pessoas aparentadas,¹²⁵ na medida em que ele está pautado nas capacidades produtivas e reprodutivas de homens e mulheres (MCCALLUM, 1999: 159). A relação entre os ciclos da produção, distribuição e consumo de alimento e o ciclo do sexo, da procriação e da reprodução – ambos baseados no corpo humano – constitui um princípio organizacional desta sociedade indígena. “A produção cultural do gênero está ligada ao processo econômico, de modo que somente adultos produtivos são totalmente genderizados, e somente adultos genderizados são pessoas completas” (MCCALLUM, 1999: 160-161).

Neste caso, a agência entre os Kaxinawa está intimamente associada à noção de pessoa e de corpo, na medida em que é definida pela capacidade corpórea dos agentes de produzir, trocar e transformar (MCCALLUM, 2002: 376).

Aos olhos dos *Huni Kuin*, a capacidade pessoal para produzir, a que chamo, juntamente com a capacidade de reproduzir, de ‘agência humana’ [...] é fundamental para a vida social. Essa capacidade individual é adquirida gradativamente, à medida que os filhos são criados pelo esforço de seus pais e avós. Considera-se que a agência humana está corporificada numa combinação de força e memória, memória essa que resulta da experiência pessoal, mas também do ritual, dos remédios da floresta e da pedagogia formal dos parentes durante o *nixpupima* e por toda a infância e adolescência. Um dos vários *yuxin* da pessoa está ligado a essa memória e ao saber prático. [...] A agência humana pode ser masculina ou feminina. Tanto a produção quanto a reprodução dependem da agência de outros: a produção masculina depende da feminina e vice-versa. A agência masculina inclui manter relações de troca com o ‘exterior’, enquanto a feminina envolve transformações no ‘interior’. Porém, é a interação de ambas que constitui a socialidade e funda a organização social, que deve ser vista como um processo dinâmico [...] A agência social é, portanto, um aspecto da pessoa (MCCALLUM, 2002: 391, grifo nosso).

Segundo MacCallum (1999), as diferenças de gênero passam a ser inscritas nos corpos das crianças *Huni Kuin* tanto dos meninos quanto das meninas, a partir dos sete anos, aproximadamente, quando elas estão aptas a participar do ritual do *nixpupima*. Neste momento os seus corpos e, conseqüentemente, seus pensamentos serão remodelados.

¹²⁵ Os processos de engendramentos também são informados pelos idiomas da corporalidade, atuando como princípios fundantes da organização social dos povos indígenas, na medida em que instrumentalizam as relações sociais. Nestes contextos, a constituição da identidade de gênero não está dissociada dos processos de construção de corpos e de sujeitos/pessoas indígenas, que serão abordados de forma mais sistemática nos próximos capítulos.

A partir desse ritual, a criança adquire nova identidade com a qual será reintroduzida na vida cotidiana. Ao passar pelo *nixpupima*, a criança deixa de ser um “receptor passivo de cuidados” e passa a ser um “produtor ativo de comida e de relações sociais. A afirmação de que ‘ele ou ela é capaz de pensar por si mesmo’ marca a entrada na fase adulta” (LAGROU, 2007; 439), momento a partir do qual eles estão aptos para adquirir conhecimentos específicos relacionados ao seu gênero.

Uma vez estabelecida esta base em que se dão as relações de gênero, os rituais de ‘iniciação’ que seguem esta passagem trabalharão as diferenças. Diferenças que, por sua vez, são constitutivas da interdependência dos gêneros e das capacidades produtivas e reprodutivas de homem e mulheres (LAGROU, 2007: 442).

O gênero é inscrito nos corpos dos jovens por meio das várias ações levadas a cabo pelos seus parentes mais velhos, que contribuem, assim, para transformá-los em pessoas adultas e engendradas. Desde crianças, as meninas e os meninos começam a aprender determinados ofícios relacionados aos papéis complementares de gênero que deverão desempenhar para se constituírem adultos plenos.¹²⁶ A construção do corpo e das pessoas adultas “constituem o fundamento da organização social Kaxinawa. Construir o corpo envolve inscrever diferenças em forma de gênero” (MCCALLUM, 1999: 160).

Os avós maternos produzem a diferenciação de gênero em corpos que os pais da criança produziram anteriormente através do sexo repetido e depois pela alimentação. É central nas teorias pedagógicas Kaxinawa a ideia de que a produção corpórea deve correr paralelamente à produção da memória e do conhecimento na pessoa. Enquanto uma criança está crescendo, é a relação dos pais com seu corpo que se torna absolutamente importante, e instituições como a *couvade* e as restrições pós-natais impostas à mãe garantem um crescimento corporal bem-sucedido. [...] Os avós devem assumir a responsabilidade pela produção corporal adulta nos adolescentes, paralelamente ao cuidado contínuo com os pais. A avó preside o isolamento da menina durante a primeira menstruação e prepara seu corpo para o aprendizado de técnicas femininas como a tecelagem, enquanto o avô materno cuida da produção dos corpos masculinos, apropriados para trabalhar na roça, caçar e pescar. Assim, os avós maternos têm um duplo papel; eles não só transmitem conhecimento aos filhos de seus filhos como também preparam a criança para a aquisição corporal do conhecimento e para sua realização física (MCCALLUM, 1999: 161-162).

As diferenças entre os gêneros masculino e feminino estão relacionadas às habilidades produtivas de cada um deles. Essas habilidades são aprendidas por meio da

¹²⁶ Para tornarem-se adultos os jovens devem ter condição de suprir as necessidades de consumo de seus parentes e terem desenvolvido a capacidade de procriar. A pessoa adulta é aquela que está pronta para ter seus próprios filhos e produzir, distribuir alimentos e bens de forma a “construir o espaço social e reforçar cotidianamente a socialidade”.

observação e da prática. “A maior parte do processo pedagógico envolve a observação, por parte dos alunos, das ações do professor, ao invés de basear-se no aprendizado através de explicações.” (MCCALLUM, 1999: 163).

Por sua vez, as habilidades de cada gênero estão associadas às agências masculina e feminina, duas modalidades distintas de agência humana. Dentro dos processos econômicos e sociais esses dois tipos de agência são complementares: homens coçam; mulheres tecem e cozinham/transformam. São operações que englobam não só as atividades relativas à alimentação, mas também ao ato de gestar e parir (o gestar como cozinhar o feto no útero, e o parir como o momento em que aquilo que está cozinhando se revela ser humano). “As contribuições de gênero para a criação de um novo corpo não são apenas complementares em termos processuais, em que o homem modela o feto enquanto a mulher o cozinha, mas também nas substâncias que irão constituir o novo corpo” (MCCALLUM *apud* LAGROU, 2007: 217-218).

A gestação de uma nova pessoa não ocorre em um único evento, representando um processo acumulativo no qual se faz necessário o envolvimento da mulher e do homem: para “cozinhar bebês” em seu útero, a mulher depende da agência masculina.

A mãe e o pai contribuem com fluidos vitais para a formação e características da criança. Como na maioria dos povos amazônicos, prescrições alimentares são observadas durante a gravidez pelos pais, porque as substâncias consumidas constituem o sêmen e o sangue influenciando a forma, comportamento e qualidades da criança, além do próprio processo do parto. A lógica que comanda as prescrições alimentares é a da semelhança: qualidades do animal ou planta consumidas são passadas para a criança (LAGROU, 2007: 223).

A relação entre cozinhar alimentos e produzir crianças, habilidades produtivas femininas, é abarcada pelo termo *ba*, que pode ser traduzido para o português com os verbos criar, procriar e nascer. “Potes e panelas são análogos a úteros. As mulheres são responsáveis por transformar a matéria cozida e comestível, e também por transformar o sangue humano cru em bebês cozidos em seus úteros.” (MCCALLUM, 1999: 166).

A mulher adquire a capacidade de transformar, associada ao processo de “fazer bebês”, a partir da sua primeira menstruação. Neste momento, ela está apta a produzir a substância (sangue) que, juntamente com a substância masculina (sêmen), será transformada, por meio do cozimento, em uma criança. “A agência feminina envolve a capacidade de produzir vários objetos, de pintar, de tecer padrões decorativos e de transformar substâncias

cruas em coisas ou pessoas cozidas ou processadas. Essas coisas são denominadas verdadeiras.” (MCCALLUM, 1999: 167-168).

Já o processo de engendramento masculino ocorre de modo diferente. Na idade em que as meninas menstruam pela primeira vez, os meninos começam a caçar e a trabalhar na roça. Neste momento, é realizada uma série de rituais privados para a aquisição de habilidades de caçador e de trabalhador. Para aprender a caçar, os meninos devem observar as proibições alimentares e seguir a orientação do seu avô paterno.¹²⁷

Há uma associação secundária entre as mulheres e o sangue fresco que reforça a sua inadequação para a caça (as fronteiras entre o mundo humano e o animal são diluídas). Elas são responsáveis pela transformação da carne crua em comida cozida, retalham a maior parte da caça, distribuem a carne crua às mulheres da família e a cozida a parentes de ambos os sexos e aos visitantes. Boas cozinheiras não podem ser boas caçadoras. Da mesma forma, bons caçadores não podem ser bons cozinheiros. Assim, os homens precisam da agência feminina se quiserem consumir o produto de sua caça, assim como as mulheres precisam da agência masculina para produzir uma refeição completa¹²⁸ (MCCALLUM, 1999: 173).

Nesse sentido, as distinções de gênero e a participação feminina são fundamentais para a organização dessa sociedade. “As mulheres ocupam o centro da produção do que constitui a identidade cultural e social Kaxinawa” (MCCALLUM, 1999: 167), sendo o papel desempenhado por elas tão importante para a vida social *Huni Kuin* quanto o dos homens.

¹²⁷ As técnicas de caça são obtidas por meio de visões diurnas (olhares e lembranças) e de visões oníricas – sonhos e visões com *nixi pae* – causadas pelas andanças da alma do sonho. Os homens adquirem coragem para a caça, a guerra e comércio mediante o consumo do *nixi pae* (MCCALLUM, 1999).

¹²⁸ “Se um domínio invade excessivamente o outro (se os homens mexem com sangue ou as mulheres com o mundo espiritual) a agência generalizada é bloqueada; o homem se torna sem sorte na caça e a mulher perde a sua capacidade de fazer bebês humanos. Elas podem parir gêmeos e monstros deformados. [...] As mulheres devem proteger e gerar parentesco, apenas no domínio humano. Para fazer isso, assim como os homens, elas devem aprender a proteger e fortificar suas capacidades corporais, culturais e morais. É por causa das naturezas opostas mas complementares das agências masculina e feminina, culturalmente produzidas, que o treinamento formal das moças e dos rapazes assume a forma que tem” (MCCALLUM, 1999: 173).

8 CURSOS, PARTOS E PARTEIRAS TRADICIONAIS: APROPRIAÇÕES INDÍGENAS DOS CONHECIMENTOS E DAS COISAS DO BRANCO

O primeiro tópico da programação das Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde consistiu na avaliação dos cursos de aperfeiçoamento das parteiras tradicionais indígenas realizados pelo GMI entre os anos 2000 e 2004 no Estado do Acre. No geral, as participantes das reuniões que fizeram os cursos os consideraram uma boa experiência, principalmente pelos conhecimentos apreendidos e pelos *kits*-parteira recebidos. “Rapaz, pra mim foi bom porque eu aprendi o que eu não sabia ainda! Eu ‘pegava menino’, mas não sabia dos pontos que hoje em dia já sei, mais ou menos um pouco!” (PARTEIRA JAMINAWA-ARARA).

Os discursos proferidos durante esses eventos revelaram o quanto esses cursos foram apropriados e indigenizados pelos povos indígenas do Alto Juruá. A avaliação positiva e a demanda pela realização de outros cursos de parteiras falam sobre o desejo destes povos de terem acesso tanto aos conhecimentos quanto às coisas provenientes do mundo dos *nawa* (brancos), neste caso, aos materiais do *kit*-parteira.

Dos conhecimentos apreendidos nos cursos os mais valorizados pelos participantes foram os relativos aos procedimentos de higiene e ao manuseio dos materiais do *kit*. Durante as reuniões, frequentemente foi enfatizado que antes dos cursos as pessoas que assistiam os partos não “tinham asseio”, e que depois passaram a adotar medidas, como cortar as unhas e lavar as mãos, de modo a prevenir que certas doenças acometessem a mãe ou a criança. Da mesma forma, os conhecimentos sobre o uso do *pinard* para auscultar o coração do feto, das luvas para “aparar menino” ou mesmo da esterilização da tesoura para cortar o cordão umbilical do recém-nascido, entre outros, foram considerados importantes por terem contribuído para a melhoria da qualidade da assistência ao parto prestada pelas parteiras indígenas.

Olha, o que eu percebi do conhecimento branco e do conhecimento tradicional, é que de primeiro as parteiras não tinham escutado o trabalho dos brancos sobre como pode fazer um parto. É por isso que antes, às vezes, a parteira quando pegava neném não lavava nem as mãos. De primeiro a gente não tinha tesoura. Não tinha nada, né? (*sic*) O papai sempre fala que quando a mulher ganhava neném cortava com a faca de taboca que não era esterilizada: cortava e guardava. Ai, quando nascia outro menino, com a mesma faca cortava de novo. De primeiro, não morria assim tanta criança, mas às vezes morria de tétano. Mas depois que essa parteira tem esse

conhecimento pra ter higiene eu percebi que melhorou bastante (AIS KATUKINA).

Durante a reunião de Campinas, as parteiras Nawa, Nukini e Arara também procuraram demonstrar o quanto haviam incorporado em sua prática os conhecimentos aprendidos durante os cursos. A maioria afirmou que acompanhava as gestantes de suas comunidades, fazendo visitas domiciliares e interrogando-as sobre o seu estado de saúde. Nessas ocasiões, utilizavam os materiais do *kit*-parteira para medir a barriga da gestante e auscultar o coração do feto, assim como realizavam alguns exames físicos para verificar desnutrição ou anemia.

No entanto, alguns agentes indígenas de saúde falaram que há parteiras que encontram dificuldades para aprender os conhecimentos transmitidos durante os cursos por não saberem ler e nem escrever e tampouco terem domínio do português. Essa limitação restringiria a capacidade de compreensão dos conhecimentos relativos ao manuseio correto dos materiais do *kit* conforme ensinado durante os cursos.

Vamos supor: algumas parteiras, não todas, receberam o material, mas não têm conhecimento de usá-lo de acordo com a capacitação. Por quê? Muitas parteiras têm prática, mas têm dificuldades teóricas: não escreve e não lê. Várias têm um *Livro da Parteira*, mas coitada, não sabe lê e fica em segredo sempre. Na hora de trabalhar, elas têm essa dificuldade (AIS KAXINAWA).

Mesmo assim, pelo menos entre os povos Pano, isso não faz com que a parteira deixe de participar dos cursos quando tem oportunidade.¹²⁹ Quando a parteira não sabe ler e participa do curso, ela “pega” os conhecimentos de cabeça e os guarda em sua memória, ao lado dos outros saberes que detém. Quando surge a necessidade, ela os coloca em prática de acordo com aquilo que ela estiver pensando.

Dentre os itens mais bem avaliados dos cursos de parteiras está a distribuição dos *kits* parteira. No geral, os participantes dessas reuniões consideraram que o acesso a esses materiais contribuiu para qualificar a atuação das parteiras, comparado com a forma como estas trabalhavam antigamente.

O material do *kit* facilitou pras pessoas que talvez não tivessem uma tesoura disponível pra [cortar o cordão umbilical]. Com a mesma tesoura cortava os panos e outras coisas. Hoje em dia não! Já tem tesoura própria pra usar naquele trabalho. Ai ninguém arrisca a perder seu filho por cortar errado. É

¹²⁹ Cabe enfatizar que entre os povos pano isso não ocorre, mas entre os Ashaninka, sim. As mulheres da comunidade Ashaninkada, região de Tarauacá, não aceitaram participar da reunião por não saberem falar português e muito menos ler e escrever.

uma coisa mais profissional que as parteiras têm hoje. [...] As parteiras têm que estar mais técnicas nessas áreas aí principais (AIS KAXINAWA).

As mulheres Katukina que participaram da reunião de Campinas, por sua vez, agregaram elementos importantes ao avaliarem os *kits*, considerados “coisas de parteira *nawa*” (branca), em contraposição às práticas indígenas de assistência ao parto definidas como “da nossa cultura”:

Eu nunca uso essas coisas de parteira *nawa*. Eu não tenho nada: tesoura, álcool, fralda... Nem balança nós tem (*sic*). Primeira vez que eu participo de curso. [...] Eu quero começar agora. Eu trabalhava assim na nossa cultura mesmo e nunca usei essas coisas. Tudo o que ela falou nós também precisa (*sic*).

Contudo, uma das parteiras Katukina que há dez anos “pega criança”, diz que, depois de ter feito o curso, passou a usar a tesoura para cortar o cordão umbilical, deixando de fazê-lo com faca de taboca com era o costume antigamente. Outra afirma que depois do curso deixou de “pegar menino” da forma tradicional e passou a usar luvas e esterilizar a tesoura como fazem os brancos.

Nem sempre, entretanto, o destino de alguns dos materiais do *kit* é o preconizado durante os cursos de parteiras. Algumas mulheres disseram ceder as luvas ou outros materiais do *kit* para o AIS da sua comunidade trabalhar. Outras, inclusive, expressaram o seu incômodo em adotar alguns dos procedimentos ensinados durante os cursos, como no caso das luvas. “Antigamente não tinha luva e até agora a gente [...] pega sem luvas porque a gente acha melhor: a mão não fica lisa e não tem perigo derrubar o bebê. Então a tradição é assim!” (PARTEIRA JAMINAWA). Além disso, nem sempre os materiais mais valorizados são os destinados ao acompanhamento da gestante e à assistência ao parto, mas os que melhoram as condições de trabalho das parteiras, tais como a lanterna e o guarda-chuva!

Mesmo assim, as falas dos indígenas durante as reuniões revelam que os materiais do branco utilizados nos cuidados com a gestação e o parto são desejados, sim, mas nem sempre estão disponíveis. Portanto, o *kit*-parteira foi enfaticamente reivindicado pelas mulheres que participaram das reuniões no Alto Juruá tanto na reposição dos materiais que acabaram e/ou estragaram quanto na distribuição de *kits* para aquelas que ainda não haviam sido contempladas. As mulheres Katukina que participaram do evento de Campinas e que não haviam recebido o *kit* alegaram necessitar desses materiais para trabalhar, por hoje estarem vivendo na lei do branco. “Antigamente não existia esse material de parteira. Mas, já que nós

estamos na lei do branco, ela quer esse material, no caso: tesoura, lanterna, luva, bota, gaze, iodo e bacia pra dar banho na criança e na mãe. Pra ela esse material é importante pra ter como trabalhar” (AIS TRADUZ FALA DA PARTEIRA).

8.1 Os discursos sobre as mudanças na prática indígena do “pegar menino”

Os participantes indígenas das reuniões do Alto Juruá empregaram a noção “pegar menino” para se referir ao ato de partear. Essa expressão demonstra que antes de “fazer o parto”, a função de quem auxilia a mulher a dar à luz é “aparar” a criança, contribuir para modelar o novo ser que está nascendo, estabelecendo com ele um vínculo social determinado, conforme se viu na narrativa realizada por Lagrou (2007) sobre um evento de parto entre os Kaxinawa. Até porque, ao que tudo indica, o ato de parir requer um conhecimento *incorporado*, aprendido por meio da prática (LAGROU, 2007). Assim, as lembranças das experiências de parto acessadas na fala dos indígenas são conhecimentos inscritos no corpo, suporte sobre o qual se desenvolvem os saberes sobre o gestar e o parir.

Os indígenas que estiveram presentes nas reuniões recorreram ao dispositivo discursivo da comparação, contrastando a forma como eram realizados os partos antigamente e como eles são feitos atualmente, para falar sobre as mudanças que a prática do “pegar menino” sofreu após o advento dos cursos de parteiras que aconteceram na região.¹³⁰ De acordo com os depoimentos, a incorporação dos materiais do *kit* na prática do “pegar menino” foi um dos fatores que contribuíram para transformar o “parto tradicional”.

Ela aprendeu a fazer parto com a mãe dela. Aprendeu fazendo parto, quando era pequena. Antes do curso ela já fazia parto. Quando elas receberam esse curso de aperfeiçoamento mudou algumas coisas. Elas não tão mais utilizando muito como era o parto tradicional. Antes elas não tinham aquelas lonas pra ta pegando as crianças. Forrava com o couro de veado ou de outros animais pra ta (*sic*) pegando a criança que ia nascer. [...] E cortava com qualquer coisa que tinha: faca, terçado. Hoje tem a tesoura que ela ferve, pra ser utilizada para cortar o cordão umbilical da criança. E hoje ela já tem o pano. Às vezes a mãe dela questiona sobre como o parto ta sendo feito agora, porque ta muito diferente. Antes não era assim! Quando a mãe dela a acompanha, ela pede pra mãe lavar a mão e escovar os dedos, porque ela recebeu uma escova no *kit*. Então, a mãe briga com ela, porque antes não

¹³⁰ Outro eixo discursivo de comparação utilizado pelos participantes das reuniões para se referir a como a forma de parir atualmente é distinta dos tempos de antigamente se relaciona as diferenças existentes no modo como se “pega menino” nas aldeias e de como os partos são feitos no ambiente hospitalar. Apesar da extrema relevância dessa discussão, ela não será realizada no âmbito deste trabalho, por extrapolar os objetivos propostos para esta tese.

precisava escovar os dedos pra tá pegando a criança e não tinha nenhum problema (PARTEIRA KAXINAWA).

Os cursos de parteiras também incentivaram a ocorrência de mudanças na organização familiar da assistência prestada às parturientes. Segundo um agente de saúde Kaxinawa, antigamente a mulher que estava parindo recebia ajuda de um grupo de mulheres vinculadas a ela por laços de parentesco. Durante os cursos, as parteiras foram orientadas, quando assistirem um parto, a serem acompanhadas somente por uma ajudante, de modo a não expor a intimidade da parturiente à curiosidade e aos comentários daquelas que estiverem presentes no momento do parto. Essa recomendação é veiculada pelos cursos como uma questão de ordem ética que deve ser observada pela parteira em sua prática. Assim, veem-se os valores da privacidade e da intimidade, bem como os princípios éticos cultivados no âmbito do modelo médico hegemônico, serem reproduzidos nos discursos dos participantes das reuniões.

Eu participei do curso das mulheres, da parteira. [...] Do que eu tô lembrado, as mulheres deram muita orientação pras parteiras de como deviam cuidar as grávidas. [...] Agora por quê? Quando a mulher tava sofrendo, de primeiro, no meu conhecimento, trazia três, quatro mulheres pra cuidar daquela paciente. Mas, desde aquele curso pra cá se recomendou que é pra ir só a parteira e a acompanhante. Porque muitas vezes aquelas que vão participar do parto falam da mulher né? Então pra não acontecer isso, foi orientado que tem que ir só a parteira e a outra pra cuidar (AIS KAXINAWA).

De qualquer forma, mesmo diante de algumas falas que reproduziram os valores biomédicos relacionados à assistência aos partos, os participantes das reuniões continuamente reafirmaram os aspectos positivos de parir na aldeia, inclusive, devido ao fato de a mulher permanecer em sua casa e receber os cuidados de seus familiares e parentes próximos. Em casa, ela pode observar as dietas alimentares adequadamente, além de usar os remédios tradicionais para ter um parto normal, recuperar-se rapidamente após dar à luz e garantir a saúde do recém-nascido.

No entendimento Kaxinawa, o parto normal é aquele que ocorre rapidamente e não traz sofrimento para a parturiente. Já aqueles em que a mulher tem um trabalho de parto longo e sente muita dor é considerado um “parto perigo”.

Já fiz o parto também só eu e Deus, porque a parteira não tava em casa. Eu não tinha porque gritar. Aí me socorri só com Deus mesmo que tava com nós! Porque Deus é só um, se a parteira tá em casa ou não. A criança já tá grande! Tá aqui ela, é essa aqui de blusa amarela. Foi só eu e Deus mesmo no parto dela em casa. [...] Às vezes a gente tá ganhando parto normal, sem

precisar de ninguém. É muito bom né?! Agora tem muitas mulheres que tem o parto perigo também. Tem delas que é rápido e não dá trabalho a ninguém (*sic*). Tudo isso já alcancei.

Porém algumas parteiras conhecem técnicas para intervir sobre os casos de perigo. Uma parteira Jaminawa-Arara diz posicionar a criança para nascer, no caso de ela estar sentada ou atravessada no momento do parto, com rezas.

A grávida fica com os pés pra cima na rede e de cabeça pra baixo. Aí eu vou ajeitar o bebezinho dela com reza. Vou rezando e vou ajeitando, vou ajeitando, vou rezando. Vou rezando, vou rezando... Até que o neném vira [...] e fique numa posição normal. Aí você pode olhar que a cabeça tá certinha, o pezinho tá pra cima e ele tá normalzinho. Pra gente poder ajeitar neném tem reza que a gente reza! A gente tá rezando e tá ajeitando, tá rezando e tá ajeitando, tá rezando e tá ajeitando, tá rezando e tá ajeitando, tá rezando e tá ajeitando (*sic*). Até quando chega normal.

De qualquer forma, os discursos proferidos durante esses eventos comunicativos revelam que os cursos de parteiras se tornaram um divisor de águas na forma como os partos eram feitos antigamente e como eles vêm sendo realizados atualmente nos múltiplos contextos étnicos e comunitários do Alto Juruá. Mas os discursos revelam que as mulheres não deixaram de operar com os saberes e as práticas indígenas de “pegar menino”. Mesmo assim, parece que as relações interétnicas estabelecidas com os *nawa* no âmbito desses cursos têm sido decisivas para a configuração dos nascimentos indígenas nessa região.

8.2 Os cursos e a emergência da parteira tradicional indígena

Se a introdução dos procedimentos de higiene e dos materiais do *kit*-parteira na prática do “pegar menino” foi indicada como um dos fatores que alteraram a forma de assistência ao parto, a modificação mais radical apontada nas falas dos indígenas durante as reuniões foi o surgimento da parteira como alguém habilitado para acompanhar as gestações e assistir os partos nas comunidades dessa região. No ponto de vista de uma jovem Kaxinawa a principal mudança trazida pelos cursos de parteiras foi o fato de as pessoas da sua comunidade não chamarem mais qualquer um para “pegar menino”.

A maioria colocou sobre o *kit*. Esse *kit* foi bom mesmo pra todo mundo porque ajudou. Então, foi muito bom que veio, porque agora também a gente tá fazendo higiene. Não é qualquer um que chega pra pegar filho da gente. Já tem aquela parteira que fez o curso que a gente chama, convida e vai lá.

Entretanto, o processo de emergência da parteira tradicional não ocorre da mesma forma entre todos os povos indígenas do Alto Juruá. Na verdade, a noção de “parteira”, que aparece nos discursos como uma figura genérica e universal, encobre uma realidade extremamente diversa e dinâmica no que diz respeito tanto aos processos de surgimento dessa personagem no âmbito das comunidades indígenas dessa região quanto das formas que a organização da assistência ao parto assume nesses contextos.

Segundo os dados que aparecem em etnografias que descrevem as sociedades indígenas num passado recente, o parto era um evento que não necessariamente implicava a intervenção de um especialista. A ajuda, quando necessária, provinha do meio familiar mais próximo. Em muitos casos, a mulher dava à luz sozinha na floresta ou, simplesmente, contava com a ajuda de alguma parenta mais velha e de mais experiência, como a mãe ou a avó. Esta característica se vê refletida em certos aspectos do sistema de parto indígena atual, mesmo que atualmente o conceito de ‘parteira’ seja usado corriqueiramente entre algumas populações indígenas (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 50-71).

É justamente no contexto familiar, onde as redes de parentesco são mobilizadas para auxiliar aquelas que estão dando à luz, que as mulheres hoje denominadas parteiras foram iniciadas na prática do “pegar menino”. Se algumas delas, como as Katukina, aprenderam a “pegar menino” com a sua mãe, enquanto outras foram introduzidas no ofício acompanhando as suas sogras, como as Nukini, a maioria das parteiras que participou das reuniões iniciou a “pegar menino” ainda jovem em situações em que não havia ninguém mais preparado por perto para auxiliar a mulher que entrava em trabalho de parto. Nestas ocasiões, elas foram orientadas a como proceder pelas próprias parturientes a quem estavam ajudando, ou mesmo, aprenderam sozinhas agindo de acordo com a “própria memória”.

Porém o aprendizado também pode ocorrer de forma inversa. Um AIS Kaxinawa conta que as mulheres *Huni Kuin* aprendem a fazer partos no momento mesmo em que estão parindo, quando prestam atenção no que a pessoa está fazendo para “pegar a criança”. Assim, aprender a partejar e aprender a parir faz parte de um mesmo processo – ambos os saberes são inscritos nos corpos por meio de experiências práticas. De qualquer forma, cabe à gestante decidir a quem recorrer para ajudá-la a parir ou optar por dar à luz sozinha.

O aprendizado das mulheres, no meu conhecimento acontece na hora do parto, quanto ela ta despachando. Ali [aquela que tá parindo] tá adquirindo experiência da pessoa que tá lá pegando, [aprendendo] como é que ela faz. Então, o conhecimento vem do ensino dos pais. Dos pais não quer dizer pai e mãe só, mas dos tios e dos próprios parentes perto. [...] Minha avó era acostumada a fazer o serviço, aí chamavam ela. A pessoa que pela primeira vez estava despachando, com certeza tava prestando atenção e aprendia. A

pessoa até ficava curioso como é que pega. Aí já tem um pouco de experiência. Aí no caso se não tivesse aquela pessoa que pega, ela já pegava e com aquilo já praticava. [...] Tem mulher que não precisa de parteira, ela prefere ganhar só: – ‘só eu e eu mesmo!’ Estas não precisam de parteira. Mas tem outras que já preferem, porque se der alguma coisa a pessoa tá perto. [...] Então, o aprendizado das mulheres é mais ou menos esse: na hora do parto que a profissional [parteira] tá pegando, [a mulher] tá vendo. Se a parteira não tiver aí, a pessoa já pode assumir.

No decorrer das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS, os Katukina relataram que antes dos cursos de parteiras “qualquer pessoa” poderia “pegar criança”. Quando ocorriam complicações durante a gestação ou no parto, o pajé era chamado para intervir. Segundo um pajé Katukina, o seu povo começou a falar em parteira quando começou a estudar as “leis do branco”:

Antigamente não existia parteira! Porque a gente, na nossa cultura mesmo, era assim: a filha ganhava neném, a mãe pegava; se for a irmã, o irmão dela mesmo pegava o neném. Não tem própria parteira! Antigamente, como se diz, qualquer um pegava o neném dos parentes. Hoje não! Hoje vocês começaram a estudar as *leis do nawa* e já começam a falar de parteira. Antigamente não existia parteira própria pra pegar o neném! Quem trabalhava com a mulherada era o pajé! O pajé curava várias mulheres que ganhavam neném. [...] Hoje vocês estão estudando muito o *negócio dos nawa*, por isso tão falando de parteira, como aquela pessoa própria pra pegar o neném nas comunidades. Mas antigamente não existia isso.

Entre os Katukina, o parto é realizado na casa da gestante, e o parente que estiver por perto será aquele que pegará a criança e cortará o cordão umbilical. Assim, “todas as mulheres, em algum momento de suas vidas, ajudavam a fazer um parto e aprendiam a fazê-lo com suas mães e avós” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 51). De qualquer forma, não havia parteiras no sistema de parto Katukina. Com o advento dos cursos, algumas mulheres foram indicadas pelas comunidades para assumirem o cargo recém-criado de “parteira própria”, tendo como sua nova atribuição o acompanhamento das gestantes e a assistência aos partos.

Entre os Kaxinawa também há uma situação semelhante: “O evento do parto acontece no âmbito familiar, e a assistência é fornecida pelas mulheres mais próximas em termos de parentesco.” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 55). Muitos dos *Huni Kuin* que participaram das reuniões do Alto Juruá também afirmaram que até pouco tempo atrás não

existiam parteiras em suas comunidades.¹³¹ Essa realidade se desvelou durante as reuniões em muitos depoimentos prestados pelos Kaxinawa:

Antes, eu era parteira, mas não sabia fazer parto. Nunca tinha acompanhado minha mãe. Por que só ela é que fazia o nosso parto. Daí a mãe veio pra Tarauacá e eu fiquei com a minha cunhada que tava pra ganhar neném. Eu não sabia de nada! Ninguém acreditava em mim. Tinha ficado eu e a minha irmã. Ai meu irmão foi chamar a minha irmã, por que ela era mais velha e acreditou mais nela. Mas a minha irmã não tinha coragem de fazer o parto. Ai nesse dia eu cheguei e comecei a fazer o parto. A criança já tava na hora de nascer. Eu não usei luva, a tesoura era a mesma que nós cortava pano, né? (sic) A gente não sabia nem como limpava a tesoura, esterilizava, nada. Nós usávamos só assim mesmo. Ai que melhorou muito, porque agora nós não usamos mais assim. Tem o material depois do curso. Depois que eu fui capacitada, ganhei o material: tesoura, balança pra pesar a criança, avaliar quantos quilos que nasceu; ganhamos a fita pra medir quantos centímetros a criança tem. A luva nós temos agora. Porque todas nós parteiras, eu acho, não faz mais o parto sem luva. Nós temos aquele álcool. Antes botava remédio pra colocar no umbigo quando cortava, fazia tratamento. Às vezes tirava um remediozinho da mata e passava no umbigo pra poder sarar. Então, minha mãe usava isso; eu nunca usei que nem ela. Eu não aprendi a fazer parto pelo tradicional não; eu aprendi no curso. [...] Antes ninguém conhecia a mulher grávida, que nem se diz! Depois da capacitação eu fiz dezesseis partos. Antes do curso, vamos dizer, todo mundo era parteira né?! Até o marido da mulher fazia parto; a mãe dela. Depois do curso só eu que faço parto na minha aldeia. Agora em cada aldeia nós temos uma parteira. (Grifo nosso).

Um agente de saúde desta mesma etnia conta que em sua aldeia fazia aproximadamente seis anos que o cargo de parteira havia sido criado e que antes disso “qualquer um pegava menino”. Segundo ele, as comunidades somente passaram a reconhecer e a respeitar as suas parteiras depois que elas fizeram os cursos.

Anteriormente, como já falaram aqui, qualquer um era parteira; as parteiras eram de qualquer jeito. Atuavam na necessidade de atender algum parto na aldeia. Hoje teve uma grande mudança através do conhecimento dos nawa. Porque nós índios estamos mais envolvidos com o mundo dos brancos. [...] Eu tenho um exemplo na minha comunidade. Há seis anos atrás a parteira era qualquer uma, dependia da necessidade. Depois que as parteiras foram reconhecidas, que pegaram um treinamento, receberam o *kit* com material que não existiam antigamente, foi que a comunidade indígena passou a respeitar a sua parteira. A partir de então ela pode acompanhar todas as grávidas, juntamente com o agente de saúde.

¹³¹ No entanto, apesar dos Kaxinawa se constituírem em um único conjunto étnico, os discursos veiculados durante estes eventos comunicativos revelam existir uma grande heterogeneidade de situações no que se refere à organização dos cuidados com a gestação e o parto no âmbito das aldeias desse povo indígena.

Uma parteira da mesma comunidade desse AIS reiterou a sua palavra ao contar que hoje em dia, na sua aldeia, não acontece mais de “qualquer um pegar menino” ou mesmo de a gestante escolher a pessoa irá auxiliá-la no momento de dar à luz. As mulheres com experiência prática, mas que não capacitadas, são autorizadas a “pegar menino” somente quando a “parteira treinada” não estiver disponível. “Agora mesmo não tem mais isso não! Quem pode acompanhar ou cuidar da mulher grávida é aquela que tem o curso. Agora, quando a mulher que é parteira porque fez o curso não está, aí a pessoa que entende pode fazer o parto”.

Antigamente, mas não há muito tempo, além de qualquer um poder “pegar menino” dentre os parentes próximos, também existia a possibilidade de as grávidas decidirem parir sem recorrer à ajuda de ninguém. Nestes casos, elas se dirigiam à mata e voltavam para casa com seu filho nos braços.

Ela tá falando que agora tem parteira, mas que antes não tinha. As mulheres tinham seus filhos na mata, por lá mesmo cortava o umbigo e depois vinha pra casa. Mas agora ela é a parteira da aldeia dela, porque foi indicada pela comunidade, apesar de não saber escrever (MONITORA TRADUZ FALA DA PARTEIRA).

Esses depoimentos indicam que a emergência da parteira em algumas comunidades Kaxinawa instaurou um processo de reorganização dos cuidados prestados à gestação e ao parto ao redefinir papéis e interferir sobre as relações estabelecidas entre os familiares e parentes concernidos no processo de produção de uma nova pessoa indígena. Ao instituir as parteiras que fizeram os cursos como aptas a acompanhar as gestantes e a assistir os partos, outras pessoas com experiência prática em “pegar menino” são desautorizadas a assistir os partos. Parece que a expressão “qualquer um pegava menino”, ao mesmo tempo que adquire uma conotação pejorativa na voz de alguns cuidadores capacitados – tanto AIS quanto parteiras treinadas – expressa o quanto aqueles que participaram dos cursos adquiriram autoridade e distinção perante os demais membros da comunidade no que se refere aos cuidados com a gestação e o parto.

Entretanto, os cursos de parteiras são apropriados de diferentes formas pelas comunidades e pelas pessoas indígenas. Esta realidade se revela na fala de uma mulher Kaxinawa que diz ter participado dos cursos não com o intuito de se tornar parteira, mas, sim, para incrementar os seus saberes sobre o parto, já que numa situação de necessidade eles poderiam ser úteis.

Eu também vou deixar a minha participação. Eu nunca peguei criança não, porque nunca teve o momento de ter precisão. Sempre que eu tô junto da minha mãe eu acompanho ela. Eu já ajudei minha mãe a fazer parto de dois [...], já cortei o umbigo do meu sobrinho e dos filhos das minhas cunhadas. Na hora que minha mãe pega, ela manda eu cortar, aí eu corto. Agora, ainda não chegou o momento pra mim de fazer um parto! (*sic*) Mas se chegar, eu tenho certeza que pelo meu entendimento e pela orientação da minha mãe eu faço. Aquele curso em 2003 eu tive participando e ouvindo. Agora vim ouvir de novo porque tem momento que a gente que tem filho, tem filha, precisa. Tem dia que não dá tempo de chamar a parteira: as vezes é distante, as vezes é noite. Aí a pessoa se obriga a fazer o parto. Daí tendo aquela orientação a pessoa não fica nervosa, porque já entende um pouco.

Desse modo, os conhecimentos dos brancos podem ser úteis para qualquer mulher de uma comunidade Kaxinawa que precise ajudar uma parenta a dar à luz. Aqui, o parto aparece como um evento cotidiano sobre o qual se tem um saber difuso, porquanto compartilhado pelas mulheres que passaram pela experiência do gestar e do parir e que auxiliaram outras a trazerem seus filhos ao mundo (grifo nosso). Dentro dessa lógica, todas aquelas que já pariram possuem um saber básico sobre a prática do “pegar criança”, o que as habilita a auxiliar quem está parindo. Parece que essa representa uma das formas possíveis de apropriação e indigenização dos cursos de parteiras, colocando-os a serviço da reprodução do sistema de atenção ao parto *Huni Kuin*.

O fato de a figura da parteira como alguém próprio para acompanhar as gestantes e realizar os partos ser recente em algumas comunidades não é unanimidade entre os povos indígenas que participaram das reuniões no Alto Juruá. Os participantes Jaminawa-Arara, Nukini, Nawa, Yawanawa e Shanenawa mencionaram a existência de mulheres que se destacavam dentro das suas comunidades por serem referência na assistência aos partos. Em alguns casos, por possuírem conhecimentos especializados sobre o ofício do partejar, essas mulheres já eram denominadas parteiras, mesmo antes do advento dos cursos.

As Yawanawa afirmaram que sempre existiram mulheres que sabiam fazer partos, mas que não eram chamadas de parteiras. Estas passaram a ser denominadas assim com a realização dos cursos, quando aprenderam com os *nawa* que aquelas que “pegavam menino” eram parteiras. Porém, algumas mulheres sem experiência na arte de partejar recorreram aos cursos no interesse de assumir o cargo de parteira da sua comunidade. Para isso elas foram apoiadas pela comunidade e por suas lideranças.

Eu participei do curso e achei muito importante! Eu fui apoiada pela minha comunidade e escolhida como parteira. Eu recebi até um Certificado de parteira. Porque lá na minha comunidade não tinha nenhuma parteira, aí

nossa liderança me escolheu. Aí eu participei e recebi um pouco de material que eles deram, naquela época, pras parteiras. Eu só participava, mas não tinha coragem de fazer um parto. Aí depois daquele curso eu aprendi muita coisa. Eu aprendi mesmo a fazer o parto. Depois daquela participação que eu tive, eu já eu fiz quatro partos lá na minha aldeia. (Grifo nosso).

Para as antropólogas responsáveis pela elaboração dos relatórios etnográficos do Projeto Acre, a existência de parteiras entre esses povos é um efeito do contato interétnico estabelecido com a sociedade regional que, por sua vez, possui uma conformação cabocla e nordestina (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006). De qualquer forma, mesmo entre estas etnias, ao modificarem as práticas e o *status* das mulheres que “pegavam menino” dentro das aldeias, os cursos contribuíram para fazer surgir a parteira em sua manifestação contemporânea – as “parteiras capacitadas”.

Sendo assim, não se podem classificar os povos indígenas, simplesmente, como tendo a parteira instituída antes dos cursos e aqueles que passaram a tê-la após a sua realização. O fenômeno de emergência da parteira entre os povos indígenas do Alto Juruá é complexo e possui várias nuances. Se entre alguns povos, como os Katukina e os Kaxinawa, a figura da parteira emerge com os cursos; em outros, a atuação das parteiras é transformada pelas capacitações. Neste contexto, o que parece ser comum a esses povos – para além das diferentes formas que o processo de emergência das parteiras assume nos diversos contextos comunitários em que ocorre –, é o fato de a parteira emergir como um cargo. “O pessoal chama a mulher que ‘pega criança’ e não a deixa morrer de boa parteira. Aí diz: – ‘vamos dar trabalho pra ela!’ Por isso ela foi escolhida parteira aqui dessa aldeia” (AIS KATUKINA).

Não devemos perder de vista a esse respeito que o papel oficial de parteira (traz) ganhos importantes em termos de prestígio dentro do grupo, já que a pessoa passa a ter uma relação privilegiada – junto com o AIS, o AISAN (agente indígena de saúde e de saneamento) e outras figuras criadas em termos similares – com as instituições governamentais. Existindo a perspectiva de que, em algum momento, se desenvolva uma política pública destinada à contratação de parteiras. A esse respeito, da mesma forma que outros cargos, a eleição de uma determinada mulher para ser parteira não está isenta de considerações de caráter político, sendo as famílias mais influentes as que conseguem monopolizar esses cargos (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 95).

8.2.1 *Indigenizando os cursos de parteiras indígenas*

Os discursos veiculados pelos participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS no Alto Juruá, ao avaliarem os Cursos de Parteiras Tradicionais Indígenas, revelam o quanto os povos indígenas ali representados veem nesses eventos uma forma de acessar não só os

conhecimentos e materiais do *kit*-parteira, considerados aqui símbolos do mundo do branco, mas, também, conquistar determinados direitos, recursos e benefícios advindos da interação com o Estado-Nação.

Alguns estudiosos dos povos Pano (MCCALLUM, 2002; LAGROU, 2007) apontam para o fato de as coisas e habilidades dos brancos serem muito desejadas. No caso Kaxinawa, por exemplo, as pessoas se suprem em “fontes externas de poder” advindas destas interações com o estrangeiro – o *nawa*.¹³² Pode-se entender o desejo indígena pelos conhecimentos e pelas coisas do branco, expressado na fala dos participantes dessas reuniões, como uma estratégia discursiva de apropriação e controle das relações estabelecidas com os não índios ao longo do processo histórico de contato interétnico. Nesse processo de apropriação, o branco é capturado e domesticado, em termos simbólicos, ao mesmo tempo em que é seduzido a cooperar com os projetos indígenas de *developman*, geralmente voltados para a sua própria reprodução sociocultural.¹³³ O financiamento dos cursos de parteiras, assim como do Projeto Acre são exemplos concretos desse processo de conquista da colaboração não indígena.

As avaliações sobre os cursos das parteiras apresentaram uma reflexão que oscilou entre o jeito do branco de fazer partos e os cuidados indígenas com a gestante e a parturiente, qualificados pelas falas indígenas como tradicional ou cultural.¹³⁴ No âmbito desses discursos, empregar ou não os conhecimentos e práticas aprendidos durante os cursos parece ser o sinal que indica se a parteira está operando de uma forma ou de outra. Possivelmente, esses enunciados variam de acordo com o contexto em que são proferidos. Se estiverem numa situação em que os conhecimentos do branco são valorizados, as parteiras afirmarão trabalhar do modo como aprenderam nos cursos; se as formas tradicionais de assistência ao parto forem reconhecidas, as falas enfatizarão que, apesar de as parteiras utilizarem alguns materiais do

¹³² “Os *nawa* são fonte de cobijados poderes e produtos, mas [...] ainda não transmitiram seus conhecimentos. [...] Os *Huni Kuin* continuam consumindo, retendo, casando, reproduzindo-se, produzindo e roçando nos interstícios dessas diferenças – entre si, mas ao alcance dos bens, remédios e saber fornecidos pelos *nawa*” (MCCALLUM, 2002: 390).

¹³³ Isso não quer dizer que todos esses povos ou mesmo comunidades diferentes de uma mesma etnia incorporam os conhecimentos e coisas do branco da mesma forma. Certamente, existe uma diversidade dos modos de apropriações. Entretanto, esta autora não está apta a realizar uma análise mais apurada deste processo, pelo fato de os dados com os quais estou trabalhando serem insuficientes para tanto. Este, então, se apresenta como um tema a ser aprofundado em estudos antropológicos posteriores.

¹³⁴ A fala dos indígenas durante as reuniões ao empregarem um dispositivo comparativo ao empregarem categorias dicotômicas para estabelecerem contrastes: entre os tempos antigos e os tempos atuais; entre o parto tradicional e o parto do branco, etc.

branco, elas continuam fazendo o “parto tradicional”. Portanto, os discursos variam de acordo com as situações em que são proferidos e com os destinatários a quem são dirigidos.

De qualquer forma, os conhecimentos e os *kits*-parteira disponibilizados pelos cursos, ao serem apropriados pelas comunidades indígenas do Alto Juruá, adquirem novos significados e funções nos contextos socioculturais em que são reinscritos. Mas, ao deslizarem pelas fronteiras da diferença cultural e terem o seu conteúdo semântico esvaziado, os conhecimentos e coisas apropriados dão origem a novas formas de saber sobre a gestação e o parto e a novos lugares de poder, como no caso do cargo de parteira instituído com o advento dos cursos. Assim, redefinidos e incorporados, eles são postos em circulação a serviço do dinamismo social indígena, transformando-se em símbolos de exterioridade que conferem prestígio local (ALBERT, 2002: 12).

Neste caso, o *kit*-parteira pode ser entendido como um símbolo das relações de poder estabelecidas com os brancos e, por isso, validam a posição daquelas que o possuem no âmbito das comunidades indígenas: as parteiras. Dessa forma, relações assimétricas e não equivalentes, interdependentes e complementares, internas à sociedade, são mantidas pela posse desigual dos poderes e dos objetos advindos da relação com o estrangeiro – o *nawa*.

O *kit* é a materialização dos conhecimentos adquiridos durante os cursos, representando emblemas carregados de prestígio social. Possuir os materiais do *kit* sinaliza que essa mulher está de posse de conhecimentos advindos do “mundo do branco”. Constitui um sinal de distinção e de prestígio ante os demais membros da comunidade, assim como aumenta o poder de agência da parteira, na medida em que ela está autorizada a acompanhar as gestantes e assistir os partos de sua aldeia, porque fez cursos. Como afirmou uma Kaxinawa: “Agora não é mais qualquer um que pode ‘pegar menino’. Tem uma pessoa capacitada para isso”. Portanto, mais do que um valor utilitário, os conhecimentos aprendidos e os *kits* recebidos legitimam a mulher que os possui a atuar como parteira.

Os discursos dos participantes indígenas das reuniões indicam que a própria organização do cuidado com a gestação e o parto e a prática do “pegar menino” entre os povos indígenas do Alto Juruá foram transformadas após a realização dos cursos de parteiras. Transformações marcadas pela apropriação dos conhecimentos e materiais do *kit*-parteira,¹³⁵

¹³⁵ “O fato de o material ser o ponto central das considerações dos participantes leva a pensar que seja esse o aspecto mais significativo para as mulheres e o que teve mais impacto em suas práticas” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 97).

mas, principalmente, pelo surgimento da parteira como um cargo a ser ocupado por mulheres que participaram ou que almejam participar desses cursos.

Dessa forma, os cursos, ao contribuir para criar o cargo de parteira, deslocaram do âmbito familiar e de parentesco uma parte dos cuidados com a gestação e o parto, concentrando nesta personagem o exercício de “uma prática que, tradicionalmente, estava difundida entre a população” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 95). Neste caso, emerge uma nova forma de entender os cuidados com a gestação e o parto, enquanto os papéis sociais desempenhados por aqueles que cuidam das grávidas e parturientes são redefinidos.

Entretanto estes mesmos enunciados indicam que, apesar de alguns desses conhecimentos e dos materiais do *kit* serem incorporados à prática do “pegar menino”, as mulheres não deixaram de operar com os saberes *incorporados* adquiridos ao longo de sua trajetória de assistência ao parto. Apropriar-se dos conhecimentos e das coisas advindos do mundo do branco não significa substituir aqueles com os quais se vinha operando nas comunidades; mas, sim, acumular diferentes saberes e recursos para transformá-los ao atribuir-lhes novos papéis e significados nos contextos socioculturais do qual agora eles fazem parte.¹³⁶ Assim, ao serem incorporados na assistência ao parto, os conhecimentos e os materiais disponibilizados pelos cursos também são indigenizados pelos povos indígenas do Alto Juruá e, ao serem colocados em prática, se tornam *incorporados*.

Se os cursos propiciaram a emergência da parteira tradicional indígena, eles fizeram isso por deterem o poder de nomear: aquelas mulheres que participam dos cursos, mesmo sem experiências em “pegar menino”, tornam-se parteiras. Como prova da aquisição deste novo *status* ela traz o *kit*-parteira e o certificado de participação no curso. Portanto, ser parteira, neste contexto, significa operar com os conhecimentos e com os materiais do branco. O poder de nomear dos cursos advém do fato de eles terem sido viabilizados a partir da relação estabelecida entre lideranças de mulheres indígenas, organizações não governamentais, nacionais e internacionais, e diferentes setores governamentais. Se os cursos detêm o poder de nomear e, ao fazê-lo, instituir realidades no âmbito das comunidades indígenas, é porque eles, apesar de não serem profissionalizantes, estão alinhados com os discursos oficiais dos

¹³⁶ “O pensamento ameríndio parece valorizar o acúmulo do conhecimento *incorporado*, uma forma corporal-subjetiva de acumulação, ao invés de uma acumulação de relações através de artefatos. Este ‘saber do corpo’ estabelece relações ancoradas numa subjetividade que se constrói a partir do estar e se saber relacionado” (LAGROU, 2007: 81).

organismos internacionais e das políticas públicas apresentadas nos capítulos iniciais desta tese.

Ao serem nomeadas como parteiras pelos cursos, essas mulheres se distinguem das demais integrantes da sua comunidade, principalmente daquelas que, ao possuírem experiência prática de “pegar menino”, não são denominadas parteiras. Ao que tudo indica, esse se torna um processo semelhante ao que aconteceu com a distinção adquirida pelas “parteiras diplomadas” perante as iletradas no processo histórico de profissionalização da assistência ao parto na sociedade ocidental, como se viu anteriormente. A particularidade aqui, talvez, se deva justamente ao recorte étnico, na medida em que se está trabalhando com povos indígenas: ter participado dos cursos e possuir o *kit* pode ser considerado como “uma evidência da relação com as instituições não indígenas” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 97).

Os efeitos e as consequências de oferecer cursos de capacitação para ‘parteiras’ indígenas não se limitam a uma ‘melhoria’ das condições sanitárias do parto indígena; acarretam também mudanças sociais, já que o atendimento do parto passa a ser prerrogativa de pessoas especializadas, e apontam para uma medicalização do parto, na medida em que se trata de suplantiar as práticas tradicionais pelas biomédicas, mesmo que seja por meio de agentes indígenas (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 98).

Até porque os conhecimentos e coisas do branco apropriados pelos indígenas não deixam de trazer algo da sua sociedade de origem. Isso porque esses cursos também falam sobre as intenções oficiais do Estado e da OMS de regulamentar o ofício das parteiras e de integrá-las aos serviços de saúde. Assim, os dispositivos de captura do outro também podem ser utilizados pelo próprio colonizador como um artifício para colonizar corpos e medicalizar as práticas e os praticantes indígenas que atuam na assistência ao parto, ao instituir um processo de profissionalização das parteiras. O poder colonizador não necessariamente é exercido pelos agentes coloniais de forma consciente, portanto, intencionalmente. Mesmo assim, ele não deixa de contribuir para concretizar o desejo colonial de ver os povos indígenas, socialmente subordinados na organização do Estado-Nação, reformados por um projeto cidadão de inclusão social.

Entretanto, mesmo tendo emergido a partir do advento dos cursos de capacitação de parteiras, a criação da “parteira própria” expressa a agência criativa desses povos ao instituir no âmbito de suas comunidades um “papel” especializado no acompanhamento das gestações

e da assistência aos partos.¹³⁷ Se por um lado a atuação dessa figura emergente está legitimada pelo fato de haver participado nos cursos; por outro, instituir um papel de “parteira tradicional” também representa uma forma de continuar tendo acesso aos conhecimentos, coisas, recursos e benefícios advindos do mundo do branco, de modo a controlar as relações estabelecidas com eles.

¹³⁷ O princípio da ação está no agente e depende dele: ao agir o agente se torna a causa da ocorrência de novas situações. Ao decidir como agir o agente está deliberando quanto ao que pode ser para ele objeto de ação. Mas, as ações, geralmente, possuem fins outros que a si mesmo. Neste caso, a agência remete as capacidades de ação do sujeito aos contextos práticos do mundo da vida (RICOEUR, 2006).

9 OS OUTROS CUIDADORES: AGÊNCIA, INTERMEDICALIDADE E GÊNERO

Os cuidados com a gestação e o parto não dizem respeito apenas ao universo feminino (parteiras, mães, irmãs, primas, gestantes e parturientes), mas requerem a participação dos homens – tanto dos que pertencem à família da grávida (pai, esposo, irmãos) quanto dos pajés e dos AIS – no desempenho de algumas ações importantes para garantir a saúde da grávida e da criança que está sendo forjada.

Os depoimentos dos participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde demonstram que cada aldeia do Alto Juruá possui uma forma própria de organizar a atenção às gestantes, parturientes e recém-nascidos. Nesta organização, são atribuídas a cada cuidador, sejam especialistas ou não, funções específicas e complementares nos cuidados com a gestação e o parto. Essas atribuições são exercidas de acordo com a posicionalidade de gênero ocupada por eles.

Os pajés e os AIS, geralmente homens, desempenham papéis importantes neste cuidado.¹³⁸ Porém, enquanto o cargo de agente de saúde é oficialmente instituído pelo Estado, o de pajé não é um cargo formal. A categoria discursiva pajé remete a uma ampla gama de especialistas – xamãs (LANGDON, 1996) –, que, ao exercerem práticas diversas, contribuem para a manutenção do bem-estar e da saúde da sua comunidade. Geralmente esta noção, que também emerge no contexto das relações interétnicas estabelecidas com o mundo dos brancos, é empregada pelos indígenas para, ao falarem de seus especialistas, se fazerem compreender pelos não indígenas.

De qualquer forma, a partir de agora, se verá como os papéis atribuídos aos pajés e AIS no cuidado com a gestação e o parto aparecem nos discursos proferidos pelos participantes das reuniões que ocorreram no Alto Juruá.

¹³⁸ “Algumas das mulheres mais velhas que participaram nas reuniões organizadas pelo presente projeto são consideradas também conhecedoras não apenas das técnicas relacionadas com o evento do parto, mas de práticas terapêuticas tradicionais, como o uso de ervas medicinais ou mesmo de técnicas xamânicas. Três das parteiras Kaxinawa definiram-se, por exemplo, como *dauya* e *këyuaki*, termos que designam pessoas que praticam formas específicas de xamanismo. O primeiro termo faz referência [...] ao especialista em ervas medicinais e mágicas, enquanto o segundo designa a pessoa que conhece o uso das rezas. [...] Igualmente, uma das mulheres Shanênawa, reconhecida como parteira, é também *tsibuya*, termo conferido a um tipo de pajé (literalmente ‘aquele que tem amargo’, que se caracteriza pela capacidade de incorporar espíritos (*yuxin*), que efetuam, por intermédio do corpo do xamã, a extração da doença através da sucção.” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 89).

9.1 A atribuição dos pajés no cuidado com a gestação e o parto

Sabe-se que o termo “pajé” é utilizado para se referir a uma multiplicidade de xamãs que atuam no contexto das aldeias indígenas tanto no que se refere aos seus diferentes pertencimentos étnicos quanto às diferenças entre especialistas existentes dentro de um mesmo povo indígena. Os depoimentos prestados pelos participantes das reuniões permitem entrever a diversidade de especialistas e a heterogeneidade das atribuições desempenhadas nos cuidados com a gestação e o parto por aqueles denominados pajés. Os pajés que participaram das reuniões no Alto Juruá, majoritariamente, pertencem às etnias Katukina e Kaxinawa. Na reunião de Campinas, somente pajés Katukina estiveram presentes, enquanto nos eventos do Caucho e da aldeia Morada Nova foram os pajés Kaxinawa que predominaram.

No caso Katukina, os pajés são chamados a intervir quando ocorre algum problema durante a gestação ou quando a mulher está com dificuldades em parir. Neste caso, ele usa rezas para curar a parturiente e fazer com que criança nasça.¹³⁹

Eu vou falar um pouquinho sobre o meu trabalho junto com essas parteiras que pegam criança. Eu não vou explicar melhor porque eu não sei português. Se a parteira vê que não dá pra ganhar neném naquela hora e momento, que já passou dias e dias sofrendo, elas me chamam pra trabalhar junto com elas. Ai eu vou fazer cura! Vou curar a mulher pra ela ganhar o neném logo. Eu conheço esse trabalho. Ai de repente elas ganham neném! [...] O nosso trabalho junto com parteira é rezar a mulher que vai ganhar neném. Não é todo o pajé também não! Tem pessoa que não sabe trabalhar pra ganhar o neném. Às vezes luta, luta até que a mulher ganha neném pelo pé, pela mão. Então por isso tem aquele pajé que é profissional mesmo pra trabalhar (PAJÉ KATUKINA).

O cuidado especializado prestado à gestação e ao parto é de responsabilidade dos pajés, cabendo a ele tratar os agravos que podem acometer a mulher, como, por exemplo, em caso de hemorragia. Nessas situações, as rezas também são utilizadas como recurso terapêutico para estancar o sangramento. Mas, para diagnosticar a doença e saber qual o método empregar, o pajé toma *uni* (ayahuasca).¹⁴⁰

¹³⁹ “Vários grupos pano localizados no Acre usam o termo português “rezar” para se referir a uma técnica terapêutica que consiste na entoação de um tipo específico de canto de cura de caráter esotérico e incompreensível para aqueles que não são iniciados nos conhecimentos xamânicos” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 53).

¹⁴⁰ Segundo Labate (2002), “a ayahuasca consiste geralmente na infusão do cipó *banisteriopsis caapi* e da folha *psychotria viridis*, à qual se podem acrescentar ainda diversas plantas”.

Ele tá colocando que quando a mulher ta grávida o pajé também acompanha e faz o trabalho dele. Quando a grávida tá sangrando ele reza. Sangramento tem reza; escorrimento também tem reza. [...] Se a mulher, com três, quatro meses de gravidez, tá sangrando ou com dor na barriga, ele faz reza pelo sangue. É algum espírito encostado na barriga dela que tá fazendo o sangramento. Ai o pajé reza, se ela ficar boa naquele dia não precisa ser encaminhada pro hospital. Ou se ela tiver com corrimento, o pajé reza e faz a cura na aldeia. Ele toma uni (ayahuasca) pra ver o que tem na barriga da mulher; pra descobrir qual o espírito que ta encostado nela. Se o pajé não ta conseguindo curar, ai ela tem que ser encaminhada pro hospital. Porque se pajé não ta conseguindo, o Agente de Saúde também não consegue. Assim que o pajé faz o seu trabalho aqui na aldeia (*sic*) (AIS KATUKINA TRADUZ A FALA DE UM PAJÉ).

Os depoimentos dos pajés Katukina procuram demarcar o seu campo de atuação junto às parteiras. Assim, eles enfatizam que não são todos os que sabem “trabalhar pra mulher ganhar neném”. Por outro lado, as falas dos Katukina também remetem à diversidade de “especialistas” englobados pela categoria pajé: além daqueles que rezam, existem os “sabedores das folhas” e os “curadores”.¹⁴¹

Se ocorrerem problemas com o recém-nascido, como, por exemplo, quando o umbigo que fica saltado devido ao fato de pai ter trabalhado com terçado ou machado logo após o parto, pessoas que “conhecem as folhas” são chamadas para preparar um banho para a criança.

Pode ser pajé, pode ser curador. E pode ter uma pessoa que só serve pra isso: que vai na mata e tira todas as folha e af dá banho na criança pra ela parar de chorar. Af se não resolver, procura o pajé pra rezar a criança. Mas, primeiramente ele tem que procurar a pessoa que sabe trabalhar na folha, pra dar banho com as folhas da mata (*sic*) (AIS KATUKINA).

Os pajés Katukina também orientam os casais sobre os alimentos que devem ser ingeridos durante a gestação para evitar complicações no momento do parto. Se as gestantes ou mesmo seus cônjuges comerem algo não recomendado durante esse período, o pajé deve ser informado para que possa neutralizar as influências deletérias que possam prejudicar o nascimento da criança. Para que a grávida não tenha problema na hora do parto, o pajé reza sobre a caçuma e dá para a mulher beber.

¹⁴¹ “Coffaci (2000: 128) chama atenção para a existência de um dualismo de xamãs entre os Katukina, que atribuem mais poder ao *romeya* [...] do que ao *rezador* (*shoitiya* ou *koshoiitiya*), porque o último não teria o poder de curar feitiço” (LAGROU, 2007: 376). Entre “[...] Katukina há xamãs que possuem atributos próximos aos do *mukaya*: ‘chama os espíritos quando quiser, tem uma substância mágica no corpo que pode se materializar na forma de objetos xamânicos, sabe mandar esta substância na forma de dardos invisíveis para vítimas e tem igualmente o poder de extrair estes objetos através da sucção dos corpos dos seus pacientes. O nome da substância amarga que foi introduzida no seu corpo pelos espíritos (*yuxin* ou *yové*) é *rome*: tabaco” (LAGROU, 2007: 387).

Bom, vou falar um pouco. Lá na nossa aldeia, de um mês pra frente de gravidez nós não comê tracajá, nem jacaré e nem jabuti. Nós não come! Se comer jacaré e jabuti o nosso pajé cura na caiçuma pra não ter problema na hora do parto. [...] É só nosso pajé mesmo que cura nós. E depois, a nossa dieta quando nós ganha, nós deixa de comer macaco: o pai da criança, a mãe, os irmãos da criança também não pode comer. O menino fica chorão. Se nós comer depois que nós ganha neném, se o menino fica chorão nosso pajé cura na caiçuma e dá pra criança beber, aí para de chorar. Só posso falar isso mesmo (*sic*) (KATUKINA DA ALDEIA SETE ESTRELA).

Entre os Yawanawa, o pajé também reza sobre a caiçuma e dá para a mulher durante a gravidez, para prevenir futuros problemas no parto. Além disso, na distribuição das tarefas de acordo com o gênero do cuidador, aos pajés cabe tirar as folhas na mata e entregá-las às parteiras, para que elas sejam preparadas e dadas à mulher na forma de beberagens, banhos ou massagens. O pajé também intervém logo após o parto, buscando folhas e preparando banhos para estimular o crescimento saudável da criança.

Já os Kaxinawa afirmaram ser atribuição dos pajés “tirar folha do mato” e preparar os remédios tradicionais não só para intervir sobre complicações que possam vir a ocorrer durante a gravidez ou no momento de dar à luz, mas também para preparar um parto rápido e sem dor, prevenir padecimentos, tanto durante a gestação quanto após o parto, e desenvolver certas habilidades nas crianças.

Então, ele tava falando dos cuidados com as grávidas. No primeiro mês, quando pára a menstruação, comunica pra ele. Ai ele já vai tirar o remédio pra dar banho e também pra tomar, pra que ela tenha um parto rápido. [...] Como outras pessoas falaram também, ele disse que a mulher grávida não pode comer tatu, nem jabuti, porque dá problema! A criança nasce com problema de cabeça e outras coisas. Sobre a dieta da saúde, ele faz o cozimento pras elas tomarem e cuida delas como pajé. Após a criança nascida, pra que ande mais rápido, ele também faz o remédio. É isso que ele falou (MONITORA TRADUZ A FALA DO PAJÉ).

Mas o pajé que trabalha com “medicina da mata” é um dos tipos de xamãs que existem entre os Kaxinawa. Há outros que também podem contribuir para o sucesso do empreendimento gestacional – a produção de uma nova pessoa indígena –, como, por exemplo, os chamados de “pajé espiritual” pelos participantes das reuniões. E mesmo entre estes existem vários tipos que são identificados, ao que parece, de acordo com os métodos e técnicas dominadas por ele.

Então, eu vou falar aqui como pajé, né? Eu tô me lembrando aqui se eu tô mentindo... Não sei se é verdade mesmo. Mas tem diferentes tipos de pajé: tem pajé só pra medicina da mata; tem pajé que é só mesmo pra curar; tem pajé que é só mesmo do cipó, aquele que tá chamando, concentrando, pra vê

como a gente tá; tem o pajé, como o parente fala, que chupa pra tirar a doença¹⁴². Então não é só um tipo de pajé que tem! Tem vários pajés! (PAJÉ KAXINAWA).

Ao que tudo indica, parece que esses diferentes tipos de pajés estão situados entre dois polos: os que “tiram folhas” e trabalham com os remédios da mata, os *dauya*; e os que trabalham com o espiritual, o *mukaya*.¹⁴³ Lagrou (2007) acredita que os *dauya* e os *mukaya* são polos representativos de dois métodos usados pelos Kaxinawa para lidar com o bem-estar e com os infortúnios,¹⁴⁴ mas que entre esses polos estaria situado um amplo espectro de especialistas, já que “as práticas relacionadas à cura são mais diluídas em uma preocupação com o bem-estar e o crescimento e menos cristalizadas em papéis e especializações fixas” (LAGROU, 2007: 368). Porém o fato de haver esses dois tipos de xamãs não quer dizer que haja uma oposição entre os tratamentos que eles realizam. Há doenças causadas por espíritos que também são tratadas com folhas do mato.¹⁴⁵

9.2 O papel dos agentes de saúde no cuidado com as grávidas

De acordo com os discursos veiculados durante as reuniões do Alto Juruá, as principais funções desempenhadas pelo AIS em suas comunidades são: encaminhamento e acompanhamento de pacientes aos serviços de saúde; monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças; acompanhamento das gestantes e dos demais “pacientes” que estão recebendo tratamento biomédico; fornecimento de primeiros socorros; apoio às atividades desenvolvidas pela EMSI nas comunidades; levantamento de dados referentes à saúde dos membros da comunidade; realização de visitas domiciliares e de palestras tratando

¹⁴² “Alguns grupos Pano afirmam nunca terem tido este tipo de xamãs ou *pajés* – como os yawanawa (PEREZ, 1999: 110), Yaminawa (TOWNSLEY, 1988; CALAVIA, 1995), Sharanahua (SISKIND, 1973A) e Cashibo (Frank, 1994; PEREZ, 1999: 114) – enquanto outros afirmam possuí-los como o *romeya* entre os Marubo (MELATTI, 1985) e o *Muraya* entre os *Shipibo* (ILLIUS, 1992), ou dizem que o conheciam no passado, como o *romeya* entre os Katukina (COFFACI, 2000) e o *mukaya* dos Kaxinawa” (LAGROU, 2007: 375-377).

¹⁴³ “O *dauya*, ‘aquele como remédio’, mata e cura através do uso das plantas, e o *mukaya*, ‘aquele com amargo’, cura e também pode matar com a ajuda dos *yuxin* (espíritos) através da substância amarga *muka* que traz dentro do corpo e que é a materialização do poder xamânico” (LAGROU, 2007: 367).

¹⁴⁴ “As reais pessoas que conheci se situam todas em algum lugar entre os dois (*mukaya* e *dauya*), mulheres e homens conhecem bastante bem as plantas medicinais e venenosas além dos *yuxin* [espíritos], sua onipresença fertilizante ou letal, e os modos de lidar com eles” (LAGROU, 2007: 370).

¹⁴⁵ “Quando uma criança chora muito de noite, entende-se que um *yuxin* está tentando levar sua alma, neste caso folhas são queimadas para afastar os *yuxin*; quando uma pessoa é pega pelos *yuxin*, será com plantas medicinais espremidas nos olhos que ela será trazida de volta à vida normal; e se os *yuxin* da caça vêm, não para roubar a alma, mas para transformar o corpo da vítima em um deles, será novamente com plantas que os humanos os combaterão” (LAGROU, 2007: 399).

sobre temas específicos relacionados à saúde (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b). Mas, no que concerne à atenção prestada à gestação e ao parto, o trabalho dos AIS se complexifica, inclusive, no que se refere à relação mantida com os demais cuidadores indígenas da saúde.

Um agente de saúde Katukina conta que, quando as mulheres estão grávidas, ele pergunta se elas estão se sentindo bem, se têm dor, corrimento, sangramento ou se estão com fraqueza. Se alguns desses sintomas forem identificados, o AIS ministra o “remédio da farmácia” que estiver à sua disposição. Se isso não resolver o problema, então, ele encaminha a mulher aos serviços de saúde e a acompanha durante as consultas, relatando ao profissional – médico ou enfermeira – o que ela está sentindo. No retorno da consulta, é ele quem “faz o tratamento” da gestante ao ministrar os medicamentos prescritos pelo médico. Com isso, ele conclui que, ao fazer o “pré-natal” da grávida, está acompanhando as gestantes da mesma forma que o branco. Esse ponto de vista, o de que o papel do AIS é o de acompanhar as grávidas “igual ao branco”, foi compartilhado por grande parte dos agentes de saúde que participaram das reuniões no Alto Juruá.

Entretanto a maioria dos participantes desses eventos esclareceu que o AIS não atua no momento do parto propriamente dito, devido ao fato de as parturientes se sentirem envergonhadas em frente de outros homens.¹⁴⁶ “O AIS lá da nossa aldeia não ajuda a fazer o parto. Ele ajuda no caso de injeção, de medir a pressão, medicamento que esteja precisando. É isso! Não é ajudar a parteira a fazer o parto. Entendeu? Porque a mulher não ia se sentir bem!” (PARTEIRA JAMINAWA-ARARA).

Os Katukina corroboram o ponto de vista dessa parteira, esclarecendo que ao AIS cabe atuar somente após o parto, fornecendo os medicamentos necessários, já que ele é conhecedor dos “remédios de farmácia”.

O agente de saúde mesmo, que trabalha com ‘remédio de farmácia’, só ajuda depois da mulher ganhar neném. Aí agente de saúde toma de conta, dá algum remédio, alguma pílula, alguma coisa. Agora, enquanto ela não ganhar neném, o trabalho é da parteira e do pajé. O pajé sabe trabalhar! Sabe como é! Ou então fica normal, ou então não. Ou então o menino vai nascer pela perna, ou pela mão e neném vai ficar de jeito. Por esse motivo, só parteira e pajé que trabalham. O agente de saúde toma de conta depois da mulher ganhar neném, com o remédio da farmácia mesmo. (PAJÉ KATUKINA)

¹⁴⁶ Os participantes das reuniões foram unânimes em afirmar a dificuldades dos AIS homens em tratar com os problemas íntimos de saúde vivenciados pelas mulheres de suas comunidades, inclusive pelo fato de estas relações geralmente estarem situadas no contexto comunitário do parentesco.

Contudo, mesmo sendo, aos olhos das suas comunidades, uma atribuição dos AIS administrar os “remédios de farmácia” aos pacientes, nem sempre os medicamentos básicos estão disponíveis.

A nossa preocupação é essa: falta medicamento básico. Isso é o que nós tamo precisando aqui pra trabalhar. Por que esses agentes de saúde antigo, precisam de medicamento básico, esse medicamento antiinflamatório. Eles precisam, porque já sabem aplicar no paciente. [...] A Funasa deixa pro agente de saúde só aqueles soro velho, aquele paracetamol. Só dois comprimido entrega pro agente de saúde trabalhar. Isso aí nós não trabalha nem uma semana, nem duas semanas. Acaba tudo! (*sic*) (AIS KATUKINA).

Esta situação encerra um paradoxo constitutivo da posição de entremeio – entre a comunidade indígena e os serviços de saúde não indígenas – ocupada pelo AIS. Se ele é quem detém o conhecimento acerca dos medicamentos, entendimento vigente entre aqueles que participaram dessas reuniões, por que a Funasa não disponibiliza os remédios necessários para ele tratar os seus “pacientes” nas aldeias? Essas reivindicações são importantes por evidenciarem o quanto o AIS, ao ser apropriado e indigenizado pelos povos indígenas do Alto Juruá, emerge nos múltiplos contextos comunitários em que atua como um especialista em “remédios da farmácia”.

Então a questão do medicamento é certa. Eu dou razão pra equipe também, porque nem todos nós entendemos de medicamento. O ponto que eu acho errado, é que tem AIS que entende e eles não dão. Porque jamais eu como agente, vou dar um medicamento pra um paciente se não estou entendendo pra que serve aquilo. Jamais mesmo! Então, eles têm essa desconfiança: dizem que só pode ser dado pelo enfermeiro ou pelo auxiliar; que o agente está lá só pra anotar quantos dias de febre, pra contar o que foi que aconteceu enquanto eles não vieram. Mas se a pessoa já passou mal e enterram, eles vêm só ouvir a mensagem, a novidade do que foi que aconteceu. E o medicamento lá no município!¹⁴⁷ [...] Hoje em dia tô ensinando o meu irmão sobre os medicamentos, a dosagem, pra que servem os horários. Então tudo isso eu ensino, pra o dia que eu sair ou que quiser pegar outro trabalho, eu tenho uma pessoa preparada que tem quase o mesmo conhecimento. Aí a pessoa não fica atrapalhada (AIS KAXINAWA).

9.3 Agentes de saúde, parteiras e pajés: interações possíveis

As relações de cooperação estabelecidas entre as parteiras e os AIS no cuidado com a gestação e o parto são recentes e se encontram em processo de construção. Essas relações passam a se desenvolver a partir do momento em que a parteira passa fazer parte do “conjunto

¹⁴⁷ Devido às dificuldades de acesso, à precariedade do transporte e às limitações de recursos humanos, a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena visitava as comunidades da TI Igarapé do Breu, até o ano de 2006, de duas ou três vezes ao ano. Essa situação é recorrente na maioria das comunidades indígenas do Alto Juruá. Para mais informações, ver Instituto Olhar Etnográfico, 2006a: 2006b.

de cargos dedicados a preservar a saúde das comunidades, ao lado dos AIS e dos AISAN” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 91).

Entretanto a cooperação entre AIS e parteiras pode assumir formas diferentes nos múltiplos contextos comunitários indígenas do Alto Juruá. No geral, o agente de saúde contribui com o trabalho da parteira, auxiliando-a a preencher os formulários com as informações relativas ao parto e ao recém-nascido; a realizar alguns exames na gestante, como auferir a pressão da grávida; a encaminhar as gestantes e as parturientes para os serviços de saúde quando necessário; a ler os materiais didático-pedagógicos distribuídos nos cursos, tais como o *Livro das Parteiras* (MS, 2000).

Um AIS Kaxinawa relata como em sua aldeia ele trabalha em parceria com a parteira no acompanhamento das gestantes, cabendo a ela fazer o “atendimento domiciliar” no momento de a mulher dar à luz. Em caso de problemas na gestação ou no parto, a decisão sobre tratar na aldeia ou encaminhar a grávida para os serviços de saúde é tomada em conjunto, mas a responsabilidade pelo encaminhamento é do AIS. Da mesma forma, é ele quem decide se o paciente deve ser encaminhado ao pajé para receber a “medicação tradicional”.

Eu como agente de saúde lá na minha aldeia faço uma parceria com a parteira: a parteira faz o atendimento no domicílio na hora do parto, mas durante toda gravidez da mulher eu to do lado da parteira acompanhando. A parteira pergunta as grávidas se elas tão bem. Se não está bem e depende de algum pré-natal, seja na aldeia, seja a ajuda do médico na cidade, a gente tem como responsabilidade remover as grávidas. Lá, na minha comunidade o agente de saúde, a parteira e os velhos que conhecem alguma medicina tradicional trabalham com educação e respeito. Só pode remover uma mulher pra maternidade ou pro posto de saúde pra fazer pré-natal, se a parteira e o agente de saúde tiver conhecimento. E não vir de qualquer jeito pra cidade. Vir por conta, de dizer assim: - ‘eu sou parteira e tenho toda a responsabilidade de levar a grávida pra cidade’. Isso aí lá na minha aldeia não acontece! [...] Hoje nós não temos mais de dizer assim: - ‘Não! O marido pode fazer o parto. Outra pessoa pode fazer!’ Porque a responsabilidade é da parteira e do agente de saúde. [...] E quando depende da pajelança, da nossa erva medicina, ela só pode ser utilizado com a autorização do agente de saúde e da parteira. Os velhos, as velhas que tem conhecimento, nunca vão chegar de qualquer jeito e dizer: - ‘bom, isso aqui ta acontecendo assim, eu vou fazer esse tipo de tratamento, eu vou ajudar nessa parte!’ Sempre ficam aguardando a decisão do Agente de Saúde e da parteira. O que não for do nosso conhecimento: - ‘bom, seu fulano, ta acontecendo isso, será que esse caso aqui nós podemos fazer essa medicação tradicional?’ – ‘Podemos sim!’ – ‘Então vamos lá!’ A pajelança fica a critério da gente lá na minha comunidade: da parteira e do agente de saúde.

Outro agente de saúde Kaxinawa também conta como ele atua em parceria com a parteira e o pajé da sua comunidade, na busca de soluções para as complicações enfrentadas durante a gestação e o parto das mulheres *Huni Kuin*. A parteira dessa comunidade mantém um vínculo de parentesco consanguíneo com o AIS – é sua mãe –, mas é apresentada por ele como sua auxiliar. O pajé é visto como um médico, especialista da tradição, acessado por eles somente em último caso.

Lá, o primeiro ponto que eu vejo é isso: o agente tá capacitado, pegou curso de formação, ele é formado. Então, no momento em que o agente tá formado, ele tem possibilidade de ensinar outra pessoa – o irmão, a irmã. Tá entendendo? Eu tenho uma auxiliar muito boa, só que ela não tá aqui, é a minha mãe que é parteira. [...] Então, eu tendo uma parteira na minha aldeia, maneira (*sic*) o trabalho pra gente, porque tem alguém pra tá trabalhando naquela área. [...] Então, a questão do pajé: nós lá utilizamos o pajé em último caso. Porque, eu não sei muita coisa, mas eu faço tudo que eu sei: eu rezo, dou remédio caseiro, dou da mata, dou os meus assopros, faço a minha cura. Se não deu, aí eu vou procurar o pajé. Por quê? Porque já vi que a minha força não deu pra curar. Se eu for pro pajé e ele não fazer cura, com certeza é algum tratamento prolongado, é uma operação, é uma coisa bem pesada. Então o pajé não fica todo o tempo e nem é todo o parto que ele acompanha, porque não é necessário. O pajé só se envolve quando a coisa é grande. O pajé é coisa séria, não é brincadeira mesmo não! O pajé está ali pra quando a pessoa está desesperada, não tem da onde tirar mais! Ele é o último recurso! O pajé é um médico, ele é muito importante. Tendo as três pessoas - o pajé, o agente de saúde e a parteira - a gente vai passando tipo os não índios: quando o médico daqui não dá jeito, eles mandam pra fora. Não é verdade? Até chegar a solução. Então a mesma coisa somos nós aqui. [...] Então, os pajés hoje em dia eles são os únicos que tem toda a tradição na cabeça! O pajé! Os outros estão aprendendo. Mas o pajé que é pajé, tipo assim, ele passou de grau já! Então primeiro vem ele, depois o agente de saúde que trabalha com a medicina da floresta e a medicina da farmácia. Então, é uma palavra por aqui (AIS KAXINAWA).

Esse AIS emprega todos os meios que conhece para tratar as doenças que acometem a sua comunidade: tanto as práticas chamadas tradicionais – remédios caseiros, rezas, assopros – quanto os “remédios de farmácia”.

O agente de saúde reza, faz todo o trabalho e se não der certo, aí que vai pro pajé. E depois do pajé, depois que a mulher ganha neném, aí o agente de saúde se tiver um remédio, uma amoxicilina, essas coisas assim pra inflamatório, ele usa. Então, ele contribui nessa parte aí. Se a mulher tá se sentindo mal ainda, porque às vezes ela ganha e fica com hemorragia, aí a pessoa vai lá e dá uma rezada. Seja o pajé ou outro [...] Por que tem pessoa que sabe rezar, mas não é pajé. Então, o agente de saúde não tem um acompanhamento certo, do começo ao final. Mas no momento que a parteira tem dificuldade, ela faz parceira com o agente de saúde. Só envolve os dois no povo Kaxinawa. [...] O pajé acompanha na hora da necessidade, quando o neném vai nascer. Entendeu como é que é? (AIS KAXINAWA).

Em algumas aldeias onde não há pajé, jovens estão estudando com os mais velhos sobre as “ervas medicina”. Em alguns casos eles são AIS que, apesar de serem jovens, são procurados pelas pessoas por possuírem conhecimentos relativos à “medicina da mata”.

Lá na minha aldeia não tem pajé, mas tem o nosso agente de saúde que conhece um pouco da medicina. Se os parentes o procuram, ele ajuda. Aqui no nosso grupo, não tem parteira mesmo; tem pessoas que pegam criança. [...] Também não tem pajé dentro da nossa comunidade, mas as pessoas tão aprendendo! Elas são novas, mas já têm um pouco de conhecimento.¹⁴⁸

Contudo não são apenas os agentes de saúde Kaxinawa que articulam os conhecimentos advindos do mundo do branco às práticas tradicionais de cuidado com a saúde. Entre os Katukina também se encontra um agente de saúde que diz trabalhar “tipo pajé” quando não consegue resolver o problema de saúde da pessoa com os “medicamentos da farmácia”. “Só que eu não sou pajé, sou agente de saúde, mas trabalho assim tipo um pajé! Quando o medicamento não tá conseguindo controlar, eu trabalho como pajé. Eu já curei várias pessoas, desde que tô trabalhando com essa experiência de cura” (*sic*) (AIS KATUKINA).

De qualquer forma, os depoimentos dos Katukina e dos Kaxinawa indicam que os itinerários terapêuticos percorridos em casos de doenças, pelo menos em termos ideais, seguem o seguinte sentido: primeiro as pessoas buscam resolver o problema de saúde no interior do grupo familiar. Se não encontram solução, recorrem ao AIS, que tentará tratar o caso com os recursos que tem a mão – sejam os “remédios da farmácia”, sejam os “remédios da mata” ou outras técnicas tradicionais. Se a solução não for alcançada pelo tratamento ministrado pelo agente de saúde, então, o doente será conduzido por ele para o pajé ou para os serviços de saúde. Ao passar pelo agente de saúde, o doente adquire o *status* de “paciente”, incluindo as grávidas, como expressam os discursos dos AIS que participaram das reuniões. O pajé aparece como o último recurso terapêutico dentro da aldeia, a quem se recorre em caso de necessidade. Se depois que tiver passado por todas essas instâncias, a pessoa não for curada, então, ela é encaminhada para a cidade: aos AIS cabe a função de encaminhá-la aos serviços de saúde.

¹⁴⁸ Para as antropólogas da equipe do Projeto Acre, esse interesse dos mais jovens pelo conhecimento dos mais velhos sobre as plantas e as práticas xamânicas se deve à intensificação do fenômeno de revitalização cultural vivenciado por alguns povos indígenas do Acre (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 85).

9.4 O AIS como agente intermédico de cuidados com a saúde

O cargo de agente indígena de saúde foi criado no contexto das relações interétnicas estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado-Nação no campo da saúde indígena. Apesar de ser uma posição oficialmente instituída pelo Estado,¹⁴⁹ há diferença das posições não formais ocupadas pelas parteiras e pajés no cuidado com a saúde, o cargo de AIS também é apropriado pelas aldeias indígenas do Alto Juruá de distintas formas. Isso faz com que ele assuma funções e significados particulares nos múltiplos contextos comunitários em que atua. Dessa forma, o papel do AIS, ao ser indigenizado, também surge nos discursos indígenas como emergente.

Os depoimentos indígenas prestados durante as Reuniões de Parteira, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde revelam que o papel dos AIS no contexto dos cuidados com a gestação e o parto sofre variações dentro de cada uma das comunidades indígenas do Alto Juruá. A posição que ele ocupa na relação com os demais cuidadores da saúde da comunidade também muda. Em algumas situações ele está subordinado aos pajés e até mesmo às parteiras, chegando a ser aprendiz de pajé, como no caso dos Katukina da aldeia Sete Estrelas; em outras, as parteiras e até mesmo os pajés estão subordinados às decisões do AIS, como em aldeias da TI Kaxinawa do Carapanã. Ainda em outras, o AIS mantém relações de cooperação no cuidado com a saúde apenas com o pajés, não atuando nos cuidados com a gestação e o parto por ser este um âmbito de atuação feminino, como no caso de algumas aldeias da TI Katukina de Campinas. Em outros contextos ele atua como um articulador entre os diferentes cuidadores da saúde da comunidade, ora subordinando as parteiras e os pajés ao seu poder, ora se subordinando a eles, como no caso da comunidade Kaxinawa do Breu.

Em algumas situações, o agente de saúde realiza apenas os procedimentos delegados a ele pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena da qual ele faz parte. Já em outras ele combina os procedimentos biomédicos às técnicas e recursos terapêuticos tradicionais ou

¹⁴⁹ De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI, 2002), a formação e capacitação dos AIS é uma forma estratégica dos povos indígenas se apropriarem dos “conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (PNASI, 2002: 15). O documento *Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde*: módulo introdutório, define como atribuição dos AIS a realização de ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças e agravos, por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de atenção primária à saúde, sob a supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores/supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários. Além disso, o AIS deve apoiar as equipes de saúde na adequação das suas intervenções à realidade sociocultural indígena, atuando como uma espécie de intermediador ou tradutor entre as comunidades e os profissionais de saúde (FUNASA, 2005: 10-14).

ainda aplica os conhecimentos sobre as ervas medicinais aprendidos com os mais velhos em sua prática de agente de saúde. Por fim, ainda há AIS que trabalham “tipo pajé” e outros que são pajés.

Então, eu vou falar aqui um pouco sobre a parteira. Esse negócio de parteira é complicado na nossa língua. Como o parente ali contou, também a velhinha contou ali também: tão misturando *nawa* e nós, pra *nawa* entender e nós entender. Por exemplo, faz mal comer tatu que morre dentro do buraco, faz mal comer codó, faz mal comer poraquê, pra não sofrer de dor. Então, esse negócio é assim na nossa cultura, é isso aí que eu posso informar pra vocês. Por que se come poraquê quando ta grávida, a criança fica tremendo, dá aquele frioso. [...] Lá da minha comunidade o pessoal me colocaram para mim (*sic*) me apresentar de pajé, mas eu trabalho como AIS também. Eu posso esclarecer esse estudo da ciência das parteiras que estão aqui. Vocês vão me desculpando, porque o que eu tinha pra dizer é isso (KAXINAWA).

O domínio de técnicas terapêuticas como a reza não é uma atribuição apenas dos pajés. Em uma comunidade, existem muitas pessoas que sabem rezar e nem por isso são consideradas pajés. Além das parteiras que empregam rezas na assistência ao parto (Jaminawa-Arara), um AIS Kaxinawa diz que, ao atender seus pacientes reza, assopra e usa “remédios do mato”. O mesmo princípio postulado por ele para a atuação das parteiras também se aplica ao seu trabalho: usar tanto a forma não indígena quanto a indígena. Em sua ação ele combina procedimentos e práticas advindos desses dois horizontes socioculturais distintos; e no seu discurso ele estabelece distinções claras, caracterizando algumas práticas como indígenas e outras como dos brancos. Evidentemente, isso é feito a partir do seu próprio entendimento indígena do que são esses procedimentos e práticas do branco, o que significa que, em seu discurso, eles aparecem indigenizados.

Mas, se existem uma grande variação entre os arranjos organizacionais e hierárquicos na divisão do trabalho entre os diferentes cuidadores da saúde em cada aldeia e uma diversidade de práticas exercidas pelos AIS em cada um destes contextos, os papéis desempenhados por estes também compartilham características comuns: os agentes de saúde irrompem nos contextos comunitários indígenas do Alto Juruá como conhecedores dos “remédios da farmácia” – uma das representações simbólicas dos indígenas sobre a “medicina do branco”.

Também é consenso entre os participantes dessas reuniões que cabe aos AIS o encaminhamento dos pacientes aos serviços de saúde localizados na cidade. São eles os responsáveis por encaminhar as gestantes tanto para realizarem as consultas e os exames de

pré-natal quanto para serem atendidas em casos que ocorre algum problema durante a gestação ou mesmo no decorrer do parto, quando a mulher precisa recorrer aos serviços hospitalares para dar à luz. O poder de encaminhar, logo, de estabelecer pontes entre o universo das aldeias e os serviços de saúde, advém da relação que o AIS mantém com o “mundo dos brancos”, inclusive, por ser uma das suas funções, formalmente estabelecida, intermediar a relação entre as comunidades indígenas e os profissionais de saúde.

Em algumas situações, como no caso da TI do Carapanã, o poder de encaminhamento dos AIS se sobrepõe à agência exercida pelas parteiras e pelos pajés quando diagnosticam, prescrevem terapias e ministram tratamentos. Eles até podem fazer isso, mas somente se o agente de saúde houver encaminhado o paciente e concordar com o tratamento indicado. Dessa forma, o poder adquirido pelos AIS na relação com o mundo externo é deslocado para alguns dos contextos internos às comunidades. Agora o AIS não só tem o poder de encaminhar os pacientes apenas para os serviços de saúde, mas também de encaminhá-los aos pajés, além de monitorar o trabalho das parteiras.

De fato essa realidade é diferente em cada uma das comunidades do Alto Juruá, como já foi dito anteriormente. Entretanto, o que emerge nestas falas como universal é que, ao instituir o AIS como interlocutor legítimo dos serviços de saúde nessa região, os pajés e as parteiras são desautorizados pelo sistema oficial de saúde a fazerem os encaminhamentos dos doentes aos serviços de saúde quando considerarem necessário. Neste caso, tanto as parteiras quanto os pajés foram subordinados aos AIS. Esse processo inverte a lógica hierárquica na qual se pauta a organização do cuidado nas comunidades indígenas, como foi exposto por alguns participantes das reuniões ao afirmarem que os pajés são os “médicos” da aldeia.

Entretanto o poder de encaminhamento do AIS não se deve apenas às relações formais mantidas com os serviços de saúde. Ele também advém de uma de suas habilidades adquiridas, justamente, devido à posição de gênero que ocupa: são os homens que, além de serem os responsáveis pelas negociações estabelecidas com o mundo externo à aldeia, também pilotam os barcos da comunidade, veículo nos quais os pacientes são deslocados até a cidade. Portanto, no conjunto de cuidadores envolvidos nos cuidados com a gestação e o parto, cabe ao AIS a tarefa de realizar a ligação entre o mundo indígena da aldeia e o mundo dos *nawa* – a cidade, percorrendo os rios dessa região, que ligam um universo ao outro. Assim, seu lugar de atuação se localiza no espaço fronteiriço existente nas relações interétnicas mantidas entre os povos indígenas do Alto Juruá e o sistema oficial de saúde.

Mas ao AIS está vedada a participação nos eventos de parto que acontecem em suas aldeias, sendo reservada às mulheres essa tarefa. O AIS pode até participar de um parto, porém somente se a mulher que está dando à luz for sua esposa. Neste caso, a identidade predominante é a de esposo e pai da criança que está nascendo, e não a de agente de saúde propriamente dita. O acesso do AIS à intimidade das gestantes é restrito pelo sentimento de vergonha que as mulheres nutrem para com homens que não fazem parte do seu círculo familiar mais próximo. Dessa forma, a posição de gênero coloca limites à possibilidade de atuação de cada um dos cuidadores comunitários da saúde indígena.

De qualquer forma, nos discursos veiculados pelos participantes das reuniões no Alto Juruá, os AIS aparecem como agentes que recriam sua prática de maneira impressionante: ensinam seus irmãos sobre os “remédios da farmácia”; atribuem a sua mãe parteira o papel de auxiliar; trabalham com o cônjuge, instituindo-o como seu substituto – sua “segunda pessoa”; tratam os pacientes com práticas tradicionais e administram “remédios da farmácia”; e decidem se devem encaminhar os doentes para o pajé ou para o posto de saúde.

Esses discursos falam das articulações entre conhecimentos e práticas de saúde provenientes de distintos horizontes de tradição sociomédica – a indígena e a biomédica – realizadas pelos povos indígenas do Alto Juruá. Esse processo faz emergir novas formas socioculturais de fazer saúde e de organizar os cuidados com a gestação e o parto, que assumem uma configuração intermédica.

Ao incorporar os conhecimentos, as coisas e os procedimentos do branco – aprendidos durante os cursos de capacitação (seja de parteira, seja de AIS), ou mesmo nas interações com os serviços e profissionais de saúde não indígenas –, combinando-os com os saberes, recursos e técnicas já usados no cuidado com o bem-estar e a saúde dos membros de suas comunidades, os cuidadores indígenas – AIS, parteiras e pajés – desempenham papel importante no processo de emergência destes novos arranjos intermédicos. Assim, eles transformam os seus conhecimentos e suas práticas de modo a atualizá-los, ao mesmo tempo em que reforçam a validade social deles nos múltiplos contextos comunitários em que atuam.

Por outro lado, como se viu, a aprendizagem entre os povos Pano, à semelhança do que acontece entre os Kaxinawa, ocorre no campo da observação e da experiência prática. O processo de construção dos corpos está associado à aquisição de conhecimentos e habilidades que as pessoas deverão apreender para serem adultos plenos. Os conhecimentos apreendidos neste processo são inscritos nos corpos, tornando-se *incorporados* (MCCALLUM, 1999;

LAGROU, 2007). Porém tais conhecimentos se consolidam na medida em que a pessoa os colocam em prática, demonstrando domínio sobre eles ao colocá-los a serviço da produção de “efeitos desejáveis no mundo”, como, por exemplo, a construção de um novo ser que começa a ser forjado durante a gestação.

Dessa forma, conhecimento e agência estão intimamente conectados, sendo ambos aspectos constitutivos da pessoa, porquanto inscritos em seu corpo – corpo este que é tanto produto da agência exercida por outros quanto agente na produção de outros corpos indígenas. Nestes, os conhecimentos e as agências colocadas em prática nos cuidados com a gestação e o parto também são considerados aqui como *incorporados*.

Se assim for, então os conhecimentos, as coisas e as condutas do branco, apropriados e indigenizados pelos povos indígenas do Alto Juruá, mesmo que provenientes do estrangeiro, se consolidam ao serem colocados em prática pelos cuidadores indígenas – no caso aqui considerados, principalmente, os AIS e as parteiras –, tornando-se assim um saber *incorporado*, porque prático e inscrito no corpo.¹⁵⁰

Os agentes de saúde incorporam em sua prática e em seus próprios corpos os conhecimentos, as coisas e as condutas aprendidas nas relações mantidas com os representantes do modelo médico hegemônico. Em sua atuação, esses diferentes tipos de conhecimentos, indígenas e não indígenas, são acomodados de diversas maneiras, resultando em um processo contínuo de recriação dos saberes práticos que informam a sua atuação. Da mesma forma, as parteiras, ao atuarem em um campo configurado pelas relações de intermedialidade, também se apropriam e incorporam os conhecimentos e coisas veiculados pelos cursos de parteiras, na assistência prestada às gestantes, parturientes e recém-nascidos indígenas. Assim, a apropriação dos conhecimentos, coisas e condutas do branco se concretiza quando esses cuidadores, ao os mesclarem com os saberes e as práticas indígenas de saúde, desenvolvem um domínio corporal sobre eles.

¹⁵⁰ O aprendizado dos procedimentos de higiene e do manuseio de determinados materiais do *kit* parteira durante os cursos de parteiras, por exemplo, requer a adoção de condutas e o desenvolvimento de habilidades corporais específicas para operacionalizá-los: agora é preciso lavar as mãos e escovar as unhas ou então aprender a usar luvas de modo a evitar que o recém-nascido escorregue das mãos daquela que o está pegando; é necessário aprender a esterilizar e manusear a tesoura para cortar o cordão umbilical; assim como a aprender a utilizar o *pinard* para auscultar o coração do feto. Da mesma forma os conhecimentos e procedimentos aprendidos pelos AIS durante os cursos de capacitação.

Desse modo, ao operacionalizar os conhecimentos dos *nawa* em sua prática, já orientada pelos saberes previamente inscritos em seus corpos em experiências vividas por eles, as parteiras e os AIS também os tornam *encorporados* adquirindo, assim, atributos intermédicos. A intermedicalidade aqui, além de configurar o contexto de atuação desses cuidadores, também se inscreve em seus corpos e se manifesta em sua prática, quando o saber-fazer relativo à saúde é aplicado.

9.5 Agência e atribuições de gênero nos cuidados com a gestação e o parto

Os cuidados com a gestação e o parto não dizem respeito somente à gestante e à mulher que, porventura, venha a auxiliá-la no momento de dar à luz – a mãe ou a parteira –, mas também envolvem homens. Além dos pajés e dos AIS que prestam cuidados às gestantes e às parturientes, os cônjuges desempenham um papel fundamental para o sucesso do empreendimento gestacional tanto pelo fato de ser ele o responsável pela alimentação da grávida quanto por contribuir com uma das substâncias vitais (o sêmen) para a produção de um novo ser.

Entre as comunidades indígenas que foram representadas nas reuniões do Alto Juruá, a distribuição da agência, um fenômeno instituído pela organização sociocultural de cada sociedade, está marcada pelo gênero das pessoas que, por sua vez, informa as atribuições e responsabilidades assumidas por elas no cuidado com a gestação e o parto.¹⁵¹ Todas as pessoas que participam desse processo exercitam a sua agência a partir das diferentes posições em que estão situadas. Isso faz com que sua inserção no processo de gestação e parto ocorra de diferentes formas e instaure distintas modalidades de agência.

O papel de cada pessoa envolvida no cuidado com gestantes, parturientes e recém-nascidos, entre eles as parteiras, pajés e AIS, é limitado pelo papel desempenhado pelo outro que também participa desse processo. Portanto, o exercício das agências requer uma constante negociação entre os concernidos, na medida em que o sujeito só pode agir a partir da posição que ocupa na rede de relações sociais na qual ele está situado. Os discursos proferidos durante as reuniões do Alto Juruá falam do caráter relacional da agência: as pessoas agem tendo outras em mente, dentro do campo de possibilidades de ações estabelecidas pelas posições

¹⁵¹ O “trabalho cultural envolvido na construção e distribuição da agência [faz] parte do processo que cria pessoas apropriadamente definidas em termos de gênero e, assim, entre outras coisas, diferencialmente empoderadas” (ORTNER, 2006: 58-59).

engendradas por elas ocupadas.¹⁵² “A mulher enquanto mulher, agindo com outro em mente, age também de uma posição que é sua. [...] Há posições a partir das quais as pessoas agem.” (STRATHERN, 2006: 414-415).

A posição ocupada pelo agente o inscreve em um contexto de relações múltiplas, o que faz com que ele se mova de uma posição a outra e, a cada ação, ative um tipo de relação específica, revelando as suas múltiplas capacidades. Se for focada a agência da gestante indígena se verá que ela ativa diferentes relações durante a gravidez: com o seu cônjuge; com sua mãe ou com a parteira que a assistem no momento do parto; com os pajés e os AIS quando a eles precisa recorrer. Neste caso, uma mesma pessoa pode ocupar diferentes posições e, ao fazê-lo, acessar outro conjunto de relações. Isso foi evidenciado inclusive no decorrer das reuniões. Em algumas situações, homens, às vezes, se pronunciavam ora como AIS, ora como pajé, ora como marido; da mesma forma as mulheres – ora falavam como parteiras, ora como mães, ora como esposas.¹⁵³

O corpo é lugar em que as distinções de gênero são inscritas. Essas distinções operam como um dispositivo organizacional das próprias relações, na medida em que permitem classificar as pessoas como mulheres e homens. Para agir de determinada maneira a pessoa deve estar habilitada pela sua identidade de gênero. Se assim for, a própria ação é engendrada.

O comportamento das pessoas revela necessariamente tanto a sua própria condição quanto a de outros: o comportamento é marcado por gênero. [...] São, portanto, os atos das pessoas que estabelecem o gênero do comportamento, tornando aparente a condição de seus próprios corpos/mentes, assim como a dos outros (STRATHERN, 2006: 433-434).

A delimitação entre as áreas de ação masculinas e femininas cria uma diferença de valor entre tipos de ação apropriada a cada agente. Existem ações que têm a ver com homens, e outras com as mulheres, o que constitui uma fronteira ideacional que delimita a própria

¹⁵² Para Strathern, o agente é no pivô das relações sociais, na medida em que ele age “a partir de seu próprio ponto de vista, [mas] tendo em mente um outrem” (2006: 398-399). Essa autora tece uma distinção, no livro *O gênero da dádiva*, entre agente e pessoa. Entretanto, essa distinção não é adotada aqui, devido à natureza dos dados (discursos) com os quais estamos operando.

¹⁵³ Entre os povos melanésios, a maternidade se constitui em uma situação que ativa inúmeras relações, revelando o caráter relacional da agência: “As mulheres fornecem evidência de sua própria capacidade de ação, assim como da capacidade das outras, através do evento do parto e da singularidade constitutiva de seus próprios corpos. [...] O ato de dar à luz é encarado como um evento histórico particular. As relações aparecem meramente como causas desse evento. Elas estão sempre presentes, mas o que dá ao evento o seu caráter singular é quão bem ou de que maneira uma relação particular é levada a ‘aparecer’ nessa ocasião” (STRATHERN, 2006: 406).

possibilidade de ação dos agentes (STRATHERN, 2006) dentro de um mesmo tipo de atividade ou processo. Este é o caso, por exemplo, dos cuidados prestados à gestação o ao parto entre os povos indígenas do Alto Juruá.

Como se viu, as atribuições de homens são diferentes das desempenhadas pelas mulheres nos cuidados com as gestantes, parturientes e recém-nascidos das comunidades indígenas que estiveram representadas nas reuniões. Há ações específicas dos homens; e outras específicas das mulheres. Se à parteira cabe “pegar o menino” que está nascendo; o AIS possui a habilidade de pilotar os barcos para encaminhar as mulheres aos serviços de saúde quanto necessário. Porém, se aos homens, no geral, está vedada a participação no momento do parto, ao esposo essa participação é possível e até mesmo desejável em alguns casos.

Os discursos dos participantes das reuniões que ocorreram no Alto Juruá revelam como as interações ocorrem, na medida em que elas estão informadas pela atuação engendradora de diferentes tipos de agentes: desde a gestante e seu esposo até as parteiras, pajés e AIS. Cada um desempenhando atribuições e responsabilidades específicas que lhes cabem segundo a posição que ocupam na organização comunitária do cuidado à saúde. A possibilidade de agir de tal maneira ou de outra está dada pela posição de gênero daquele que age. É ele quem demarca diferentes tipos de agência.

À mulher cabe gestar e parir e, nesse processo, decidir a quem comunicar sobre a sua gravidez¹⁵⁴ e quais os cuidados que observará enquanto estiver grávida (dietas, remédios tradicionais, condutas). Além disso, cabe a ela decidir, no exercício de sua agência, qual o tipo e a posição do parto e a quem recorrer para auxiliá-la no momento de dar à luz: a parteira da comunidade ou os serviços de saúde. Mas também ela pode contar com a ajuda de sua mãe, de seu esposo, de outras parentas ou mesmo optar por ter sua criança sozinha – na mata, na roça ou em casa. Isso não quer dizer que outras pessoas que pertencem à sua rede de relações não exerçam influência sobre a sua decisão. Entretanto cabe a ela dar a palavra final quanto ao modo de fazer nascer o seu filho(a). É a gestante que, em última instância, possui poder para decidir sobre o seu corpo e detém a capacidade para intervir sobre os eventos que nele ocorre. No caso Kaxinawa, a capacidade de decisão da gestante advém do fato de seus conhecimentos

¹⁵⁴ De acordo com os participantes das reuniões, geralmente, as mulheres não comentam que estão grávidas. Com isso, as pessoas só ficam sabendo do seu estado quando as transformações corporais ficam visíveis ao olhar.

acerca do gestar e do parir serem parte constitutiva da própria pessoa, estando inscritos em seu corpo. Esse saber-fazer *incorporado* é compartilhado por aquelas mulheres que vivenciaram essa experiência prática.

Gestar, no sentido de preparar em seu útero uma nova pessoa e trazê-la ao mundo através do ato de parir, constitui uma atividade eminentemente feminina. O parto também enquanto ato cabe apenas às mulheres. Entretanto a relação estabelecida entre marido e mulher é fundamental no processo de produção dessa nova pessoa durante a gestação e também no evento do parto. O esposo partilha com a sua mulher grávida a necessidade de observar determinadas dietas alimentares e manter certas condutas para que o empreendimento gestacional tenha sucesso, e o recém-nascido nasça com saúde, até porque ele possui um papel importante na formação do feto no contexto das relações de substancialidades estabelecidas com a esposa. Cabe ao marido também, conforme os depoimentos dos participantes das reuniões, alimentar a gestante durante a gestação, fornecendo, por meio da caça e da pesca, os alimentos adequados a sua dieta.

Portanto, entre os povos indígenas que estavam representados nas reuniões, também a mulher não é considerada como o único agente no processo de gestar e parir. Dessa forma, as crianças são um constructo sociocultural resultado das interações de vários outros. Isso porque “as mulheres produzem como um ato social e, portanto, também em virtude dos esforços dos homens nessa matéria” (STRATHERN, 2006: 456-457).

A partir dos discursos dos participantes das reuniões, percebe-se o quanto essas modalidades de agências são interdependentes e complementares, sendo fundamentais para garantir o sucesso do empreendimento gestacional entre os povos indígenas do Alto Juruá. De forma sintética, foram mencionadas algumas das atribuições desempenhadas pelos agentes envolvidos no processo de gestação e parto, de acordo com a identidade de gênero de cada um. Em resumo:

- Ao esposo cabe alimentar a gestante, cumprir as dietas prescritas e contribuir com as substâncias necessárias para a formação do feto; chamar ajuda em caso de complicação na gestação ou no parto; e auxiliá-la no momento do parto.
- A parteira tem como função assistir os partos quando chamadas. Depois dos cursos de aperfeiçoamento, algumas delas passaram a acompanhar a gestação das mulheres de suas comunidades.

- Os pajés, entre os Kaxinawa e os Katukina, são chamados a intervir quando há alguma complicação na gestação e no parto. Também agem para prevenir doenças na mulher e no recém-nascido e para promover o desenvolvimento de certas características e habilidades na criança.
- Aos AIS cabe monitorar e informar as equipes de saúde a situação da grávida; prescrever “remédios da farmácia” ou fazer outros tipos de tratamento quando preciso; encaminhá-las para os serviços de saúde quando necessário. Uma de suas habilidades é pilotar os barcos para deslocar a gestante para a cidade. Dessa forma, eles continuam a exercer uma atribuição tipicamente masculina – a de articulador com o mundo dos brancos. Não auxiliam na hora do parto, porque as mulheres sentem vergonha de revelar sua intimidade para homens que não fazem parte do seu núcleo familiar mais próximo.

10 DIETAS, FOLHAS E REZAS: A EMERGÊNCIA DO PRÉ-NATAL TRADICIONAL

Como se pôde perceber a partir das falas dos participantes das reuniões de parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde, grande parte dos saberes e das práticas relativas aos cuidados com a gestação e o parto são difusos e compartilhados pelos integrantes de uma dada comunidade indígena. Esses cuidados, predominantemente, são de responsabilidade da família e dos parentes mais próximos da gestante. A atuação dos outros cuidadores – parteiras, pajés ou AIS – vem a se somar aos procedimentos e condutas já realizados no âmbito familiar.

Existe um amplo e complexo conjunto de condutas, técnicas e recursos utilizados nos cuidados com a gestação e o parto que pode ser compreendido como práticas de autoatenção (MENENDEZ, 2003). Essas práticas contribuem não só para garantir uma gestação tranquila e um bom parto, no sentido estrito, mas também fazem parte dos processos socioculturais de produção de corpos e de pessoas aparentadas. A possibilidade de executar essas práticas, por sua vez, é dada pela posição de gênero ocupada pelo cuidador indígena: enquanto umas são de domínio exclusivo das mulheres, outras devem ser realizadas somente por homens que ocupam determinadas posições na rede de relações da gestante. A maioria dos participantes das reuniões do Alto Juruá traduziu esse conjunto de práticas com a categoria discursiva de “pré-natal tradicional” ou “pré-natal indígena”.

Entre os cuidados com a gestação e o parto, mencionados pelos participantes desses eventos comunicativos, estão as dietas alimentares a serem observadas pela gestante e seu cônjuge, às vezes, por toda a sua família; o uso de “folhas” e de remédios da mata para preparar um bom parto e desenvolver certas habilidades nas crianças; as rezas empregadas para intervir sobre as possíveis complicações que possam ocorrer nesse processo. Enquanto alguns destes cuidados são realizados pelas próprias gestantes e seus familiares – dietas, condutas e emoções – sem a necessidade de se recorrer à intervenção especializada, outros cuidados apenas podem ser ministrados pelos pajés ou pelas parteiras.

10.1 As práticas de autoatenção: dietas, condutas e remédios do mato

Antes ninguém tinha o pré-natal. Por que a gente não tinha o pré-natal? Porque nós mesmo quando estamos grávidas sabemos cuidar na nossa gravidez. As nossas próprias mães procuravam saber se nós tava grávida e

com quantos meses. Então, se você não se cuidou por você mesmo, você diz pra sua mãe e a ela vai tentar tirar aquela criança do local pra não ficar pregada. Aí quando ta com dois meses a tua barriga já vai logo crescendo. Então, é essa a nossa prevenção e os nossos cuidados com a pessoa que ta grávida. Então, se a mãe não ajeitou e a criança tá de travessa, tá de mal jeito, nós mesmo temos como prevenir, cuidar, ajeitar o bebê pra ele nascer normal, né? Então essa que é a nossa orientação pras grávidas do povo *Huni Kuin* (*sic*) (PARTEIRA KAXINAWA).

Os povos indígenas representados nas reuniões que ocorreram no Alto Jurúá realizam uma série de práticas de autoatenção durante a gravidez. Entre os Katukina, uma das práticas amplamente utilizadas pelas mulheres é a aplicação do *kampô* (*phyllomedusa bicolor*),¹⁵⁵ usada para ajudar a diminuir os enjôos, o cansaço, a fraqueza e a preguiça,¹⁵⁶ ao mesmo tempo em que previne determinadas doenças e promove a saúde da criança que está por nascer. As mulheres tomam *kampô* “pra ficar forte e continuar o trabalho dela: lavar roupa, buscar macaxeira no roçado” (PARTEIRA).

O uso do *kampô* é apresentado pelos Katukina como uma prática que faz parte do seu arcabouço cultural. “Pra nós isso aí é da cultura mesmo. Vem de muito tempo atrás, de nossos antigos o negócio do *kampô*. [...] Isso é pela nossa cultura, a cultura dos índios Katukina! Antes de ganhar neném sempre a mulher grávida tem o direito de tomar o *kampô*” (PAJÉ). Os Katukina contam que antigamente eram os pajés que aplicavam o *kampô*, mas hoje qualquer pessoa pode utilizá-lo.

Pajé: Primeiro, na nossa cultura era só pajé que aplicava. Hoje é pra todo mundo. Quem quer tomar já pode!

Uma mulher: Eu aplico!

Outra: Eu também aplico! Quando tomo *kampô* eu mesmo aplico na perna.

¹⁵⁵ “Quanto à chamada ‘injeção de *kampô*, se trata de uma prática amplamente difundida entre os grupos Pano, que consiste em retirar a substância exudada pelo sapo chamado na língua Katukina, *kampô* (*phyllomedusa bicolor*) e aplicá-la sobre umas pequenas queimaduras feitas previamente no braço ou na perna. As ‘injeções de *kampô*’ são usadas principalmente pelos homens para melhorar suas capacidades cinegéticas e eliminar a preguiça. [...] Porém, as mulheres usam o *kampô* durante a gravidez para ficarem fortes e para que as crianças nasçam sadias” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b: 79).

¹⁵⁶ “Os katukina utilizam a secreção principalmente como um estimulante capaz de aguçar os sentidos dos caçadores, para que a busca por alimento na mata seja bem-sucedida. Quem sofre de *panema* (azar na caça), portanto, é tratado com aplicações da substância. A antropóloga Edilene Coffaci de Lima [...] explica que, fora do contexto da caça, homens e mulheres Katukina também fazem uso do *kampô*. “Desde muito cedo, entre o primeiro e segundo ano de vida uma criança começa a receber o *kampô*, quase sempre por iniciativa dos avós. [...] “Este uso moderado é feito para aliviar indisposições diversas, como diarreias e febres ou sonolência, que tiram o ânimo das pessoas para o desempenho das atividades mais simples. Mas, ainda que se queira debelar o incômodo físico que diversas patologias causam, o uso do *kampô* é determinado muito mais pela avaliação moral que se faz do desânimo que proporcionam. Afinal, depois de ser recomendado como estimulante aos caçadores, o *kampô* é recomendado àqueles que padecem de preguiça” (www.brasiloste.com.br/noticia/1823/kampo).

Uma terceira: Eu também aplico. Olha aqui a minha marca!¹⁵⁷

Outra prática de autoatenção utilizada por todos os povos indígenas representados nas reuniões no Alto Juruá são as dietas alimentares que devem ser observadas pelos casais durante a gestação. A prática das dietas está inscrita no contexto das relações de substância, onde a partilha de fluidos corporais e de alimentos são fundamentais na produção dos corpos e das pessoas indígenas.

Há alimentos que, ao serem consumidos, podem trazer prejuízos à gestação ou ao parto, ou mesmo causar doenças no recém-nascido. Outros são recomendados para esse período por promoverem uma boa gravidez e um bom parto, preservarem a saúde da grávida e desenvolverem certas capacidades na criança. Por isso a parteira Jaminawa-Arara aconselha as gestantes de sua aldeia a não comer tatu para que não tenham dificuldade em parir, já que é difícil arrancá-lo de sua toca. Por outro lado, ela recomenda a cabeça de paca, porque ela, “ao suspirar de uma só vez”, ajuda o neném a nascer rapidamente.

Eu não dou casco de jabuti pra ela comer; eu não dou tatu porque faz mal. Pra gente arrancar o tatu da toca faz força, né? Aí dificulta pra criança nascer também. Tatu eu não deixo comer! Paca eu dou a cabeça porque, o meu pai dizia, que quando ela suspira é de uma vez. Igual quando o neném nasce: é de uma vez também.

Enquanto a mulher está grávida, os Katukina recomendam ao casal se abster de uma série de alimentos – caças, peixes e frutas – que pode trazer sofrimento para a mulher que está parindo e dificultar o nascimento da criança. Por exemplo, se a grávida comer jabuti a criança ficará pregada no seu útero, da mesma forma que a carne do jabuti é presa ao casco. Quando ocorre da gestante ou seu marido ingerir algum alimento não recomendado, o pajé precisa rezar.

Mulher grávida não pode comer jabuti, jacaré, arraia, bodó e também algumas frutas. Mulher grávida não pode comer porque senão ela vai sofrer na hora do parto. Ela sofre e não ganha. Daí, pra ganhar o pajé tem que rezar a comida que ela comeu. Aí ela ganha. Se não rezar também, só operando. É assim que faz. Eu também sou pajé. [...] A mulher também não pode ver cobra – jiboia, sucuri e outras cobras - porque daí o espírito da cobra entra na barriga dela e aí atrapalha a criança de nascer. Daí o pajé reza e expulsa o

¹⁵⁷ Lagrou (2007) afirma que os kaxinawa também fazem uso do *kampô*, apesar de não tê-lo mencionado nas reuniões no Alto Juruá. “Este emético considerado um purificador e fortalecedor eficiente e é usado em distintas ocasiões. Homens usam *kampun* para fortalecer seus corpos e para aumentar sua sorte na caça, mulheres o aplicam quando querem engravidar” (LAGROU, 2007: 525).

espírito da cobra; quando esse espírito vai embora aí a mulher ganha (AIS KATUKINA).

Os Kaxinawa também mencionaram a importância das dietas durante a gestação para evitar problemas no parto e prevenir que a mulher e o recém-nascido adoçam. Para que isso não ocorra, os pais e os avós orientam as grávidas e seus cônjuges sobre as comidas que devem ser evitadas para que a criança não seja acometida por “ataques” e nasça deficiente.

Então, o povo Kaxinawa é a mesma coisa que as mulheres Katukina falaram. Na gravidez tem o acompanhamento dos pais e dos avós sobre a comida [...] Quando a mulher engravida não pode comer muita coisa para criança não ter aquele ataque, que nós chamamos *dubaichedyke!* Quando dá aquele ataque, a criança trinca os dentes e fica babando. Pra não acontecer isso, pra criança não nascer deficiente e ficar dando aquele ataque, a mulher não pode comer muita coisa (*sic*) (AIS).

As falas dos Kaxinawa durante esses eventos comunicativos são esclarecedoras dos problemas que a criança pode vir a ter se os seus pais não observarem as dietas prescritas para a gestação ou no período pós-parto. Ela poderá ser acometida por tremedeiras, ataques e frio. [...] “Por que, se comê poraquê quando tá grávida, a criança fica tremendo; aquele frio chega muito” (*sic*) (AIS-PAJÉ).

Vários participantes Kaxinawa durante as reuniões no Alto Juruá fizeram menção às doenças causadas nas crianças devido ao fato de seus pais não terem observado as dietas prescritas. Um pajé *Huni Kuin* apresenta explicações mais detalhadas sobre os motivos que fazem da dieta uma prática de saúde importante:

As mulheres não devem comer bodó (peixe), porque é difícil pra sair do buraco: ele abre a asa, rasga tudo e quebra. Aquilo faz tipo de uma hemorragia e leva a morte no parto! Não sai o bebê! Quer sair de qualquer maneira, atravessado. [...] Então, essa coisa é a dieta dos indígenas. Não pode comer jabuti, que dá muita hemorragia: você quebra um jabuti ele sangra bastante. Assim diziam os anteriores, os meus avós. [...] Eu ouvi aqui, sobre aquele remédio que toma durante nove meses pra despachar. E outro, quando come esses bichos – bodó, paca de rabo arraia e outros – que dão problema nos restos das crianças: prega lá e muitas das vezes quando se leva pra cidade o *nawa* passa a faca. Ai precisa lutar: embora, põe a luva na mão, mete dentro! Isso pode prejudicar! Então, você tomando aquele remédio, é um tipo de pré-natal! Lá tá resolvendo tudo. Não precisa nem tocar a mão não! A criança mesmo fica normal, no dia fica direito, muita das vezes não vai sangrar muito; muitas das vezes não vai dar muita dor. Eu ouvi alguém falando aí que se sentir que vai ganhar logo, já fica preparado, olhando as matas mais perto pra correr lá e despachar.

Na explicação desse kaxinawa, alguns bichos não devem ser comidos porque possuem *masná*, um atributo de feiticeiros que os tornam pajé. Por isso, se a carne de um desses “animais mandingueiros” for ingerida durante a gestação, o seu espírito (*yuxin*) se vingará carregando consigo o *yuxin* do corpo agredido (LAGROU, 2007). Essa vingança recai não diretamente na pessoa que o matou, mas sobre seus parentes próximos, principalmente quando estes passam por transformações físicas e sociais, como no caso do período da gravidez, que os tornam especialmente vulneráveis.

Então, enquanto t grávida não pode comer esses bichos porque, diziam os nossos antigos, eles têm *masná*. *Masná* é uma coisa de mandigueiro: ele é um animal, mas é pajé também. Ele gosta de vingança! A traíra gosta de vingança! Que vingança é essa? Se você come a traíra, a traíra tem um espírito mal... Todos os objetos têm o seu espírito mal e tem a alma que nasce com ele - tem os dois!¹⁵⁸ A sua alma não pode sair do seu corpo; o espírito que você nasceu com ele, que é um anjo, não pode sair do seu corpo! Agora sai a alma da gente. Porque se sai o espírito, você já foi! É igual coração! Agora a alma que o espírito carrega é outra! Aquele é que faz a gente se perder! É um espírito adiantado, né?! Então, essa dieta é por aí. [...] Quando a mãe tá grávida não come dente de siri, caranguejo. [...] Aquele é perigoso, é mandigueiro! Se você faz mal com ele, ele se vinga na hora. Não vinga em você, nem em seu marido, mas vinga no filho ou no neto. De qualquer maneira ele faz a parte dele. [...] Quem diz isso são os pajés antigos! Não sou eu que to dizendo, apenas sou terceira palavra! Muitas coisas antigas ainda funcionam! Ninguém deve duvidar! Essa parte que eu quero dizer.

Portanto, a doença pode ser causada tanto devido à vingança exercida pelo *yuxin* (espírito) do animal caçado como pela transmissão das características de determinados animais ou plantas para a pessoa que os ingeriu (LAGROU, 2007: 223). Neste caso, a lógica que informa a prática da dieta é a da semelhança. Por exemplo: o fato de o jabuti sangrar demais ao ser morto conduz a mulher a ter hemorragia na hora do parto; ou então, o fato de a anta suspirar de uma só vez, faz com que a criança seja “despachada” rapidamente. Além disso, o uso de determinadas plantas e animais durante a gravidez faz com que suas características sejam transferidas às crianças. Isso faz com que, “dependendo da classificação de cada planta ou animal, o contato seja procurado ou evitado” (MCCALLUM, 1999: 169).

O que o casal come durante a gestação irá influenciar diretamente na constituição da pessoa que está sendo gestada. Até mesmo o consumo dos alimentos dos brancos pode produzir “uma transformação corporal que implica uma mudança de identidade” (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006b:).

¹⁵⁸ Sobre as duas almas Kaxinawa ver o capítulo Corpo, Pessoa e Gênero: os povos Pano e o caso Exemplar Kaxinawa, nesta tese.

De primeiro existia o meu tio aqui e eu tenho certeza que ele era matador de caça, porque a mãe e o pai dele cumpriram a dieta. Aquela comida que eles se alimentaram, fez com que ele fosse um índio marupiará, como nós chama, ia lá e sabia aonde tava a caça. Hoje nossas crianças, tenho certeza que eles não são mais, assim como eu, matador de caça. Muitas das vezes qualquer coisinha a gente ta com raiva, crítica muito os parentes. Porque o nosso pai e a nossa mãe comeram qualquer comida. Hoje nossas crianças são muito apaixonadas por futebol é porque, eu tenho certeza, nós comemos aquela alimentação que, mesmo sendo um animal da mata, pula pra aqui, pula pra acolá e aquilo vai puxando, né? (*sic*) (AIS KAXINAWA).

Neste caso, se está diante do princípio que informa o código culinário Kaxinawa no qual a pessoa se torna aquilo que come. A possibilidade de tornar-se Outro está associada à capacidade de a pessoa de acostumar o seu corpo ao modo de vida dele, comendo o que ele come ou mesmo o comendo. Nesta lógica culinária “o que alguém come irá se tornar sua carne” (LAGROU, 2007: 353).

Entre os Kaxinawa, as dietas prescritas para o casal durante a gestação estão situadas no contexto das relações de substância estabelecida entre parentes, remetendo à noção de “pessoa estendida”. Assim, o pai da criança que está sendo gestada também deve evitar uma série de alimentos e de condutas de modo a não prejudicar a saúde do neném e nem comprometer o parto de sua mulher.

Esses princípios lógicos que informam a prática das dietas entre os Kaxinawa podem ser utilizados para compreender essa prática entre os demais povos Pano que estiveram representados nas reuniões no Alto Juruá. Claro, resguardadas as suas especificidades, que devem ser objeto de estudos aprofundados! Por exemplo, uma mulher Katukina da aldeia Sete Estrelas contou que não só o casal mas também os filhos precisam cumprir as dietas enquanto a sua mãe estiver grávida pelo mesmo motivo que vigora entre os Kaxinawa.

10.2 O Pré-Natal Tradicional na Fala dos Participantes das Reuniões no Alto Juruá

Nos discursos veiculados pelos participantes das reuniões do Alto Juruá, os cuidados observados durante a gestação – a aplicação do *kampô*, as dietas, o uso de folhas e remédios da mata e as rezas – aparecem sob o rótulo de “pré-natal tradicional” ou “pré-natal indígena”.

Muitas vezes o pré-natal é aquilo que vocês sempre falam: o pré-natal tradicional. Só mudou a palavra e fez com que as mulheres também procurassem o médico pra fazer o pré-natal do *nawa*. Mas geralmente o pré-natal é aquele que a gente faz quando a mulher tá com três, quatro meses: o

pajé tira folha, começa a passar folha. Todo mundo falou que sempre passou folha. Então, eu acho que todo mundo já fazia o pré-natal tradicional. Eu fiquei preocupada porque no curso a intenção não é mudar da forma do tradicional pro técnico. É isso que a gente não pode perder! Tirar o tradicional pra mudar totalmente pro *nawa*, né? (LIDERANÇA)

No geral, as parteiras confirmaram que mesmo antes de fazer os cursos de aperfeiçoamento já realizavam o pré-natal tradicional nas grávidas.

Como faz o pré-natal? Mexendo pra ver como a criança tá, se tá normal ou se não tá; e fazendo remédio tradicional. Isso também se chama pré-natal. Antes da criança completar três ou quatro meses ela vem dando remédio pra que a criança se encaixe bem, pra que não tenha problemas. Então, ela falou que não é só depois que ela fez o curso que ela começou a fazer pré-natal não! Antes do curso ela já fazia o pré-natal (MONITORA TRADUZ A FALA DA PARTEIRA).

O uso da noção “pré-natal” pode indicar um esforço dos participantes dessas reuniões para traduzir aos não índios, nos termos utilizados por eles, o conjunto de cuidados indígenas com a gestação. Afinal de contas, como diz um Kaxinawa: “Tamo misturando *nawa* e nós; pra *nawa* entender e nós entender”.

Esse é um conhecimento que a gente vem tendo: o pré-natal indígena pra não ter muito sofrimento no parto. É por isso, por exemplo, que nós temos nossas ervas medicinais tradicionais. A gente diz hoje que quem conhece a medicina da mata é considerado nosso médico indígena lá da comunidade. [...] A gente vai com pajé que ele entende das ervas. Nós temos o remédio da medicina da mata que podemos pegar e levar num vaso pra dar pra mulher grávida. [...] Então só isso daí. Outra coisa é não comer certos animais, por exemplo, o tatu que morre dentro do buraco, vai dar problema no parto. Aquele animal morreu lá no chão, então a criança também pode ter esse problema. Pra sair é uma dificuldade. Muita gente sofre no parto (AIS KAXINAWA).

Em algumas aldeias, as parteiras, os pajés e o agente de saúde atuam em conjunto para fazer o pré-natal das grávidas. Entretanto alguns indígenas chamaram atenção para o fato de que, hoje em dia, os cuidados tradicionais com a gestação, tais como as dietas, não vêm sendo observados no contexto de diversas aldeias indígenas.

Muitas vezes acontece problemas com as mulheres indígenas é porque não tem dieta quando fica grávida. Porque nós *Huni Kuin* temos aquela ciência desde o antigo! Tem objeto que não pode comer, tem objeto que não pode usar. Então, tem tudo isso! [...] Porque de primeiro não tinha agente de saúde que conhecia ‘remédio da farmácia’, só era coisa tradicional e nunca teve problema. E agora as pessoas tão esquecendo, só querem usar remédios da farmácia, não querem praticar coisa antiga nossa. Tamo perdendo tudo! Af a coisa vai se transformando e passa a usar só o do branco. Nós temos que dar continuidade ao que é nosso, como faz alguns parentes que tão sempre

dentro da sua cultura. É difícil nós vim fazer pré-natal na cidade, porque é difícil ter problema. As parteiras, os pajés, as pessoas antigas, sempre conta aquela história que é passada, que é a mesma de hoje! (*sic*) (AIS).

Para alguns pajés Kaxinawa, entretanto, antigamente não existia “esse tal de pré-natal”. Inclusive um deles disse não saber o que era o pré-natal por essa ser uma palavra do branco. “Falaram de dieta e de pré-natal. Eu tô imitando aqui! Porque eu nem sei o que é pré-natal!”

Anteriormente ninguém via esse pré-natal! [...] Era um povo muito diferente e era bom! Se cuidava muito, como falaram, dava os remédios e tudo. E quando chegou um certo tempo é a cultura do branco que dá o nome de pré-natal! O que faz hoje? Todos os meses quando a mulher ta grávida tem que fazer pré-natal: leva pro posto pra fazer pré-natal. Eu acho que quando o branco criou isso, tirou muito sentido dos parentes que foram desacreditando do que nós sabíamos anteriormente e acreditando na coisa do branco! O branco tirou toda aquela sabedoria, aquele dom! Tudo o que a gente sabia, o branco foi tirando devagarzinho! (PAJÉ KAXINAWA, grifo nosso).

Em contraposição, outro pajé afirma existir, sim, o pré-natal indígena, só que em vez de usar máquinas como os brancos, os índios usam a folha, a mão e o entendimento.

O nosso parente falou que não tinha pré-natal, mas índio tem pré-natal! Aquilo que fazia pra ajeitar era tipo um pré-natal. Só que do índio! O do branco tem máquina e tudo. Mas, a máquina do índio é a folha, a mão pra ajeitar, e o entendimento! Então, é isso! Porque se não tivesse pré-natal indígena nós não tinham ajeitado certas coisas (PAJÉ KAXINAWA).

10.3 Os Grupos de Trabalho e a emergência do pré-natal tradicional como categoria híbrida

No espaço formal de atenção à saúde, a assistência ao pré-natal é entendida como um conjunto de consultas e de exames executados pelos profissionais de saúde no acompanhamento das gestantes, visando a prevenir doenças e a promover uma gravidez e um parto seguros.¹⁵⁹ Os conhecimentos biomédicos que informam a assistência ao pré-natal são, em termos epistemológicos, radicalmente diferentes dos saberes relacionados aos cuidados com a gestação entre os povos indígenas representados nas reuniões que ocorreram no Alto Juruá.

¹⁵⁹ “Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio mãe-feto durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbidade e da mortalidade materna e perinatal” (COSTA E SOUSA, 2002: 17).

Os participantes indígenas desses eventos comunicativos se apropriaram e indigenizaram a noção de pré-natal, originalmente inscrita no contexto da atenção biomédica à saúde, utilizando-a para se referirem aos diferentes cuidados prestados à gestante em contextos étnico-comunitários particulares. Ao atravessar as fronteiras da diferença cultural e ser esvaziada em termos semânticos, a categoria do pré-natal surge nos discursos indígenas como símbolo deslocado, assumindo assim um caráter híbrido – o de “pré-natal tradicional”.

Aparentemente, os enunciados sobre o pré-natal tradicional empregam essa categoria para traduzir, nos termos do branco, os saberes e práticas indígenas acessados nos cuidados com a gravidez, o que contribui para a sua emergência como categoria híbrida. Mas, parece que a equivalência entre o pré-natal do branco e o pré-natal indígena estabelecida pelos discursos dos participantes das reuniões não se dá apenas como um esforço de se fazer entendido, mas também encerra uma intencionalidade de, ao atribuir valor aos cuidados indígenas, conquistar o reconhecimento do outro.

Um caso exemplar de como o hibridismo informa os discursos sobre o pré-natal tradicional ocorreu durante a reunião de Campinas, no âmbito dos grupos de trabalho organizados para abordar o papel da parteira, do pajé e do agente de saúde na assistência ao pré-natal prestada às grávidas. Esses trabalhos em grupo compuseram contextos discursivos interessantes por propiciarem a emergência de discursos sobre os cuidados com a gestação que articularam saberes provenientes de distintos horizontes socioculturais. Os grupos de trabalho misturaram parteiras, pajés e AIS de diferentes etnias (Arara, Jaminawa-Arara, Kaxinawa, Katukina, Nukini, Nawa).

As discussões que ocorreram no âmbito desses grupos de trabalho assumiram um caráter de troca de experiências em que os saberes enraizados em múltiplos universos étnico-culturais foram compartilhados entre os seus integrantes. A própria forma como a questão foi colocada pela equipe do Projeto Acre contribuiu para a emergência do pré-natal como uma categoria híbrida. É claro que os cursos de parteiras também foram fundamentais no processo de apropriação dos discursos do branco e da sua conseqüente indigenização. Assim, o pré-natal tradicional constitui um pré-natal indigenizado.

A dinâmica de trabalho proposta pela equipe do Projeto Acre previa que, após as discussões, os grupos de trabalho preparariam cartazes para apresentarem a síntese dos debates realizados aos demais participantes da reunião. Isso instituiu uma organização hierárquica particular ao fluxo comunicativo estabelecido entre os participantes dos grupos.

Aqueles que possuíam maior domínio da escrita, os AIS, acabaram por se destacar, cabendo a eles a incumbência de elaborar os cartazes com os resultados dos debates realizados. Mas os AIS não se limitaram a escrever o que os seus companheiros falavam; eles também avaliavam que conhecimentos eram pertinentes e quais deveriam ser apresentados à grande audiência.

Na transposição das expressões orais para a escrita, os saberes e experiências de cuidados com a gestação vinculados a contextos socioculturais particulares passaram a representar os conhecimentos e experiências de todos os povos indígenas ali presentes, adquirindo *status* generalizado e universal. Ao serem escritos nos cartazes sem mencionar a origem étnica da informação, tais saberes foram misturados e planejados de modo a serem apresentados ao grande grupo como saberes comuns aos povos que compuseram o grupo de trabalho. Ocorreu, neste caso, uma transformação discursiva das falas que acontecem nas discussões de grupo para o discurso inscrito no cartaz. Como exemplo dessa situação, pode-se remeter ao fato de os conhecimentos e experiências dos pajés Katukina na assistência à gestação terem se tornado expressivos do conhecimento dos pajés indígenas das outras etnias representadas nesse evento. Os cartazes apresentados pelos dois grupos de trabalho são expressivos desse processo (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006a):

Cartaz do Grupo 1 – Tema: pré-natal

- **Como a parteira acompanha?** 1. A partir dos três meses de grávida a parteira conversa com a grávida, usa a fita para medir se o bebê está crescendo, medir a pressão, verificar o peso, escutar o coração do bebê com o *pinard*, examinar se a grávida está com anemia. A parteira também acompanha com remédio tradicional quando a grávida está com problema, fraca, com cansaço, ela toma *kampô*, em outras com o remédio Shakuandi, serve para tomar banho até os nove meses, para não ter problemas no parto e o bebê nascer logo. 2. Quando a mulher aparece com problemas graves como: sangramento, anemia ou dores muito fortes, a parteira convoca o AIS para ele encaminhar para o Posto.

- **Como o AIS acompanha a grávida?** O AIS acompanha nas consultas e quanto a parteira tem examinado a grávida e ver que tem que ser passada pela avaliação dos AIS. Nesse caso, o AIS encaminha ou acompanha até o posto.

- **Como o pajé acompanha?** 1. Quando a grávida está em perigo ou no trabalho de parto; 2. quando a grávida está com sangramento; 3. ele faz a cura com reza e trabalho espiritual; 4. nesse caso, a grávida só tem que ser encaminhada se não conseguir ficar curada ou surgir outro problema.

- **Dieta na gravidez:** 1. Não pode comer jabuti, jacaré, jacamim, etc. 2. Não pode ver cobra jibóia porque ela atrai espírito mal e faz com que o bebê não nasça. Nesse caso tem que passar pela cura do pajé.

Cartaz do Grupo 2 – Tema: Pré-Natal

Contribuição das parteiras: acompanhamento das grávidas inicia a partir de dois meses. Como: 1. olhando os olhos se está amarelo e se estiver a grávida está com anemia. 2. Verificando a urina e também medindo o tamanho da barriga para saber o tamanho do menino, se está com o peso normal.

Contribuição do pajé: contribuir com rezas e trabalhos espirituais e no caso do neném estiver terno, o pajé deixa normal. O pajé só é chamado quando a grávida está em perigo.

Contribuição do AIS: em algumas aldeias o AIS ajuda, outras não. Eles ajudam com encaminhamentos, preenchendo cadastros para saber a quantidade de meses e pesando o neném quando nasce e tem remédios.

Procedimentos aprendidos durante os cursos de parteiras, tais como o acompanhamento da grávida, a aferição da pressão, o auscultar do coração da criança com *pinard* são apresentados como se fossem feitos por todas as parteiras ali presentes. Assim como o uso de remédios tradicionais durante a gestação, como aquele indicado pela parteira Jaminawa-Arara (*chacuandy*) ou mesmo o emprego do *kampô*, também aparecem como práticas comuns usadas na assistência à gestação, quando na verdade o foco são as práticas de autoatenção etnicamente situadas. Da mesma forma, aconteceu com as dietas e outros cuidados a serem observados durante esse período.

É possível ver que os contextos em que estão inscritos os conhecimentos e práticas se perderam com a elaboração dos cartazes. Isso faz com que, diante do branco, esses conhecimentos se tornem emblemas universais do conhecimento das parteiras tradicionais dos povos indígenas do Alto Juruá. Assim, a diversidade e a especificidade de cada um dos saberes e experiências narrados no âmbito dos grupos de trabalho são subsumidas em um discurso generalizante, híbrido e, até mesmo, medicalizado, como demonstra a fala do AIS que apresentou o cartaz do Grupo 2.

Então a gente dividiu os grupos pra estudar as experiências, pra trocar as experiências das aldeias de cada etnia. O nosso tema principal é o pré-natal. Então, aqui a gente fez um pequeno texto pra identificar qual é o processo do acompanhamento da parteira com as suas pacientes. Então elas informaram que começam a acompanhar a partir do segundo mês de gravidez quando a parteira é notificada pela paciente, a partir daí então ela começa a verificar se sua paciente está bem. Como é que isso acontece? Ela vai chama a paciente ou então vai na casa da paciente e faz uma consulta médica, faz um atendimento médico à sua paciente. Como é o processo desse atendimento? Vai olhar no olho da paciente pra ver se está amarelo; se está amarelo, elas falam que ta com problema de anemia. Então isso é muito grave porque a mulher pode ficar fraca e pode não ter condições de ter o bebê na hora do

parto. E tem outros processos também, que elas olham a urina, se está com a urina diferente, aí elas passam remédios, muitas vezes da floresta. Tem coisas aqui que nós não colocamos, porque não deu tempo. E também se a mulher ta fraca, as pessoas falam que é entojó, a mulher ta fraca, ta enjoada. Se a mulher tá enjoada é porque ela tá com algum problema na gravidez, então os katukina, eles falaram dos katukina e os kaxinawa também, que elas fazem o tratamento com a vacina do *kampô*, a partir dos dois meses, se a grávida está apresentando algum problema, elas fazem a aplicação do *kampô*, de dois em dois meses, de novo faz outra vacina. Isso é o que acontece. Aí quando a grávida ganha o neném, no pós-parto, com 10 dias toma *kampô* de novo, pra encerrar o tratamento.

Então nesse processo da gravidez a gente observou que tem pouca contribuição do pajé e do AIS. Por quê? Não é falta de interesse, é porque às vezes as paciente mesmo, as próprias parentes preferem que sejam as parteiras que cuidam delas. Aí depois a gente pode discutir se é importante uma AIS mulher pra ter mais facilidade pra conversar coisas particulares. Isso é importante também.

E os pajés? Quando é que nós vimos que o pajé contribui? O pajé, vamos dizer que são os doutores da floresta, os pajé só contribui no último recurso, quando a parteira não dá jeito, que ela vê que a mulher ta com risco de vida ou a criança. Então, ela chama o pajé pra fazer uma cura, um trabalho. Como é o processo desse trabalho? O pajé, nós sabemos que os pajés são os verdadeiros doutores, sabem de tudo, então eles rezam na paciente, faz cura espiritual. Ele reza, ajeita a criança pra ver como é que ta, passa o medicamento adequado também. É esse o processo que a gente observou.

E o AIS? Qual a participação do AIS? Nós também observamos que algumas aldeias o AIS tem pouca participação nesse processo de gravidez das mulheres. Por quê? Muitas vezes é porque está envolvido com outros trabalhos. Mas eu acho que é importante também a participação dele pra notificar e anotar todo o processo que a grávida está passando. Se é uma gravidez normal ou se é uma gravidez *inormal*. Mas também, em algumas aldeias os AIS participam efetivamente junto com as parteiras. Como o AIS participa? Ele participa preenchendo uma ficha de inscrição, fazendo o pré-natal e notando qual o processo que sua paciente está passando, se ela está com o bebê fora do lugar. Se ela tiver com o bebe fora do lugar ele vai notificar a parteira. Muitas vezes é a parteira mesmo quem notifica isso. Que é pra parteira ter um cuidado mais especial com essa cliente, pra que tenha um parto normal. E também, como os parentes falaram assim, tem várias contribuições que é pra paciente ter um parto normal. Qual é essa contribuição? Cumprir as dietas que tem nos rituais, não comer as comidas que podem gerar um atrapalho no seu parto. Nós não anotamos aqui, mas são elas jabuti, jacaré e outras que os parentes do grupo citaram. Então é isso que a gente pode perceber, com a troca de experiência dos grupos: as dificuldades que as parentes passam, e as facilidades também, qual o caminho melhor pra conseguir que a paciente tenha uma gravidez normal, com saúde. Então é isso que o nosso grupo tem pra falar.

O discurso desse AIS transforma as gestantes em “pacientes” ou mesmo em “clientes” das parteiras. Mesmo diante dos vários depoimentos que foram prestados no âmbito desse grupo sobre o fato de as gestantes raramente comunicarem sobre sua gravidez no início da gestação, o AIS afirma que as parteiras passam a acompanhá-las a partir do segundo mês de gravidez quando a sua “paciente a notifica”. Por sua vez, as parteiras acompanham as suas

“pacientes” por meio de uma “consulta médica”, quando verificam se o olho está amarelo para diagnosticar anemia. Neste caso, então elas recomendam remédios da floresta e fazem um “tratamento médico”. Da mesma forma, a aplicação do *kampô* entre as mulheres Katukina se torna “tratamento com a vacina” que a grávida usa a partir de dois meses quando está tendo algum problema. Por sua vez, o pajé é apresentado como “doutor da floresta” que intervém quando há algum problema durante a gestação ou no parto. Ele faz reza, cura espiritual e passa o “medicamento” adequado.

Como se pode perceber, esse agente de saúde utiliza uma “linguagem medicalizada” que reproduz os valores veiculados pelo sistema oficial de saúde, provavelmente, no intuito de se distinguir dos demais participantes dessa reunião ao demonstrar domínio (pelo menos aos olhos da audiência) dos termos utilizados pelos profissionais que compõem a equipe de saúde da qual ele faz parte. Tanto é assim que o AIS kaxinawa que coordenava os trabalhos nesse grupo sentiu a necessidade de fazer alguns esclarecimentos complementares:

Eu vou só esclarecer alguns pontos. Já foram explicados quase todos, só alguns que ficaram. O trabalho de grupo, acho, serve pra isso mesmo: um pensa, outro pensa, trabalha junto, um explica um pouco, outro explica outro pouco, pra todo mundo entender. Então, o acompanhamento da grávida: a gente teve conversando com as parteiras e, assim, geralmente a pessoa não chega pra dizer: ‘ah, eu tô grávida!’. Sai da boca de outra pessoa. [...] Vai saber quando tá com dois, quatro ou até seis meses. Seis meses ela não precisa dizer pra ninguém não, a barriga já mostra. Então, de dois a seis meses começa a acompanhar e acompanha até o parto.

De qualquer forma, percebe-se nesses cartazes e falas o quanto realidades intermédicas são elevadas ao *locus* do discurso e como os seus múltiplos sentidos são articulados nos enunciados proferidos pelos participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS que aconteceram na região do Alto Juruá.

10.4 A troca de experiências na avaliação indígena

Após encerrar as apresentações dos cartazes, a equipe de execução propôs aos participantes da reunião de Campinas fazerem uma avaliação da metodologia do trabalho de grupo empregada para a “troca de experiências”. Os diálogos que ocorreram nesses espaços possibilitaram a reflexão sobre o valor dos saberes e práticas dos próprios povos indígenas de cuidados com a gestação, propiciando o surgimento de novos sentidos atribuídos a estes no decorrer desse fluir comunicativo e criativo. Nessa conversa, os participantes chegaram à conclusão de que a melhor palavra para definir a natureza dos conhecimentos compartilhados

por eles durante os trabalhos de grupo é a “experiência”, já que a palavra ciência pertence aos brancos.

Um AIS Kaxinawa ponderou sobre os aspectos positivos e negativos que esse tipo de proposta encerra: por um lado, o trabalho em grupo permite que não haja tanta repetição nos depoimentos; mas, por outro, faz com que as pessoas com maior domínio da escrita apresentem o seu conhecimento sem discuti-los com os demais. Em sua reflexão, ele apresentou ainda uma definição para o trabalho de grupo:

O trabalho de grupo é juntar o pensamento e colocar no papel, como foi feito: teve o conhecimento do pajé ali dentro, teve conhecimento da parteira, teve do agente de saúde. E cada povo tem a sua cultura diferente, a tradição é diferente. Então, foi o que eu observei. Uns diziam que é assim, o outro já dizia de outro jeito. Então, fica fácil da gente trabalhar. Pra uns faz mal e pra outros já não faz. A minha observação foi essa também. Então, teve algumas coisas que teriam que ser colocadas, mas assim pra escrever ficava muito grande.

A troca de experiências promovida pelos grupos de trabalho foi avaliada pelos participantes como um momento de aprendizado extremamente rico por ter acontecido entre os próprios parentes. Os indígenas demonstraram a intenção de adotar em sua prática cotidiana as coisas aprendidas com as experiências trocadas.

Eu também no grupo que eu participei, pra mim também foi muito bom. Por que a ciência que as parteiras sabiam e que o pajé também sabia, tinha umas que eu não tinha experiência [...] E eu tô muito feliz por ter sido mais uma coisa que eu aprendi, que eu vou levar pra dentro da minha aldeia essa experiência. Eu achei o máximo uma troca de experiência dessa. Eu espero que essa troca de experiência continue sempre, que a gente tenha mais encontros pra gente fortalecer mais mesmo esse tipo de conhecimento, pra gente levar pras nossas comunidades. Então, assim pra mim foi o máximo essa troca de experiência. [...] Trabalhar em grupo é bom por causa disso, porque a gente troca mesmo conhecimento da gente uma pra outra. O que a gente sabe a gente diz, e o que a gente não sabe a gente leva. Então, assim é muito bom (REPRESENTANTE DE MULHERES INDÍGENAS).

Nesse sentido, a troca de experiências também pode influenciar o surgimento de saberes e práticas híbridas, só que, neste caso, esse hibridismo não está marcado apenas pela relação com os brancos, mas emerge nas fronteiras que demarcam as diferenças étnicas e culturais existentes entre os próprios povos indígenas que estiveram representados nessas reuniões.

11 A EMERGÊNCIA DIALÓGICA NA MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA

A categoria discursiva medicina tradicional indígena irrompeu em meio aos debates que ocorreram nas reuniões de Campinas e do Caucho de forma dispersa e espontânea, em momentos em que se falava de questões associadas aos cuidados com a gestação e o parto. Apenas na reunião da Morada Nova, a equipe do Projeto Acre, no intuito de mapear os entendimentos dos participantes sobre o tema, inseriu-a como um ponto da programação, instituindo um momento específico para se conversar sobre o assunto. Os discursos proferidos durante esses eventos comunicativos revelaram que essa noção foi definida por seus participantes de múltiplas formas, sendo que alguns dos sentidos atribuídos a ela emergiram no próprio processo dialógico aí estabelecido.

Como variações da noção de medicina tradicional, os participantes desses eventos empregaram expressões, tais como: “medicina natural”, “medicina da mata”, “medicina da floresta”, “ervas medicina”, “erva tradicional”, “medicação tradicional”, “remédios tradicionais”, “remédios da mata”, “ciência tradicional”, “conhecimento tradicional” e até mesmo “pajelança”. Dessa forma, pôde-se pensar essa noção como um símbolo polissêmico associado a outras categorias simbólicas que conformam uma constelação semântica particular. Os sentidos que informam tais categorias só se desvelam na relação que elas mantêm entre si, ao mesmo tempo em que para se poder apreendê-los e compreendê-los é necessário considerar o contexto discursivo em que ela é acessada.

No geral, os sentidos vinculados à medicina tradicional se remetem aos remédios feitos à base de plantas – as “folhas” – possivelmente indicando que nos enunciados dos participantes das reuniões a palavra “medicina” parece ser análoga à de “remédio”. De qualquer forma, essas práticas aparecem nos discursos como parte da cultura e da tradição de cada povo representado nesses eventos. Em alguns casos, as próprias plantas medicinais são qualificadas pelo termo tradicional: as ervas tradicionais. Na medida em que vida e tradição se confundem, o tradicional acaba por se tornar um atributo inerente às próprias plantas que também possuem agência quando utilizadas tanto para prevenir e tratar doenças como para produzir determinados efeitos no processo de construção dos corpos e das pessoas indígenas.

Se “a erva medicinal tem vida”, como afirma um AIS Kaxinawa, então a própria medicina tradicional possui agência e ela se revela no fato de estar distante das comunidades por não estar sendo utilizada.

Mas a partir do momento em que nós começar a usar, ela começa a aparecer pra nós, ela começa a chegar perto de nós, porque ali nós estamos juntos com aquelas medicinas e aquelas medicinas tão junto de nós. [...] A medicina tá distante, mas se nós começar a usar, ela chega aonde nós estamos. [...] As coisas tradicionais também tem sua vez.

Os discursos veiculados durante as reuniões demonstram o quanto a reflexão sobre a importância do uso das plantas medicinais já vem ocorrendo em algumas TIs e em comunidades do Alto Juruá. Este é o caso da TI Kaxinawa de Humaitá que, para promover o “renascimento das ervas medicina” criou o agente de medicina tradicional.

Então, eu quero somente falar um pouco também do trabalho que a gente vem fazendo na nossa comunidade. Eu como AIS trabalho com os medicamentos e também a parte da água e da orientação. (...) Ai tem a parte da ‘erva medicina’ que na minha aldeia é uma fonte que ta renascendo com muita potência. Inclui a gente já tem também uma área de erva plantada. [...] Porque a gente veio vendo, analisando, que a parte da nossa cultura tava um pouco esquecida. As pessoas não estavam ligando mais pra parte da erva. Então, com o estudo da natureza a gente descobriu que isso era uma fonte muito importante. Então a gente criou essa área! [...] E temos as pessoas que trabalham com a erva: são três pessoas, aliás quatro com a minha mãe velha que tem muito conhecimento. E também tem o meu irmão - ele não é pájé formado igual ao que trabalhava antigamente, que fazia tudo, no assopro ele curava qualquer pessoa -, mas pelos conhecimentos que eles tão tendo com a erva, já fazem um bom trabalho. O trabalho deles, não é por tempo: sempre vem praticando. Nós chamamos as pessoas que trabalham com a erva como agente de medicina tradicional, porque só trabalha com a ‘erva medicina’ (AIS KAXINAWA, grifo nosso).

Para propiciar o “renascimento das ervas medicina” o agente de medicina tradicional, com o apoio da comunidade, preparou um pedaço de terra dentro da mata para plantá-las. Além de ser responsável por manter essa plantação, esse agente também trata algumas doenças com as plantas que ele conhece.

Então, falando lá do trabalho que nós fazemos, que é como a liderança falou, eu sou apoiado como agente de medicina tradicional. Eu não sou formado, mas eu sou aluno. Faz basicamente quatro anos atrás que eu venho aprendendo a estudar a parte da erva. Eu estudei com meu pai e em seguida eu estudei também com minha tia ali. Durante quatro anos eu pesquisei e já dá pra mim trabalhar pra curar algum sintoma de doença dentro da comunidade. Eu venho trabalhando com relatório. Do ano de 2003 pra cá eu tenho meu relatório das pessoas que foram atendidas com as ervas tradicionais. E pra isso nós valorizamos as nossas ervas tradicionais, que antes eram esquecidas. Nós fundamos essa Associação através da cultura e

fomos buscar esse conhecimento do lado da erva tradicional. Então, nós fizemos uma área com basicamente com um hectare de terra; já foi plantado 1.080 espécies. [...] Eu venho trabalhando ao lado da minha tia ali para curar qualquer sintoma de doença que aparece dentro da comunidade. [...] Então, a pessoa que sente aquele sintoma de doença fala pra nós. Se nós conhece aquela doença pra curar com aquela erva, nós tamo pra atender. E no caso que nós não puder resolver na aldeia, tem a nossa AIS que é pra resolver na parte do *nawa*. Então é isso que nós vem trabalhando lá na minha aldeia no Humaitá (*sic*) (grifo nosso).

A experiência de Humaitá estimulou um Kaxinawa do Caucho a aprender sobre as “ervas medicina” com os mais velhos e a plantá-las em sua comunidade. Com aquilo que aprendeu em suas pesquisas ele também atende às pessoas que o procuram.

A gente tá começando um trabalho que eu peguei na aldeia do Humaitá. Cheguei lá e eu vi as ervas deles. Achei muito importante! Passei um ano e pouco trabalhando lá [...] e o pouco de medicina que a gente arrancava, fazia aquela muda junto com ele. Ai eu aprendi. Como um sonho meu, eu comecei a imaginar e agora mesmo eu comecei a plantar. Eu já tenho um pouco de muda plantada, não pra muito, mas eu to plantando aquela medicina que eu sei pra que serve. [...] Eu to fazendo pesquisa também junto com as pessoas idosas, com os povos antigos também, aonde a gente tinha um pouco de conhecimento em torno de um pajé que já se acabou. Por isso que eu tive essa experiência. [...] Aqueles que não têm vergonha e me procuram, eu to a disposição pra atender. Eu tenho essas mudas lá já plantadas [...] e meu sonho é cada vez aumentar mais e não diminuir.

Ao que tudo indica, as iniciativas locais de promoção da medicina tradicional estão cada vez mais difundidas entre os povos indígenas do Alto Juruá. Talvez esse seja um aspecto do fenômeno de “revitalização cultural” atualmente vivenciado por esses povos, conforme os relatórios apresentados pelo Instituto Olhar Etnográfico (2006a). Entre outras coisas, talvez esse fenômeno venha contribuindo para a emergência de outras posições sociais (cargos) no âmbito das comunidades indígenas, como é o caso, do agente de medicina tradicional Kaxinawa.

Entretanto, no debate que ocorreu na reunião do Caucho, os Katukina da aldeia Sete Estrelas apresentaram outro ponto de vista: de que eles não conheciam aquilo que os parentes indígenas estavam chamavam por “medicina da mata”. Contaram que em sua aldeia as doenças eram curadas por meio das rezas do pajé.

Eu vou falar um pouco aqui pros meus parentes. Tô participando nessa Oficina muito maravilhosa, mas só que eu to um pouco vergonhoso. Por quê? Porque eu tô vendo os meus parentes falar um pouco de medicina, o pouco que eu tô entendendo. E nós não sabe esse negócio de medicina, nenhum de nós entende o que é medicina da mata pra curar doença. A doença que nós cura é através de reza de pajé! Por isso eu tô sentindo um

pouco vergonhoso frente aos parentes, porque nós não entende o que é medicina da mata. Nós se cura das doenças através de reza do pajé. [...] Ai na parte da mulher, nós não tem as folhas pra dar pra ela. Quando a mulher ganha neném em paz, só ganha normal. Então, o que nós faz? Nós faz só na reza dos pajé mesmo, pra aquela mulher ganhar neném em paz. Nossa realidade é essa. Só isso que eu queria dizer (*sic*) (CACIQUE KATUKINA).

Por sua vez, um pajé Kaxinawa afirma que a medicina tradicional é uma atribuição dos pajés que atuam nas comunidades. “Então, ele tava falando o pensamento dele sobre a medicina tradicional. É assim: do jeito que tem os médicos na cidade, tem os pajé que sabem de medicina. Ele falou que os pajés também são os médicos das comunidades lá na sua aldeia” (MONITORA TRADUZ A FALA DE UM PAJÉ). Os pajés também são reconhecidos por conhecerem os remédios da mata, na medida em que são eles que dominam a ciência tradicional.

[O pajé] também conhece da medicina tradicional, como também pra prevenção. Antes de acontecer tem que prevenir, né? A mulher quando é grávida no primeiro mês vai tirando remédio da mata até nascer. Quando nasce a gente banha até crescer, até ser batizado e mudar o dente.¹⁶⁰ Ai tem a ciência tradicional dos pajés. Eu admiro muito essas coisas da tradição (AIS KAXINAWA).

Mas, se o pajé é sabedor das plantas, há conhecimentos sobre a medicina da mata que são difundidos entre as famílias que habitam uma determinada comunidade.

Quando existe um problema de doença na aldeia, que depende da medicina, às vezes procuram o pajé. Mas muitas famílias conhecem um pouco dessa medicina. Então, não depende quase de ir atrás de um profissional como o pajé, porque quase toda a família já faz a parte do que eles têm um pouco de conhecimento. Quando a mulher ganha o bebê, os pais mesmo se dividem pra fazer aquele tipo de prevenção, como falam. O posto de saúde tem a vacina pra evitar certas doenças; tem a mesma coisa na tradição (AIS KAXINAWA).

11.1 A Medicina Tradicional em Diálogo

Na reunião de Morada Nova preponderou a perspectiva que define a medicina tradicional como equivalente aos remédios da mata utilizados tanto para tratar complicações na gestação ou no parto como para tratar todos os tipos de doenças. O banho de folhas foi um dos remédios mais referidos pelos participantes das reuniões.

Chega na hora do parto, aí tira remédio. Tudo isso nós põe pra passar logo dor. Se esse menino ta doente ai tira aquele remédio, faz cozimento e dá

¹⁶⁰ Referência ao ritual o *nixpupima*. Para mais informações sobre este ritual, ver Lagrou, 2007.

banho. Mesmo jeito mãe que não ganha: faz cozimento e dá banho. De repente não sente dor. Isso que a gente faz. Tem muito remédio caseiro que é bom, que nós usa. Mas, nem sempre ele cura. Aí leva pro Polo, agente de saúde encaminha pro hospital costurar. É assim! (PARTEIRA KAXINAWA).

Um pajé, inclusive, chegou a afirmar que com o seu conhecimento sobre as ervas medicinais ele pode ajudar as mulheres a se recuperarem rapidamente após o parto.¹⁶¹ Além disso, as folhas e outros remédios da mata utilizados pelos pajés também compõem um tipo de “*kit do índio*”.

Eu, como *Huni Kuin*, tenho orgulho de dizer que eu não sei de tudo... To aqui pra aprender! Por isso to aqui! Por mais que eu não vou ser parteiro, como seria a mulher, mas posso ajudar ao lado. Como? Com ervas medicinais! Qual o tipo? Se precisa de um cozimento pra desinflamar... Nasceu bebê ontem bem cedo, então, à tarde a gente vai pegar uma erva medicinal, põe pra amornar na água, mais tarde dá um banho. Com três, quatro dias, ta desinflamando toda a mulher que deu à luz. Isso é um tipo de *kit do índio*! Não é só o branco que tem kit, não! O pajé também tem! Nós temos! [...] O que nós precisamos é do kit do pajé: traga essa compressa pra desinflamar, traga a cera do mel de abelha pra colocar na coroa da criança pra não pegar quebrante, vento caído. Nós *Huni Kuin* Kaxinawa! [...] Hoje tamo querendo só do branco: gilete, guarda-chuva, lanterna... Não precisa! Se precisasse de lanterna nós não era nascido! Eu não tava aqui conversando! E tem o nosso *kit do índio*: óleo de copaíba pra passar na moleira pra não tomar susto, não dá agonia, ataque, alguma coisa... Pega um remédio e bota nos olhos quando o bebê nasce, o sumo de uma folhinha, pra que o espírito não assombre a criança, fazendo careta pra ela tomar susto! Kueeeee, kueeee, kueeee! Já foi a alma da criança! Então, pra não dá aquilo, pra não dormir ruim, pra não levar maldade, pega o remédio, abre o olho do bebezinho e coloca um pinguinho. Ele vai sentir um pouquinho, vai chorar, vai doer, mas aquilo vai preservar o espírito dele pra não ser carregado! Na hora que nasce a criança, às vezes tem um espírito adiantado que também quer ser parteira! Quer pegar a alma do bebê e levar! Muitas das vezes o bebê com dois, três dias chora, chora e morre! Ai diz que o espírito carregou! Mas, eu não sou realmente pajé espiritual!

Mas, os sentidos atribuídos à medicina tradicional indígena vão emergindo à medida que as pessoas vão se manifestando, revelando assim a dimensão criativa que informa o fluxo dialógico nestes eventos. Um Aisan Kaxinawa diz entender a medicina tradicional como a ciência advinda da cultura antiga de cada um dos povos indígenas ali representados. Neste contexto de fala, a ciência aparece como sinônimo dos conhecimentos de domínio dos pajés e das parteiras.

¹⁶¹ Um fator identificado pelos participantes desse evento é a dificuldade que as comunidades indígenas da região vêm enfrentando no que diz respeito ao acesso às plantas utilizadas como remédios tradicionais. Essa dificuldade se torna um problema, principalmente, em casos que requerem uma intervenção rápida, tais como em um parto difícil ou mesmo para tratar outros tipos de doença.

O que eu entendo como medicina tradicional é a ciência que cada povo indígena tem desde a cultura antiga que eles vêm preservando. É essa ciência relacionada ao pajé e a parteira. A medicina tradicional envolve o trabalho desse pessoal. Então, é uma ciência, é um conhecimento que nós temos muito rico na nossa aldeia. O que eu entendo como medicina tradicional é isso aí.

Diante dessa colocação, algumas anciãs indígenas perguntaram para os demais participantes se o conhecimento de “fazer a mulher ganhar neném” se constituía em uma ciência e, em sendo assim, se o conhecimento de todas elas e dos pajés formava a medicina tradicional.

Elas vieram me perguntar se era mais ou menos assim: isso aqui é uma ciência, no pensamento delas, só de fazer a mulher ganhar neném. Essa daqui sabe tratar dor na barriga, ela esfrega tua barriga até você ficar bom. Ela disse que ta pensando que isso aí é outra ciência que ela tem. Outra medicina que ela usa. Ela disse que quando uma pessoa ta com dor na cabeça e ela não sabe o remédio, aí ela vai na mata e busca outro. Ela diz assim: eu acho que dá pra fazer outro tipo de remédio. Será que juntando os conhecimentos da gente forma a nossa medicina tradicional? Elas tão perguntando (AIS KAXINAWA).

No entendimento que elas passaram a construir a partir do diálogo sobre medicina tradicional, as anciãs tentavam acomodar as informações que estavam recebendo. Em seu ponto de vista, cada conhecimento aplicado para intervir em situações específicas representava uma ciência – para fazer a mulher ganhar neném é um; para tratar dor de barriga é outra. Além disso, cada pessoa detinha conhecimentos diferentes entre si, ou seja, possuía uma ciência particular e trabalhava com uma medicina específica. Sustentada sobre essa lógica, a medicina tradicional, então, se constituiria no conjunto desses conhecimentos e práticas.

A fala das anciãs também apontou para o caráter experimental dos saberes e das práticas tradicionais de cuidados com a saúde. A todo o momento, devido às necessidades de saúde, as pessoas fazem novos experimentos ao tentarem tratar e curar as doenças que aparecem em seu cotidiano. Neste processo, os conhecimentos são permanentemente atualizados o que demonstra o caráter dinâmico da “tradição”.

Por outro lado, torna-se evidente que os saberes especializados são de domínios de pessoas particulares, pois são obtidos nas experiências vividas no decorrer de suas trajetórias; enquanto os compartilhados são aqueles de domínio familiar e comunitário. Cada ‘especialista’, então, possuiria um saber único, composto por conhecimentos não

compartilhados com nenhum outro especialista, mesmo eles sendo classificados sob um mesmo rótulo (pajé, parteira), e também um saber comum, compartilhado não só com outros especialistas, mas também com a comunidade como um todo. Assim, o conceito de medicina tradicional emergiu durante essa reunião a partir da própria reflexão que os seus participantes realizaram sobre o tema.

Mesmo assim, alguns participantes expressaram sua preocupação com o fato de grande parte dos jovens não estarem interessados nos conhecimentos dos velhos.

Ela diz que ela tem vários conhecimentos, desde quando a avó dela deitava com ela e contava histórias, mostrava os conhecimentos tradicionais da erva e mostrava, quando uma pessoa já estivesse morta, pro espírito ir pro céu. Ela tem todos esses conhecimentos, mas ninguém mais pergunta a ela! Ela jamais vai repassar pra quem não se interessa em aprender!

Um AIS Kaxinawa, por sua vez, amplia a definição de medicina tradicional para abarcar o conhecimento de cada um, inclusive dos antepassados, sobre o solo, a floresta, a água e os animais, porque estas coisas são utilizadas pelas pessoas para fazerem a sua ciência, os seus costumes, os seus ritmos e a sua medicina. Dessa maneira, a medicina tradicional se constituiria em um conhecimento natural que traz alegria, mas também um saber prático.

Quando se fala da medicina tradicional que vocês colocaram aqui, era isso: a nossa medicina tradicional era todo o conhecimento de um aos outros, dos nossos antepassados, que eles colocavam a sua ideia na questão do solo, da floresta, dos líquidos que é a água. Tudo um pouco disso ai, nossos animais, tudo é medicina tradicional, porque alguma coisa desses objetos você usa na sua ciência, nos seus costumes, nos seus ritmos, pra fazer uma medicina daquilo ali. Então, é um conhecimento mesmo natural, que traz alegria pra todo mundo na hora que você consegue aquilo. [...] Na questão das presas dos animais, da queixada, você toma um chá e ele não te prejudica, você fica mais saudável ainda! Então, a medicina tradicional é o conhecimento de cada um aqui, a troca de experiência, que cada um aqui vai enriquecer os conhecimentos de cada um e levar pra sua comunidade. E tentar fazer isso que vem ocorrendo, pra que não depender de dizer: bom, melhorou o quê na questão das parteiras? Ah, melhorou porque veio gilete, veio [...] Isso não melhorou não! Isso até contribuiu com uma coisa talvez diferente: aprendemos um pouco da técnica, mas a prática é o mais importante! Eu acho que hoje não são os objetos, os materiais que vão melhorar, que vão fortalecer. Eu acho que é a prática disso que a gente não pode perder! Isso que é o melhor! Então, é por isso que hoje a gente ta caindo nessa dependência, porque: - 'ah, nós só vamos ser parteira se temos o kit!' Então, ouvi ali a Luzia falando que ela tem um certificado de parteira, mas não tem o *kit*. Talvez ela seja melhor parteira tradicional do que as outras que tão confiando nos seus kits. Só vai cuidar se tem o kit? Então, as vezes, pode ser uma coisa que vai falhar ali. Então, a melhor coisa no seu cargo de trabalho é a sua boa vontade, o seu interesse, o seu conhecimento. Ali que vai fazer tudo se transformar na nossa medicina, na boa vontade, em tudo o que a

população vai sentir agradável. Eu acho que muitas vezes quando a gente fala de projeto, o parente pensa: - 'ah, é dinheiro!' Projeto ninguém faz sem dinheiro! Mas, projeto é quando você se planeja pra trabalhar e garantir aquilo até, sei lá, quanto tempo puder. É um projeto de vida! Um projeto de preservar o nosso meio ambiente. Tudo isso aqui é nossa medicina! Tudo o quanto você pensar da sua ciência, da sua sabedoria, ela pode ser uma medicina. Às vezes o pessoal não acredita que uma terra dessa serve pra medicina! Serve sim! Uma água serve sim pra medicina tradicional! Roda a nossa floresta, todo e qualquer pé de árvore é uma medicina. Então, dá ânimo pra gente esses conhecimentos!

Uma das antropólogas da equipe do Projeto Acre também se engajou nos debates acerca dos sentidos relacionados ao termo da medicina tradicional indígena. Após a reflexão proposta pelas anciãs indígenas, a antropóloga, em sua autoridade discursiva, afirmou que, para o branco, a medicina tradicional é o conhecimento de cada um, ao mesmo tempo em que é o conhecimento de “todo mundo”.

Para o branco, quando fala medicina tradicional, é o conhecimento dela, dela, dela, dela... De cada um! É diferente? É diferente! Mas se juntar é muito conhecimento! Se juntar é muito! Então, quando a gente ta falando de medicina tradicional, ta falando de todo mundo. Um conhece remédio pra uma coisa, outro pra outra, uma sabe mexer quando a mulher ta tendo o neném de um jeito, outra sabe de outro. Tudo isso é o que a gente considera, que o branco considera medicina tradicional! [...] Então, eu acho que é importante pensar que a medicina tradicional não é só a planta. É o pensamento, é o conhecimento de cada um. É muito mais do que planta. É diferente do branco. Branco pensa muito em remédio e eu acho que, quando a gente pensa medicina tradicional, ta pensando em tudo isso. O conhecimento de todo mundo, o pensamento de todo mundo. O que aprendeu, o que foi repassado pela avó que passou pra filha, que passou pra neta. É isso que a gente ta falando quando fala em medicina tradicional.

Dessa forma, o antropólogo se apresentou como um agente ativo que contribuiu, por meio de sua participação, no diálogo com os participantes indígenas da reunião na construção da própria definição da medicina tradicional indígena. Até mesmo porque os sentidos que informam essa noção não são fixos, mas estão constantemente sendo reinventados cada vez que pautados em um processo comunicativo dinâmico e criativo.

11.2 A emergência das categorias discursivas no âmbito das reuniões do Alto Juruá

As falas dos participantes das Reuniões de Parteiros, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde, recorrentemente, remeteram ao que foi dito por outras pessoas em outros tempos e lugares, estando repletas de ecos e reverberação de enunciados proferidos em outros eventos

comunicativos, como, por exemplo, aqueles que foram ditos nos Cursos de Capacitação de Parteiras. Dessa forma, algumas categorias que tiveram seus sentidos revelados e negociados durante esses eventos, tais como o de pajés, parteiras e agentes indígenas de saúde, já tinham sido objeto de discursos em contextos interétnicos em que foram utilizadas para nomear certas classes de agentes de modo a contribuir para fazê-los existir.

Ora, o fato de o Projeto Acre chamar essas pessoas para participarem das reuniões, e elas, assim como suas comunidades, responderem a esse chamado, indica que já existiam definições previamente estabelecidas para estas categorias, mesmo antes da realização desses eventos. Isso não quer dizer que tais definições estejam “congeladas”. Pelo contrário, ao serem colocadas em pauta em situações dialógicas específicas, como no caso das reuniões do Alto Juruá, essas categorias são revisadas e redefinidas, propiciando que novos sentidos sejam atribuídos a elas.

Dos discursos veiculados pelos participantes das reuniões do Alto Juruá, emergiram os sentidos atribuídos por eles aos saberes e práticas usados nos cuidados com a gestação e na assistência ao parto, bem como aos papéis desempenhados pelas parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde no cuidado com as grávidas e parturientes nos múltiplos contextos comunitários dessa região.

Esses enunciados revelaram o quanto esses mesmos papéis – as posições de parteira e de pajé são informais, enquanto a do AIS é formalizada –, de certa forma, são emergentes. A parteira surge como alguém habilitado, por ter sido capacitada pelos cursos de parteiras, para acompanhar as gestantes e assistir os partos no âmbito de suas aldeias. Já o AIS aparece como especialista em “remédios da farmácia” e o responsável pelos encaminhamentos das grávidas e parturientes, transformadas em pacientes, para os serviços de saúde. Nos dois casos os discursos revelam que, no âmbito das aldeias indígenas, parteira e AIS emergem como cargos.

Por fim, se em algumas comunidades a atribuição dos pajés no cuidado com a gestação e o parto estava claramente estabelecida, durante essa reunião, ficou claro que existe uma variedade de práticas realizadas pelos pajés e, conseqüentemente, uma diversidade de xamãs, que são abarcadas pela categoria pajé. De qualquer forma, os participantes desses eventos enfatizaram duas atribuições principais desempenhadas pelo pajé nesse cuidado: quando existe necessidade de uma intervenção especializada sobre problemas que ocorrem durante a gestação e o parto, então o pajé trabalha com rezas – caso das etnias Katukina e Kaxinawa –; e também tira “folha do mato” e prepara os remédios tradicionais para serem

usados durante a gestação para que a mulher tenha um bom parto e se recupere rapidamente ou, mesmo para desenvolver algumas capacidades no novo ser que passa a ser forjado desde a gestação. Entretanto a ideia de pajé como um parceiro da parteira para cuidar das gestantes e parturientes das suas comunidades, mesmo que essa associação possa acontecer em alguns contextos comunitários, emerge também durante esse evento.

Os discursos proferidos durante as reuniões do Alto Juruá, de certa forma, falaram sobre os efeitos causados pela irrupção de ações governamentais, que fazem parte de políticas públicas específicas, tais como os cursos de capacitação das parteiras que, mesmo tendo sido organizados por lideranças indígenas, são um desdobramento do Programa Trabalhando com as Parteiras Tradicionais do Ministério da Saúde. Entretanto, se sobre isso eles falaram foi porque outra política pública, o Programa de Medicina Tradicional Indígena, propiciou a criação de um espaço para que esses assuntos fossem tratados.

De qualquer forma, os discursos dos participantes também expressaram a existência de uma “teoria indígena sobre o branco e suas coisas” (GALLOIS, 2002), vigente entre os povos que estiveram representados nas reuniões do Alto Juruá. Portanto, quando falam do branco, o que está sendo revelado é o entendimento indígena sobre o branco. Nesse sentido, a própria categoria “branco”, ao irromper nos discursos proferidos durante esses eventos comunicativos, assume um caráter emergente e indigenizado, por explicitar a forma como esses povos apreendem o branco e o seu mundo a partir de sua própria perspectiva.

A visão sobre o branco emergiu, principalmente, quando os participantes recorreram à comparação entre a forma indígena de cuidar da gestação e do parto, geralmente qualificada como tradicional e/ou cultural, e o jeito do branco de fazer saúde. Portanto, esses discursos operaram com uma série de dicotomias que giraram em torno da oposição índios *versus* brancos, que estabelece um marco diferencial da forma como as coisas eram realizadas antigamente e como elas acontecem hoje – outra dicotomia fundamental que surge nos discursos indígenas. Assim, essas dicotomias foram estruturantes dos próprios discursos.

Dentre as dicotomias que emergiram nos discursos citam-se algumas: conhecimento tradicional *versus* conhecimento do branco; parto tradicional *versus* forma do branco de fazer partos, marcada pelos procedimentos de higiene e pelo uso dos materiais do *kit*-parteira; pré-natal indígena *versus* pré-natal do branco; parto antigamente *versus* parto hoje; remédio da farmácia *versus* remédio tradicional; medicina tradicional *versus* medicina do branco; parteira indígena *versus* parteira branca (enfermeira); pajé *versus* médico, e assim por diante.

Assim, a noção de tradição, bem como a expressão “nossa cultura”, aparece nos discursos indígenas, demarcando as diferenças existentes entre os conhecimentos e as práticas empregadas por eles daquelas que são identificadas como provenientes do mundo do branco. Neste caso, elas também se constituem em categorias discursivas utilizadas para contrastar as distinções e demarcar as fronteiras – um meio de falar sobre si para o Outro-branco. Em muitas falas, essa noção aparece como análoga à de cultura. Talvez a diferença esteja no fato de a primeira remeter a uma dimensão temporal, contendo a ideia de conhecimentos e práticas advindas de tempos antigos e transmitidas ao longo das gerações. Mas isso não quer dizer que elas sejam estáticas. Pelo contrário, muitos dos depoimentos demonstraram que ela se transforma. Como no caso dos Katukina, que afirmam que antigamente quem aplicava o *kampô* era o pajé, mas que atualmente todos aplicam.

Os discursos permitem perceber que o fato de identificar, por exemplo, os materiais do *kit*-parteira como coisas do branco não impede que eles sejam desejados pelos indígenas. Só que o fato de serem apropriados e incorporados às práticas das parteiras aparece nos discursos como marca de uma transformação na forma tradicional de partejar para a forma do branco de assistir os partos. Em muitas falas, o fato de trabalhar no modo dos brancos, aprendido nos cursos, aparece como qualificativo para a atuação da parteira como “mais profissional”, “mais técnica”. O que, como se viu, agrega valor social e prestígio para aquelas mulheres que participaram dos cursos. Entretanto essa noção de profissional também é utilizada para qualificar o trabalho realizado no registro da tradição. Por exemplo, o pajé Katukina que sabe trabalhar com mulher grávida afirma que seu trabalho é profissional, pelo fato de ele ter alcançado sucesso em suas intervenções. Da mesma forma, as parteiras seriam profissionais formadas pela cultura por desempenharem um trabalho de grande responsabilidade ao salvar duas vidas: a da mãe e a da criança. Nesse caso, a noção de profissional também emerge nessas reuniões como uma categoria discursiva indigenizada, pois remete a perspectiva indígena sobre o que significa ser “profissional”.

A noção de medicina tradicional também aparece nos discursos como uma categoria discursiva, muitas vezes, associada à noção de cultura. Em uma primeira aproximação, pode-se dizer que a medicina tradicional indígena também constitui categoria emergente. Os múltiplos sentidos que a informam nunca são plenos e tampouco fixos, permitindo que ela seja constantemente revista e recriada nas situações dialógicas que a tomam como tema.

À medida que novos sentidos emergiram durante os debates estabelecidos entre os participantes das reuniões no Alto Juruá, a categoria de medicina tradicional indígena foi recriada em um contínuo processo de *autopoiesis*. No geral, o sentido preponderante atribuído a essa noção foi o associado ao uso dos “remédios da mata”. Neste caso, a medicina tradicional está muito mais alinhada com o sentido estrito das práticas de autoatenção, como proposto por Menendez (2003), ou seja, remete as representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo saúde-enfermidade-atenção.

Ao contemplar práticas que contribuem para a produção de corpos e pessoas indígenas, a medicina tradicional também opera com a dimensão ampla das práticas de autoatenção empregadas para assegurar a reprodução biossocial e cultural dos povos indígenas do Alto Juruá. Entretanto, nos fluxos dos diálogos, outros sentidos passaram a ser atribuído a ela, como por exemplo, também surgiu o sentido amplo da medicina tradicional, principalmente quando os participantes chegaram ao consenso de que ela constitui uma ciência indígena que abarca conhecimentos sobre a vida, a natureza e o bem-estar das comunidades.¹⁶²

Por outro lado, a perspectiva estrita da medicina tradicional que a entende como “ervas medicina” pode não só revelar o entendimento indígena sobre o tema, mas também lançar luz sobre a compreensão que estes povos possuem da “medicina do branco”, em que o medicamento, geralmente, é um dos bens ocidentais altamente valorizados. Da medicina do branco, o medicamento talvez seja aquela parte divisível, destacável da sociedade ocidental que pode ser apropriada pelos povos indígenas, assumindo novos significados e novos usos nos contextos comunitários em que eles são inseridos. A própria figura do AIS emerge como aquele que tem conhecimentos sobre o “remédio dos brancos”. Assim ele se afirma como especialista a partir das relações mantidas com o mundo externo à aldeia. Neste caso, no jogo discursivo das categorias dicotômicas, a medicina tradicional aparece nos discursos dos participantes das reuniões como equivalente à medicina do branco – símbolo autorizado do fazer saúde – e é nestes termos que as reivindicações pelo reconhecimento dos seus praticantes – parteiras e pajés – são endereçadas ao branco.

¹⁶² Importante lembrar que os contextos indígenas em que se encontram inscritos os saberes e práticas utilizados durante a gestação e o parto fazem parte de um complexo sociocultural que pode ser compreendido como xamânico, ou seja, enquanto um sistema cosmológico. Em sendo assim, o xamanismo não delimita fronteiras entre os diferentes domínios que compõe uma cultura. “Falar de xamanismo em várias sociedades, implica falar de política, de medicina, de organização social e de estética” (LANGDON, 1996: 26-27).

Sem pretender esgotar os múltiplos sentidos associados à medicina tradicional indígena que apareceram nos discursos proferidos pelos participantes das reuniões do Alto Juruá, pode-se dizer que as definições indígenas dadas a esta categoria, associada a todas as outras categorias que a complementam em seu sentido, também foram emergentes.

Mas outra questão levantada pelos participantes desses eventos comunicativos, associada ao processo de emergência dos cargos comunitários de parteiras e das parteiras habilitadas, foi a reivindicação pelo reconhecimento oficial da parteira e a sua consequente contratação remunerada, nos mesmos termos que os AIS foram. Isso faz com que haja uma redefinição não só dos papéis exercidos pelos cuidadores, mas também do próprio entendimento sobre a saúde, na medida em que o foco dos discursos direcionados ao branco recaí muito mais no sentido estrito do que no sentido amplo das práticas de autoatenção. Mas há oportunidade de aprofundar essa discussão no próximo capítulo.

12 CONTRATO, DÁDIVA E A LUTA POR RECONHECIMENTO

Durante a Reunião de Parteiros, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde que ocorreu na TI Katukina de Campinas, a contratação remunerada das parteiras indígenas e o reconhecimento¹⁶³ profissional desse ofício foi um ponto debatido pelos seus participantes. O que se revelou por meio dos discursos ali proferidos foi a existência de intencionalidades étnicas e políticas particulares que informam os projetos indígenas de *developman* de fazer dos cursos de capacitação de parteiras, e até mesmo desses eventos, como uma forma de dar visibilidade à questão das parteiras e de criar condições para a conquista desse reconhecimento junto ao Estado.

De acordo com os participantes das reuniões no Alto Juruá, as parteiras são profissionais formadas pela cultura. Entretanto, ao participarem dos cursos, seus conhecimentos tradicionais e sua experiência na arte de partejar seriam tecnicamente aperfeiçoados, o que agregaria valor profissional à sua prática. Neste caso, a luta pelo reconhecimento se apresenta como sinônimo das exigências indígenas pela contratação remunerada das parteiras, tal como acontece com os AIS.

Ao propiciar o surgimento do cargo de parteira tradicional em sua acepção moderna, os cursos criaram expectativas nas comunidades indígenas de que as mulheres que deles haviam participado seriam contratadas pelo Estado. Neste contexto, a contratação consistiria numa forma de as parteiras exercerem seu ofício com melhor qualidade e também com uma fonte de renda por meio da qual elas teriam acesso aos bens de consumo que sentem necessidade.

Mas, ao reivindicar o contrato remunerado, que tipo de relação os povos indígenas do Alto Juruá estão querendo estabelecer com o branco? Que tipo de vínculo está sendo proposto? Qual a natureza desta aliança?

Na reunião de Campinas, o debate sobre a contratação das parteiras assumiu um tom reivindicatório, surgindo como um desdobramento da avaliação que os participantes fizeram

¹⁶³ Paul Ricoeur (2006) faz um mapeamento das concepções associadas à noção de reconhecimento: 1. Aprender (um objeto) pelo pensamento, ligando entre si imagens, percepções que se referem a ele; distinguir, identificar, conhecer por meio da memória; pelo julgamento ou pela ação; 2. Aceitar, considerar verdadeiro; 3. Demonstrar por meio de gratidão que se está em dívida com alguém (sobre alguma coisa, alguma ação). Parece que no discurso dos participantes das reuniões os sentidos do termo reconhecer envolvem, principalmente, as concepções 2 e 3, podendo também remeter à concepção 1 quando apontam para as distinções entre os índios e o outro branco.

dos cursos de parteiras. No entanto as reivindicações por reconhecimento e a consequente contratação não se restringiram unicamente às parteiras. Os pajés Katukina aproveitaram a oportunidade para também demandar a remuneração pelos serviços que prestam às suas comunidades.

Analisando os discursos proferidos no âmbito dessa reunião, pôde-se perceber que o contrato, particularmente para as parteiras, assume significados diferentes na fala de cada um dos seus participantes. Para as lideranças que integraram a equipe do Projeto Acre, a conquista do contrato representa luta que, ao ser vencida, consolidaria o poder de representação dessas lideranças perante as comunidades da região. Neste caso, a luta se justifica devido ao valor do trabalho que as parteiras realizam dentro de suas aldeias: “elas salvam vidas”.

“E hoje tá lá na 4ª Conferência da Saúde Indígena, com toda a certeza, as pessoas que foram daqui do Acre levaram também essa reivindicação: a valorização e o reconhecimento das parteiras indígenas. [...] Os profissionais de saúde não reconhecem! Ó a tia aí é um poço de sabedoria! Outras mulheres, outras parteiras são formadas na tradição, na sua cultura. Mas os técnicos brancos vão continuar dizendo que nós somos leigas, aquelas pessoas que não sabem, né? Então, nós queremos mostrar pra esses profissionais de saúde, pra esse pessoal formado que a gente não é nada de leiga: as parteiras, sim, são profissional! (*sic*) As parteiras têm a sabedoria! Os pajé tem a sabedoria própria, que o médico não tem!”.

Do ponto de vista das mulheres que ocupam a posição de parteiras, o contrato remunerado traria vários benefícios. Para as Jaminawa-Arara, a remuneração lhes possibilitaria doar alimentos e roupas para as mulheres pobres a quem estão assistindo. Até mesmo criaria condições para que elas removessem a parturiente para o hospital em partos complicados. Enfim, o contrato seria uma forma de melhorar as condições de trabalho da parteira e de lhes possibilitar ofertarem dádivas às mulheres que estão atendendo e às crianças que estão “pegando”.

Se eu fosse contratada ajudaria bastante! Porque tem muitas mulheres que são mais pobrezinhas de que eu e, se eu fosse contratada, ajudava no alimento para o parto dela. Se fosse preciso levar pro hospital eu mesmo pegava meu barco com motor e com meu filho e eu ia com ela. Isso tudo eu fazia (PARTEIRA).

Até porque tem muita mulher que não tem as coisas também. Às vezes vão ganhar neném e não tem uma manteiga, não tem um leite. Tudo isso, se a gente tivesse um contrato, podia comprar e também dá assistência pra elas. Porque muitas vezes a gente já dá sem ter o contrato. Muitas vezes a gente tem mais do que elas, a gente pega um pacotinho de fralda, junta umas

camisinhas. Tudo isso a gente dá. E com o contrato a gente pode fazer mais alguma coisa, nos dando condições pra gente trabalhar melhor ainda nas aldeias. Porque eu já gosto de ajudar as pessoas: o pouco que a gente tem, a gente tira da gente e leva pra elas. Já aconteceu de matar frango dos meus pra dar pra quem está de resguardo. E quando elas terminam o resguardo nem nos recompensam (OUTRA PARTEIRA).

Uma representante das mulheres, por sua vez, alega que o contrato possibilitaria as parteiras tanto a acompanhar as mulheres durante a gestação quanto a resgatar as práticas tradicionais de resguardo pós-parto, porque elas teriam mais tempo para se dedicar à grávida e à mulher que acabou de ganhar neném.

Eu acho que seria muito importante o contrato das parteiras pra [...] elas ter mais tempo de conversar com a grávida, acompanhar o parto realmente. Porque às vezes a parteira vai lá, pega o menino e vai embora, não fica com a mulher. Eu acredito que elas tendo esse contrato vão passar no mínimo três dias lá com a doente cuidando, como era antigamente (REPRESENTANTE DE MULHERES INDÍGENAS).

Outro benefício que o contrato traria, lembram as mulheres Nawa e Nukini, seria evitar os conflitos que as parteiras enfrentam junto aos seus maridos, já que eles se incomodam quando a esposa deixa seus afazeres cotidianos para assistir um parto sem receber nada por isso. Assim, o contrato seria uma forma de remunerar os serviços prestados pela parteira à parturiente e também de compensar o tempo que ela deixa de trabalhar em casa ou na roça.

Como a parente falou: facilita mais por causa do tempo que a gente vai ter com as grávidas. Porque quando nós estamos na aldeia, nós não paramos não! É trabalhando direto! Além de trabalhar em casa, é trabalhando na roça. Muitas vezes a gente larga o trabalho e vai atender paciente. Ai o nosso esposo fica chateado: - 'tu deixa o teu trabalho pra fazer um parto e não ganha nada!' Eu digo: - 'Mas Deus dá recompensa!' (PARTEIRA NUKINI).

A retórica da necessidade pelos bens dos brancos é forte nos discursos dos participantes dessa reunião. Neste caso, o contrato remunerado seria uma forma de suprir as necessidades das famílias indígenas por certas mercadorias – roupas, sapatos, alimentos, material escolar, etc. – justamente pelo fato de as comunidades estarem vivendo próximas ao mundo dos brancos.

A necessidade também desse contrato das parteiras é porque hoje a gente tá no mundo dos brancos! A gente está vendo o movimento dos brancos. As próprias parteiras da comunidade perguntam: - 'porque os brancos contratam as brancas e nós, não?' Hoje você não vê uma 'parteira branca' no hospital [enfermeira] sem tá ganhando o seu salário. [...] Hoje, como o velhinho [pajé] ali disse, ninguém quer trabalhar mais de graça. Até porque a gente

precisa, porque mais ninguém anda nu. Se a gente for andar nu na cidade vai até preso. Tem que comprar sandália, roupa, os filhos da gente vem aí. Então, a gente precisa disso! (REPRESENTANTE DE MULHERES).

Uma parteira Katukina reforça a fala da representante de mulheres e diz que também quer ser contratada, porque há muito tempo vem trabalhando de graça. “Ela pediu que vocês levassem a proposta dela e encaminhasse pro Governo, ou, seja lá pra quem for. Ela falou que esse contrato iria ajudar bastante ainda”.

Aproveitando a discussão sobre a necessidade de contrato para melhorar as condições de trabalho das parteiras, os pajés Katukina também passaram a reivindicar a contratação. Em suas falas buscavam convencer aos demais participantes que eles também têm o direito de serem contratados, pois além de trabalhar com as parteiras, eles fazem curas de outros tipos de doenças.

Eu vou colocar um pouquinho. Eu não vou explicar melhor, porque eu não sei falar português. Eu tenho trabalhado muito nessas coisas que você colocou. Eu estou com 45 anos de pajé. Já trabalho há muito tempo mesmo em conjunto com parteira. Se a parteira vê que não dá pra ganhar neném rápido naquele momento, ela me avisa que eu trabalho junto com ela. Eu conheço! É só chegar lá e eu conheço se mulher vai ganhar neném rápido ou se vai passar horas e horas. Eu conheço todo o trabalho porque eu sou pajé! Eu trabalho com espírito, eu conheço mesmo! E o trabalho que eu faço é o que eu sei. O trabalho que eu sei, só eu sei mesmo trabalhar pra toda a comunidade katukina! As vezes precisa de mim lá de outra aldeia, aí me avisa e eu vou. [...] Não é só parteira não, todas as doenças eu sei curar. Deus o livre, se o pessoal adoce e morre, minha palavra mesmo já tinha escapado! Já salvei muita gente. Então, eu sei trabalhar mesmo com espírito! É que o eu queria colocar pra vocês e eu estou colocando. Muito obrigado! (PAJÉ KATUKINA).

O argumento de que “hoje ninguém mais trabalha de graça” também é acessado pela fala dos pajés Katukina. O fato de os agentes de saúde, conhecedores dos “remédios da farmácia”, serem remunerados pelos seus serviços, enquanto os pajés que “rezam noite e dia” não o são, é motivo de preocupação. Para eles isso desestimula o trabalho dos pajés, que passam a não querer mais trabalhar gratuitamente. Aquilo que as famílias teriam a oferecer pelo trabalho dos pajés no sistema de dádiva (MAUSS, 1950; GOUDBOUT, 1999), aparentemente, não os tem mais agradado. Existe agora uma demanda por bens e mercadorias que se adquirem apenas com dinheiro.

Até hoje eu trabalho de graça. Eu fico muito preocupado também, porque hoje ninguém trabalha mais de graça. A gente fica muito preocupado se o pajé não trabalhar mais. Porque todo Agente de Saúde ganha dinheiro. Tá aí agente de saúde que trabalha [com] ‘remédio da farmácia’ ganhando

dinheiro e nós perde nosso sono, reza noite e dia, trabalha muito e de graça. [...] – ‘Todo mundo está ganhando dinheiro e eu não vou trabalhar mais de graça!’ Vários deles falam assim! [...] – ‘Pra que quê eu vou trabalhar? Para os outros ganhar?’ Nós tamos brincando, mas é verdade. Porque nós somos pobres. Porque quanto tempo que a gente perde pra rezar uma mulher grávida? Quanto tempo que a gente trabalha? Às vezes a mulher sofrendo dois, três dias. Quando tempo que a gente trabalha pra salvar o menino? Pajé vai dizer: – ‘To ganhando um dinheirinho, vou trabalhar!’ A gente fica mais animado pra trabalhar! (sic) (PAJÉ KATUKINA).

Essas falas demonstram que na organização do cuidado à saúde, nas comunidades Katukina, o pajé ocupa uma posição hierárquica superior à das próprias parteiras. O discurso dos pajés dá a entender que eles teriam direito ao contrato devido tanto ao esforço empenhado para realizar curas nas parturientes quanto pelo fato de sua atuação ser mais “especializada” e abrangente do que a das próprias parteiras. Afinal, eles curam todos os tipos de doenças por trabalharem com espíritos. Vale lembrar que até pouco tempo atrás “qualquer um pegava menino” entre os Katukina, não sendo a assistência ao parto, no geral, um assunto de especialistas. A intervenção especializada nos casos de complicações durante a gestação ou no parto cabia, e ainda cabe, ao pajé. Logo, se a parteira tem direito ao contrato por prestar serviços à comunidade, o pajé, muito mais, já que seu trabalho exige grandes esforços e encerra uma enorme responsabilidade.

A representante das mulheres da região reitera a importância do pajé, considerando-o como equivalente ao “médico branco”. Aqui, assim como em outros discursos, o dispositivo discursivo da mimese colonial (BHABHA, 2005) opera como argumento que sustenta a legitimidade da reivindicação feita pelas lideranças indígenas. “Porque hoje quem tem um pajé dentro duma aldeia pode dizer que tem um doutor! Não é nem todo doutor que sabe, que tem o conhecimento de um pajé!”

Uma parteira Jaminawa-Arara, então, conta como o pajé Ashaninka que atende a sua comunidade cobra pelos serviços prestados. Entretanto, como pagamento ele não exige apenas dinheiro, mas também outros objetos.

Nosso pajé lá na nossa comunidade é de um povo e nós somos de outro. O nosso pajé lá é Ashaninka! Há mais de vinte anos que ele mora com nós. Mas, pra ele fazer uma cura em qualquer parente tem que pagar. Às vezes a gente diz: - ‘*txai*, vamos curar fulano!’ Ele diz: - ‘só se pagar!’ – ‘Pois então vamos, que nós paga!’ Paga com o quê? - Quer roupa, quer rede...’ Ele diz. - ‘Nós damo *txai*, mbora!’ Ai tem outro lá que diz que é pajé também, mas a gente não acredita. Alguns dizem que ele [o pajé Ashaninka] não sabe de nada. Aí ele fica assim chateado. Mas só que lá ele já curou muita gente! Até de hepatite ele curou o meu irmão dentro da aldeia! Aí ele vai, mas só que o

pagamento é na hora! Tem que ir, mas paga na hora! Aí pronto! Depois que a gente paga, ele vai! Passa dois, três dias... Aí quando tá bom ou bem melhor ele vem embora pra casa. [...] Até agora a tia Alzira tava muito doente, o Raimundo lutou pra ele ir e ele foi: – ‘Seu pajé sabe!’ – ‘Ah *txai*, pajé não vai não, só se trazer ela pra cá! Raimundo foi lá e levou a tia. A tia melhorou em dois dias! O pajé curou! Nós saímos de lá e ela tava andando!

Ao que tudo indica, aqui se tem um indício de como as relações estabelecidas entre os pajés e os seus pacientes durante o processo terapêutico estão pautadas na lógica da reciprocidade, compondo um sistema de troca/dádiva (MAUSS, 1950; GOUDBOUT, 1999). Se assim for, a contratação e a remuneração dos pajés transformaria um sistema de dádiva em um sistema de Estado ou, no mínimo, faria surgir um sistema misto (GOUDBOUT, 1999).

Para o agente de saúde kaxinawa, o contrato estimularia as parteiras a trabalhar como profissionais da assistência ao parto nas comunidades, recompensando-as pelos esforços empreendidos. Para ele, o pajé também teria direito a ser contratado por ser um conhecedor da tradição. Entretanto ele demonstra a sua preocupação com a possibilidade de os pajés pararem de trabalhar por não serem contratados, o que traria grandes perdas para as comunidades.

Então a questão é que hoje em dia todo mundo está querendo trabalhar e ganhar. Então o pajé lá teve essa conversa comigo. Eu como representante cheguei pra ele e pedi uma ajuda. Ele trabalha na saúde e trabalha no espiritual. Então ele falou que tava trabalhando como pajé, mas que ia atender só a comunidade que ele morava, porque ali dentro ele tava sabendo o que estava fazendo. Agora de outra comunidade ele não curava porque podia ser, por exemplo, um feitiço de uma outra pessoa ou se fez alguma coisa, né? Doença mesmo. Aí, quando ele cura as pessoas ficam com raiva dele. Sempre ele fala isso. [...] Aí ele me falou também que nós agente de saúde já estávamos sabendo mais do que ele sobre o mundo do *nawa*, porque entendemos do ‘remédio da farmácia’. Mas da tradição, eu mesmo que tenho vinte e um anos, não sei. Ele tem todo esse conhecimento tradicional. Então a questão fica assim: o agente de saúde trabalha como um agente branco e ele trabalha com a coisa da tradição. [...] Então, se os pajés não trabalharem mais pela questão do contrato, se por acaso eles não ensinam mais, quem perde é a própria comunidade, é ela que vai sentir falta!

Outro argumento acessado pelos participantes da reunião de Campinas que fundamentaria a reivindicação pelo contrato é o seguinte: já que os profissionais de saúde não índios são remunerados, as parteiras e os pajés que prestam serviços cotidianos às comunidades também teriam o direito de sê-lo. O fato de os profissionais brancos serem remunerados, enquanto as parteiras e os pajés não o são, surge como evidência da falta de

reconhecimento do Estado para com trabalho realizado por eles. A indignação para com a situação é expressa na fala de um AIS:¹⁶⁴

No caso de parteira aqui dos katukina, não tem nenhuma contratada, nem os pajés também. Porque cada aldeia aqui tem dois, três ou quatro pajés. Eles estão participando desse curso, porque nós chamamos. Eles nunca participaram de um curso. É a primeira vez que eles estão participando. Agora que eles estão conhecendo esse negócio da capacitação. Como eles colocaram: o médico está recebendo, a enfermeira está recebendo, o dentista está contratado. E nós povos indígenas não tem nenhum contrato: parteira não está contratada, pajé não está contratado. [...] *nawa* [branco] ta tudo ganhando com isso [...] ta tudo recebendo: enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista, médico. Tão tudo contratado no nome do índio! E o parente? E o nosso médico? Ta ai o pajé, ta ai a parteira sem ganhar nada! Eles estão precisando de roupa, eles estão precisando de sabão, eles precisam de um bocadinho de sal. Não tem nada pra eles viverem. Então, nós tamo passando muita necessidade disso. Isso ai que eu queria colocar pra vocês!

A contratação da parteira e dos pajés, então, seria uma forma de os indígenas trabalharem para eles mesmos, sem depender dos profissionais de saúde não índios para fazerem o atendimento de saúde às suas comunidades. "Então é importante o que vocês estão trazendo essa carreira de parteira também. Isso é um novo trabalho também! Essas parteiras aqui no futuro podem ser contratadas. Não tem nada impossível! [...] Tudo isso é um trabalho pra no futuro nós trabalhar pra nós mesmo!" (*sic*) (AIS KAXINAWA).

A lógica que informa esses discursos se utiliza do dispositivo da comparação entre o "mundo indígena" e o "mundo dos brancos" para traçar paralelos entre os cuidados prestados à saúde pelas parteiras e pajés no contexto comunitário e a atuação dos profissionais de saúde não índios. Foi sobre a comparação que os participantes indígenas da reunião se apoiaram para reivindicar o direito de serem remunerados pelos serviços que prestam ao seu povo, já que os profissionais de saúde brancos também o são.

¹⁶⁴ "Sob a forma da negação de reconhecimento, a perda do respeito que a pessoa tem por si mesma recebe cada vez uma modalidade afetiva diferente. É o momento de lembrar que os sentimentos negativos são impulsionadores significativos da luta pelo reconhecimento; a indignação constitui a estrutura de transição entre o menosprezo sentido na emoção da irritação e a vontade de se tornar um parceiro na luta pelo reconhecimento. O ponto mais sensível da indignação diz respeito ao contraste insuportável, evocado anteriormente, entre a atribuição igual de direitos e a distribuição desigual de bens em sociedades como a nossa, que parecem condenadas a pagar o preço de um aumento sensível de desigualdades pelo progresso em termos de produtividade em todos os domínios. Mas a indignação pode tanto desarmar como mobilizar. Desse ponto de vista, a ideia de responsabilidade extrai uma de suas significações dessa passagem da humilhação, experimentada como lesão do respeito de si, passando pela indignação como resposta moral a esse ataque, para a vontade de participação no processo de ampliação da esfera dos direitos subjetivos" (RICOEUR, 2006 214-215).

Mediante essa discussão, a liderança da equipe do Projeto Acre chama atenção para a necessidade das próprias comunidades indígenas estarem valorizando o trabalho das parteiras e dos pajés. Reforçando a importância de as famílias estarem compartilhando daquilo que elas têm – caça, farinha, produtos da roça – com aqueles que lhes prestam serviços de saúde, não reduzindo a retribuição do favor prestado, simplesmente, ao pagamento em dinheiro. A liderança ainda reforça a ideia de que a partir do momento em que os AIS e as parteiras começaram a participar de cursos de capacitação, os pajés se sentiram desvalorizados em sua comunidade. Isso criou um conflito interno nas aldeias. Uma forma de dirimir esses conflitos, então, seria a criação de uma política que previsse a contratação das parteiras e dos pajés também.

Uma das antropólogas engajou-se no debate acerca dos motivos que levam os brancos a não contratar as parteiras e os pajés. Segundo ela, isso ocorre porque o “mundo dos brancos” não reconhece e nem valoriza o conhecimento tradicional. Por isso, é preciso que o povo lute para conquistar esse reconhecimento. As reuniões viriam a reforçar essa luta, na medida em que contribuiriam para a construção de uma política de valorização e reconhecimento das parteiras. Neste processo, coube às antropólogas assumir a posição de porta-voz dos indígenas ao levar as reivindicações dos participantes desses eventos para Brasília.

Então, é muito séria essa reunião! Ela não é só uma conversa, só uma troca de experiências. Ela vai ajudar a construir uma política de valorizar a parteira, de reconhecer a parteira. Então, é muito sério o trabalho que a gente faz! A gente não tá brincando! E eu acho que esse é o caminho pra brigar por uma melhoria pro trabalho de vocês: brigar de ter uma ajuda de custo para parteira, de ter um motor pra parteira, de ter um *kit* que seja reposto. [...] O que a gente está tentando fazer com essa reunião é levar essas coisas que vocês estão falando lá pra Brasília num relatório e abrir espaço dentro da política de saúde pra eles valorizarem a parteira. Para eles reconhecerem que cada parteira aqui tem o seu conhecimento. [...] Mas só vai abrir espaço se a gente levar a voz de vocês. [...] Por isso, a gente está preocupado em levar a voz de vocês para lá!

12.1 O reconhecimento das parteiras pelos serviços de saúde e pelas comunidades

Outro aspecto relacionado ao problema do reconhecimento que emergiu nos discursos durante a reunião da aldeia Morada Nova se refere à desconsideração por parte dos serviços de saúde que atuam na região para com as parteiras. De acordo com os depoimentos prestados, a falta de reconhecimento das parteiras indígenas por parte dos profissionais de saúde se revela quando eles as proibem de acompanhar as parturientes durante o trabalho de

parto nos hospitais e maternidades.¹⁶⁵ De acordo com uma parteira Kaxinawa, a permissão para acompanhar as gestantes é dada ou pela “parteira *nawa*” (enfermeira) ou pelo porteiro do hospital.

A parteira branca que não deixa a gente entrar! Tem parteira boa, tem porteiro bom também pra gente entrar. Tem uns que deixam a gente entrar: tanto o porteiro, quanto à parteira. Tem porteiro ruim, tem parteira ruim também, que não deixa entrar não! Aquele de bom coração, filho de Deus, manda a gente entrar. Aquele coração de satanás não deixa entrar não!

A constatação da falta de reconhecimento das parteiras gerou um sentimento de indignação nos participantes dessa reunião, levando-os a constatar a necessidade de lutar pelo reconhecimento da parteira como profissional formada pela cultura junto às unidades de saúde não indígenas.

Eu já levei duas pacientes pro hospital. A primeira vez, fui até a sala do parto, mas não consegui entrar, porque me mandaram sair. A segunda também, eu deixei na porta do hospital, porque o porteiro não deixou a gente entrar. A gente é reconhecida na aldeia como parteira, mas lá eles não nos consideram parteira. [...] A gente tem que ser reconhecida aonde a gente vai. Se a gente vai levar a nossa paciente pro hospital, a gente tem que ficar com ela porque nós somos parteiras. Porque nós somos reconhecidas na comunidade e no hospital não? Assim não adianta! (PARTEIRA KAXINAWA).

Diante disso, uma mulher propôs a criação de um crachá identificando-as como parteiras, de modo a garantir que elas fossem reconhecidas pelo pessoal do hospital. Mas a antropóloga acredita que, mais do que um crachá, os hospitais deveriam ter uma lista com o nome das parteiras.

Não adianta só ter o crachá! O hospital tem que reconhecer [...] tendo, por exemplo, uma lista lá. Mas isso é uma luta, porque até hoje, pelo menos nos outros lugares que a gente ta indo, não tem nenhum hospital, nenhuma maternidade que deixa entrar. Isso é uma reivindicação das parteiras não só daqui: em Campinas e no Caucho falaram a mesma coisa. Isso é uma briga com a instituição mesmo!

Uma das consequências da falta de reconhecimento da parteira pelos serviços de saúde é o aumento da estranheza experienciada pelas parturientes ao terem a necessidade de dar à luz no hospital. Inclusive a falta de reconhecimento das parteiras estaria associada à discriminação vivenciada pelos indígenas quando recorrem aos serviços públicos de saúde.

¹⁶⁵ A Lei do Acompanhante, Lei nº 11.108/2005, garante o direito da mulher a ser acompanhada durante o trabalho de parto e o parto realizado no hospital. Ao que tudo indica esse direito não tem sido observado pelas unidades de saúde da rede do SUS na região do Alto Juruá.

“Os hospitais são públicos: índio e não índio pode se socorrer lá. A gente vai e é discriminado: - ‘ah! porque é índio!’ Aí fica barrando as parteiras.” (PARTEIRA KAXINAWA).

Entretanto outra dimensão do problema do reconhecimento das parteiras se direciona aos contextos comunitários em que elas estão inscritas. As falas de alguns participantes das reuniões apontam para o fato de as parteiras, em algumas aldeias, não serem reconhecidas pelas próprias gestantes.

Às vezes as mulheres mesmo da nossa comunidade não procuram a parteira. Eu acho que elas não priorizam o que existe dentro da comunidade, pra priorizar os brancos né? [...] Eu acho que as mulheres da aldeia preferem ganhar na cidade porque tem médico e parteira boa, né? Não valoriza as parteiras da comunidade. [...] Porque nós aqui somos todas casadas, né? Por exemplo, as mulheres índias têm vergonha do médico e de outras mulheres. As índias nunca fizeram isso: deita, bota o pé aqui, bota acolá, fica tudo arreganhado pras outras vê. Se elas têm a vergonha de ganhar com as parteiras da aldeia, na cidade ainda é pior. É pior porque nós na comunidade, eu não sei as outras comunidades, mas eu mesmo tiro de mim: eu nunca ganhei daquele jeito! Meu jeito é antigo, como minha mãe fazia: ta na rede, eu seguro no pulso da rede e me acocoro e ganho meu filho. Então é isso que a gente faz. Então, achei muito diferente foi isso. Eu acho que as mulheres da aldeia saem dizendo que as parteiras da comunidade não entendem nada, não confia, pra vir fazer uma coisa que não deve fazer na cidade. Eu acho isso! (MULHER KAXINAWA).

Mas, se por um lado, algumas gestantes preferem recorrer ao parto hospitalar em vez de procurar à parteira, por outro, algumas continuam preferindo a assistência de suas mães no momento de dar à luz. “Eu sou parteira, mas é muito difícil o pessoal me procurar. Quando arrisca ganhar neném na aldeia, vai ganhar lá com a mãe. Aquelas que me procuram, eu ajudo; aquelas que não me procuram, eu não posso fazer nada, né?” (PARTEIRA KAXINAWA). Um agente de saúde Kaxinawa diz ser esta uma das maiores dificuldades enfrentadas pelas parteiras:

O que dificulta muito é isso que elas falaram: muitas das vezes as grávidas não procuram as parteiras; muitas vezes, elas falam que não precisam de parteira, que elas mesmas sabem como se cuidar né? [...] Outras vezes as parteiras não tão na comunidade quando a grávida ta no mês de ter a criança. E muita das vezes ela procura a mãe [...] E a gente sabe que todas que ganham criança conhecem, sabem o que tem que fazer, mas eu acho que seria melhor se tivesse o acompanhamento da parteira ali no dia a dia pra deixar ela consciente do que e precisa fazer. [...] Mas, outras pessoas que são tradicional mesmo, que nunca participaram de cursos às vezes também ajudam, fazem o parto. Então, isso é importante pra gente lá dentro.

O fato de as gestantes não recorrerem aos préstimos da parteira indicaria, segundo esses discursos, é que esta não é valorizada dentro de suas aldeias. E isso ocorreria, segundo os discursos indígenas, por dois fatores: o primeiro associado ao receio da gestante de acontecer alguma complicação durante o parto e ela não ter os recursos necessários na aldeia para propiciar o nascimento de seu filho; o segundo, devido à própria atitude de algumas parteiras que comentam com outras pessoas da comunidade detalhes sobre a intimidade do evento de parto assistido por ela. Isso desestimularia as gestantes e parturientes a recorrerem aos seus serviços. Uma representante de mulheres Kaxinawa explica porque as grávidas preferem ser auxiliadas por sua mãe.

Na aldeia a grávida não procura a parteira até porque procura as suas mães ou outras pessoas que sejam mais importantes pra elas [...] Quando a parteira ta na comunidade e vai procurar as mulheres que tão grávidas, as mulheres se recusam a dizer pra ela que tão grávidas. [...] Então, isso é importante porque as mulheres que tão grávidas, quem conhece a medicina da mata, tira no primeiro mês aquele remédio, coloca dentro de um vaso e dá pra grávida tomar aquela água daquele remédio. Quando chega os nove meses ela pára de tomar. Por quê? Pra quando ela ter o parto a criança já nascer com tudo, já despachar com tudo! Não vai demorar nem 15 minutos pra ter o resto. Então desce com tudo. [...] Nós temos que ter a valorização da nossa comunidade. Temos que fazer elas ganhar ali, pra ela ter o parto normal com as crianças dela. Então, se tiver custando a ter o resto da criança, tem que fazer o remédio e ensinar a reza pra poder ter o resto rapidamente. Algumas coisas nós Kaxinawa temos a ciência. [...] O meu parto é normal. Minha parteira só é eu mesma. [...] Se a pessoa não procura a parteira, procura a mãe porque, como elas falaram, elas têm vergonha das parteiras falar.

Mas, no ponto de vista desta autora, isso pode acontecer também pelo fato de a figura da parteira ser emergente em muitas comunidades indígenas do Alto Juruá, onde, tradicionalmente, o auxílio à parturiente no momento do parto era prestado por seus parentes mais próximos.

12.2 Contrato: sistema de dádiva *versus* sistema de Estado

De acordo com o depoimento dos participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde, os serviços prestados pelas parteiras e pelos pajés, tradicionalmente, eram, sim, retribuídos, mas com coisas produzidas no âmbito da própria comunidade: produtos da roça, da caça ou da pesca; objetos artesanais; ou mesmo mercadorias provenientes do mundo do branco, mas disponíveis para ser trocadas em retribuição pelo atendimento recebido.

Na reunião de Campinas, uma parteira Jaminawa-Arara conta que o pajé Ashaninka que atende à sua comunidade cobra pelos seus serviços. Mas o pagamento pode ser feito com uma rede ou uma peça de roupa, e não necessariamente com dinheiro. Portanto, não se deve entender esse tipo de relação como um sistema privado de prestação de serviços de saúde, mas, sim, como um sistema de dádiva que envolve o processo de dar-receber-retribuir.¹⁶⁶ De certa forma, a prestação dos serviços de saúde também requer que um tipo de contrato seja estabelecido entre os agentes envolvidos – os parceiros de troca – seja no processo terapêutico, seja nos cuidados com a gestação e o parto.

Por dádiva compreende-se um sistema de relações sociais estabelecidas entre pessoas, que pode materializar-se em “qualquer prestação de bem ou serviço, sem garantia de retorno, com vistas a criar, alimentar ou recriar vínculos sociais” (GODBOUT, 1992). A circulação da dádiva funda o vínculo, porque ela institui relações sociais. O estado de dívida faz parte da relação de dádiva, porque através dele o vínculo se mantém e é atualizado. Nos sistemas de dádivas, as coisas que circulam estão a serviço dos vínculos, e o valor das coisas é o próprio valor do vínculo que ela representa. Assim, muito mais do que um valor utilitário, os materiais do *kit* parteira são importantes justamente por expressar o vínculo com o *nawa*.

Sendo assim, pode-se pensar que os serviços prestados pelas parteiras e pelos pajés aos integrantes da sua comunidade representam um tipo de “dádiva” que, aparentemente, é gratuito (como aparece nos discursos de alguns participantes das reuniões que afirmam “trabalhar de graça”), mas que obrigatoriamente requer uma retribuição, sob pena daquele que prestou o serviço se sentir ofendido. Essa situação é expressa na fala das parteiras quando afirmam que, em muitas ocasiões em que são chamadas a assistir um parto, não recebem nem mesmo “muito obrigada” por parte das pessoas que receberam seus préstimos.

A assistência ao parto que não, necessariamente, é prestada por uma “parteira própria”, mas, sim, por parentes próximos que auxiliam a mulher a parir, também está situada no registro da dádiva. A obrigação daquele que recebeu ajuda, nesta situação, é prestar auxílio aos parentes quando necessário. Quando esse auxílio é prestado pelo próprio esposo, então, o sistema de dádiva opera no âmbito da conjugalidade e da co-substancialidade que delinea os

¹⁶⁶ Sistema de troca e contratos que envolve a doação de presentes, aparentemente dados e retribuídos de forma voluntária e gratuita, mas que encerram uma dimensão de obrigatoriedade e de interesse econômico (MAUSS, 1950: 53). O princípio do sistema de troca está pautado nas três obrigações: dar, receber e retribuir. A recusa em dar, assim como em receber coloca em risco uma possível aliança a ser estabelecida com o parceiro da troca, podendo se constituir em uma ofensa irreparável. Aceitar as dádivas oferecidas é comprometer-se o sistema de prestação e contraprestação.

deveres e obrigações e que configuram as relações entre cônjuges (SEEGER; DA MATTA; VIVEIROS DE CASTRO, 1987; GOW, 1991).

Agora, se se pode estender a afirmação aos povos indígenas representados nas reuniões do Alto Juruá de que os cuidados prestados às gestantes e às parturientes – seja pelas parteiras e pajés, seja pelos familiares e parentes próximos –, estão situados no âmbito de um sistema de dádivas, é certo que esse sistema se configura de diferentes formas nos múltiplos contextos étnico-comunitários onde ele acontece.¹⁶⁷

Na sociedade moderna, o sistema de dádiva convive ao lado do sistema político: o Estado, e do sistema econômico: o mercado. O sistema de dádiva se diferencia dos outros sistemas por ser formado pelas relações estabelecidas entre pessoas; enquanto o Estado e o mercado se caracterizariam pela ruptura com estas relações pessoais. O Estado, na condição de organização política moderna, constitui-se por relações administrativo-burocráticas marcadas pelos princípios da igualdade e da impessoalidade, enquanto o mercado tem como valor preponderante o da liberdade de mercado, estando as relações sociais a serviço da produção e do consumo. Mesmo assim, a dádiva ainda pode se infiltrar nas relações estabelecidas nos âmbitos tanto no Estado quanto no mercado, criando sistemas mistos (GODBOUT, 1999).

Essa discussão se faz importante, porque a contratação remunerada dos serviços prestados pelas parteiras e dos pajés faria com que um sistema de relações de troca que originariamente se dava no registro da dádiva fosse deslocado para um sistema de Estado. As obrigações que as famílias assumiam ao receber os serviços desses cuidadores seriam transferidas para o Estado. Assim, as políticas públicas irromperiam nos contextos comunitários, transformando as relações de dádiva que informam a organização dos cuidados à saúde em sistemas mistos de relações.

Em uma primeira aproximação, os discursos dos participantes das reuniões apontam para a dívida que o Estado possui com os povos indígenas dessa região, tanto por eles terem sido vítimas do processo histórico de conquista e de colonização quanto pelo fato do trabalho desses “cuidadores” comunitários não serem reconhecidos pelo governo.

¹⁶⁷ As configurações dos sistemas de dádiva são influenciadas pela noção de tempo estabelecido socialmente para que uma dádiva seja retribuída. O espírito da coisa dada (*hau*) continua sendo a garantia de que o presente será retribuído. Mas, isso implica a existência de um período de tempo entre o ato de dar e o de retribuir que atualiza o vínculo social, mantendo o receptor em dívida com o doador (MAUSS, 1950).

Esse não reconhecimento indicaria que um dos parceiros da relação não tem atendido a um dos imperativos do sistema de dádiva: o Estado não tem retribuído as parteiras e os pajés indígenas pelos serviços prestados à saúde de suas comunidades, enquanto remunera os profissionais de saúde não indígenas. Por um lado, a viabilização do contrato remunerado, então, seria uma forma de o Estado reconhecer não só as parteiras e os pajés, mas, sim, a sua dívida para com esses povos indígenas. Porém, ao reivindicar para o Estado um contrato remunerado, os participantes das reuniões não estão, necessariamente, pedindo para serem integrados ao sistema oficial de saúde e nem tampouco afirmando que irão se submeter à ordem hierárquica sob a qual está pautada a organização dos serviços de saúde.

Como se viu anteriormente, a questão da remuneração e da contratação dos praticantes da medicina tradicional indígena pelo Estado, particularmente, das parteiras, está condicionada à regulamentação desse ofício. Isso implica instaurar um processo de profissionalização das parteiras por meio de Cursos de Qualificação Profissional das Parteiras Tradicionais e de submetê-las à supervisão dos profissionais – médicos e enfermeiras – ao integrá-las aos serviços de saúde. O que é bastante diferente da reivindicação dos participantes das reuniões, que querem o reconhecimento da parteira como uma “profissional formada pela cultura” e, portanto, uma “profissional inata”.

O que as parteiras e os pajés estão solicitando é o contrato remunerado pelos serviços que já vêm realizando no âmbito de suas comunidades, sem que isso signifique a transformação das suas práticas e de seu modo de atuar, mas de criar condições para melhor trabalhar e dedicar-se ao ofício, ao mesmo tempo em que estariam garantindo a sobrevivência de sua família e a possibilidade de consumo das mercadorias dos brancos, que lhes fazem falta. Portanto, a lógica que informa essas reivindicações é a mesma utilizada na apropriação dos conhecimentos e das coisas do branco: esse contrato e a respectiva remuneração seriam incorporados ao *mundo da vida* indígena, de modo a atender aos seus próprios interesses de desenvolvimento.

Dessa forma, a solicitação dos participantes indígenas pelo contrato requer que o Estado adote uma postura incondicional. Ou seja, as parteiras e os pajés querem ser remunerados e querem que o Estado tome essa providência, mas acreditam que continuarão a exercer os seus ofícios da mesma forma como vinham atuando até aqui. Certamente, não contam com o fato de passarem a ser supervisionados pelo poder administrativo do Estado por meio das práticas de vigilância exercidas pelos funcionários públicos, se forem contratados.

Efeito que um contrato remunerado, inevitavelmente, traria; efeito, aparentemente, imprevisto para os participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde. Entretanto esse seria um dos efeitos da passagem de um sistema de dádiva para um sistema de Estado.

De qualquer forma, o contrato das parteiras e dos pajés seria mais uma via de acesso e apropriação dos recursos, bens e benefícios advindos da relação estabelecida com o mundo dos brancos e sua conseqüente indigenização. Entretanto, isso não quer dizer que o empreendimento colonial sobre esses povos seja neutralizado perante essas apropriações. As coisas, conhecimentos e contratos advindos do mundo do branco, apesar de esvaziados semanticamente na fronteira, trazem consigo algo de sua sociedade de origem. É esse algo que escapa ao processo de apropriação indígena. Ou seja, contratação da parteira indígena significa regulamentação do ofício. Talvez se possa pensar esse algo excedente que permanece no objeto apropriado como equivalente ao *hau* da coisa dada¹⁶⁸ (MAUSS, 1950). Neste caso, o que permanece informando os conhecimentos, as coisas e os contratos é a própria alma do estrangeiro que injeta uma dimensão “venenosa”, porque colonizadora, no próprio objeto que circula. Até porque, no caso dos objetos provenientes do mundo do branco, o Estado continua a exercer a força do direito sobre o que ele doou. Nesse sentido, aceitar um dom é aceitar que outro exerça algum poder sobre quem o recebe (GODELIER, 1996).

12.3 Contrato, reconhecimento e a mímica colonial

Como se pode perceber, os participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS almejam o reconhecimento das parteiras e dos pajés indígenas como equivalentes em valor e conhecimento aos profissionais – médicos e enfermeiros – que ocupam as posições hierárquicas mais altas dos serviços públicos de saúde. Inúmeras vezes se referiram aos pajés equiparando-os aos “médicos do branco” em experiência. Da mesma forma, as parteiras indígenas foram comparadas às “parteiras brancas” (enfermeiras que trabalham nas maternidades e hospitais). Essa equivalência entre os conhecimentos e as funções constitui-se como um recurso discursivo político utilizado para, ao evidenciar o valor do trabalho das

¹⁶⁸ Para Mauss (1950), as coisas dadas em relações de dádiva possuem a sua própria força, o seu espírito – chamado pelos Maori de *hau*. Os objetos não são inertes. Pelo contrário, eles além de serem animados e possuírem espírito, são a extensão da própria pessoa que dá. O *hau* é a virtude da coisa dada que obriga o seu receptor a retribuir o presente recebido, é ele que obriga as dádivas a circularem porque ele, em sua intencionalidade, quer regressar ao seu lugar e proprietário de origem.

parteiras e dos pajés nos termos do outro-branco, legitimar as reivindicações pelo contrato remunerado.

Ao estabelecer essa equivalência, os participantes das reuniões estão operando com o dispositivo de poder da mimese colonial¹⁶⁹ que tem a virtude de instaurar um processo de imitação e repetição por parte dos povos indígenas da forma de ser e de fazer do colonizador. Desse modo, eles respondem ao desejo do colonizador de ver o outro-indígena, “reformado, reconhecível, como sujeito de uma diferença que é quase a mesma, mas não exatamente” (BHABHA, 2005: 127). Os saberes oficiais contribuem para a produção do sentido e das relações de poder que articulam as diferenças em uma ordem hierárquica colonizadora.

Acredita-se ser esse o dispositivo que informa os discursos oficiais que estabelecem os cursos de qualificação/capacitação dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas, entre eles as parteiras, como condição para integrá-los aos sistemas nacionais de saúde. Assim, por meio desses cursos, o indígena seria reformado, tornando-se reconhecível ao olhar do sistema oficial de saúde. Eles seriam transformados em “quase” profissionais de saúde, mas não exatamente.

Portanto, ao reivindicar o reconhecimento do Estado para as parteiras e os pajés indígenas como equivalentes às enfermeiras e aos médicos brancos, os participantes desses eventos comunicativos também estão operando com o próprio discurso oficial colonizador, no intuito de realizar seus próprios projetos. Neste caso, o contrato aparece como vínculo social materializado, pois oficialmente instituído, entre povos indígenas e Estado, comprometendo este último a atender aos interesses e às necessidades indígenas de desenvolvimento sociocultural, mas também econômico.

12.4 O problema do reconhecimento

A questão do reconhecimento oficial do trabalho das parteiras e dos pajés, como aparece nos discursos dos participantes das reuniões no Alto Juruá, está associada à questão do contrato remunerado: reconhecer significa contratar e remunerar pelos serviços prestados à

¹⁶⁹ “A mímica é, assim, o signo de uma articulação dupla, uma estratégia complexa de reforma, regulação e disciplina que se apropria do Outro ao visualizar o poder. A mímica é também o signo do inapropriado, porém uma diferença ou recalitrância que ordena a função estratégia dominante do poder colonial, intensifica a vigilância e coloca uma ameaça imamente tanto para os saberes ‘normalizados’ quanto para os poderes disciplinares” (BHABHA, 2005: 127).

comunidade. Assim como o *kit*-parteira é a materialização dos conhecimentos adquiridos durante os cursos de aperfeiçoamento das parteiras tradicionais indígenas, o contrato remunerado seria a materialização do reconhecimento por parte dos brancos. Dessa forma, a questão do reconhecimento aqui se volta para a relação que esses povos estabelecem com o mundo externo, com o outro-*nawa*, diferentemente do reconhecimento das parteiras no âmbito comunitário, tema que emergiu nos debates no evento da aldeia Morada Nova.

A luta pelo reconhecimento está voltada para a relação com o Outro, na medida em que se almeja conquistar o reconhecimento. Só pode dar reconhecimento àqueles que não só detêm o poder para tanto, mas que de antemão são reconhecidos pelos agentes que o reivindicam (CAILLÉ, 2008). Ao se tomar ciência desse princípio da luta do reconhecimento, percebe-se que tanto as comunidades indígenas quanto os brancos de quem almejam o reconhecimento – seja dos profissionais de saúde, seja da instituição do Estado – já são reconhecidos pelos participantes das Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS como detentores do poder simbólico de, ao reconhecer, fazer existir pela nomeação: a comunidade ao nomear uma mulher para ocupar o recente cargo de parteira; e o Estado ao contratar e remunerar os seus serviços ao reconhecer esse cargo.

Assim, se os povos indígenas reivindicam o reconhecimento do branco é porque, de alguma forma, ele detém objetos e poderes desejados. Reconhecer o valor dos conhecimentos e das coisas do branco é querer apropriar-se deles como uma forma, inclusive, de conquistar o seu reconhecimento. Isso acontece, por exemplo, no caso das parteiras que fizeram os cursos e agora têm certo domínio de conhecimentos e materiais ali adquiridos. Assim, o contrato se configura como sinal materializado do reconhecimento e da valorização dada pelos “brancos” ao trabalho realizado pelas parteiras e pelos pajés e, no caso das primeiras, de como elas aperfeiçoaram tecnicamente suas práticas ao terem participado desses cursos.

A luta pelo reconhecimento das parteiras dos pajés indígenas acontece em um contexto de multiculturalismo¹⁷⁰ (RICOEUR, 2006; TAYLOR, 1994), na medida em que se refere também às discriminações historicamente vivenciadas pelos povos indígenas no processo de constituição dos Estados nacionais. Nas lutas por reconhecimento conduzidas por grupos minoritários e subalternos,

¹⁷⁰ “O termo ‘multiculturalismo’ é reservado às exigências de igual respeito provenientes de culturas efetivamente desenvolvidas no interior de um mesmo quadro institucional” (RICOEUR, 2006: 227).

o seguinte corolário é válido: os danos em questão atingem a imagem que tem de si mesmos os membros dos grupos lesados, imagem que eles percebem como depreciativa, desdenhosa, até mesmo aviltante. A gravidade da falta de reconhecimento de que os membros desses grupos se sentem vítimas provém da interiorização dessa imagem sob a forma de autodepreciação (RICOEUR, 2006: 228).

De fato, o tom de indignação que informou a fala dos participantes das reuniões que ocorreram no Alto Juruá demonstra o quanto a falta de reconhecimento por parte dos serviços de saúde em relação às parteiras, principalmente quando a elas se nega o direito de acompanhar as mulheres durante os trabalhos de parto que ocorrem no ambiente hospitalar, é sentido como uma agressão e uma falta de respeito para com elas, mas também para com a própria comunidade.

Entretanto o problema do reconhecimento, como evidenciado pelos discursos proferidos durante esses eventos comunicativos, encerra dois níveis distintos: o primeiro faz referência ao reconhecimento das parteiras e dos pajés no contexto interno das comunidades indígenas; o segundo se remete à relação que os povos indígenas estabelecem com o Estado-Nação e, portanto, se refere à dimensão normativa do reconhecimento.

12.5 A dimensão interna do reconhecimento: as comunidades

No âmbito interno das comunidades indígenas, onde são estabelecidas as relações entre as parteiras e os pajés e as famílias de quem eles cuidam, o problema do reconhecimento se desdobra em duas vertentes: por um lado, os discursos falam que hoje em dia as pessoas para quem eles prestam os seus serviços, em muitas situações, nem mesmo agradecem pelo auxílio recebido. Por outro, no caso das comunidades em que o advento da parteira é recente, as mulheres que assumiram esse cargo reclamam pelo fato de as gestantes não as procurarem para lhes pedir ajuda, preferindo recorrer ou às “parteiras brancas” dos hospitais ou mesmo às suas mães.

No primeiro caso, a falta de reconhecimento está intimamente associada ao processo de desvalorização dos saberes, das práticas, dos praticantes e das instituições tradicionais de cuidado com a saúde que as comunidades indígenas vêm enfrentando atualmente. Apontam também para o fato de as relações de dádiva não estarem sendo atualizadas, em algumas situações, dentro das aldeias. Ao assistir o parto de uma mulher e não receber nem mesmo um agradecimento pelo serviço prestado, o dom ofertado não chega a ser reconhecido. A falta de reconhecimento impossibilita o ato de retribuição, na medida em que não instaura um

sentimento de endividamento dessa família para com a parteira. É o sentimento de gratidão que inscreve o reconhecimento no domínio da dádiva. Sendo assim, a própria estrutura social que organiza as operações de reciprocidade, em que se poderiam localizar os sistemas de parto tradicionais indígenas, está em cheque.

Reconhecer é admitir que houve um dom, que somos devedores daquele que o fez e que permaneceremos interagindo com ele, convocados a dar quando chegada a nossa vez. Reconhecer é, de certo modo, portanto, assinalar um reconhecimento de dívida, ou ao menos de dádiva. [...] Reconhecer uma pessoa é admitir seu valor social e lhe oferecer qualquer coisa em retorno. Em que consiste este valor? [...] O que é reconhecido socialmente é a existência de um dom. Este valor, [...] é a capacidade da pessoa de dar, a relação que ela mantém com o universo da dádiva (CAILLÉ, 2008: 158).

Na fala dos indígenas, o reconhecimento e a valorização das parteiras e dos pajés pelas próprias comunidades aparecem como fundamentais para garantir que tais cuidadores continuem atuando no interior das aldeias. Essa importância dada pela comunidade seria expressa, então, pela atitude das famílias beneficiadas em partilhar aquilo que têm com os pajés e as parteiras de modo a retribuí-los pelos serviços prestados. Aqui haveria, se não um retorno, um reforço do sistema de dádiva que estruturava, tradicionalmente, a organização comunitária dos cuidados com a saúde.

Durante a reunião de Campina, os pajés foram categóricos ao afirmarem que não querem mais trabalhar de graça. Ora, trabalhar de graça significa operar no registro do dom, onde não se recebe pelos serviços ofertados, mas, sim, se é retribuído. Entretanto, aquilo que pode ser retribuído pelas famílias pelos serviços do pajé, mesmo quando elas nutrem um sentimento de gratidão pelos seus préstimos, não tem sido suficiente para atender às novas necessidades vivenciadas pelas famílias indígenas, inclusive, a dos pajés. Assim, surge a demanda por dinheiro como meio de acessar os bens e mercadorias tão desejados provenientes do mundo do branco. O contrato remunerado seria uma forma, então, de se conseguir dinheiro!

Já o segundo caso está associado à conquista de reconhecimento de um novo agente de cuidado com a saúde que ocupa um cargo que emerge em algumas comunidades indígenas do Alto Juruá: as parteiras. Ter participado dos cursos de parteiras e possuir os materiais do *kit* constitui símbolos de distinção que fazem referência ao reconhecimento que o Outro-estrangeiro, os *nawa*, tem para com essas mulheres. Esses sinais são manipulados

internamente por elas no intuito de demarcar a sua autoridade em assistir os partos nas aldeias e conquistar o reconhecimento e o respeito da sua comunidade.

As parteiras emergentes surgem no contexto comunitário fazendo frente às formas tradicionais de cuidados com a gestação e o parto, baseadas no conhecimento *incorporado* sobre a prática de gestar e parir. Aqui, a conquista do reconhecimento das parteiras requer que as mulheres deixem de acreditar em sua capacidade de gerar e parir e de decidir quanto ao tipo de auxílio que ela necessita. Também relega aquelas mulheres com experiência prática em “pegar menino” a um lugar de não reconhecimento, equivalente aqui à condição de não existência.

Almejam-se o reconhecimento e o respeito da comunidade para com os pajés e as parteiras por eles prestarem serviços importantes e por serem detentores de conhecimentos específicos tanto acerca da prevenção e cura das doenças quanto sobre o ofício do partejar. O reconhecimento, assim, é solicitado tanto para os agentes – parteiras e pajés – quanto para os conhecimentos que eles detêm. Mas, reconhecer os agentes sociais é atribuir-lhes um valor relativo a sua capacidade de doar. O objeto a ser reconhecido é a própria capacidade das parteiras e dos pajés de cuidar da saúde da sua comunidade e de dar respostas eficazes às situações que requerem a sua atuação – realizar um parto, no primeiro caso; fazer uma cura, no segundo. Assim se espera que esse reconhecimento provenha tanto da comunidade em que estes cuidadores atuam quanto do próprio Estado.

12.6 O reconhecimento nas relações com o mundo externo: o Estado

A esfera do dom localiza-se na relação que esses cuidadores estabelecem com aquelas pessoas que eles auxiliam no âmbito comunitário. Já na relação que os povos indígenas estabelecem com o Estado, o reconhecimento sai do domínio do dom e entra na dimensão normativa. Para que o Estado possa reconhecer algo ou alguém é preciso que ele exista, e para existir é preciso que nomeie o objeto do reconhecimento. Assim, o poder de reconhecer do Estado está associado ao poder simbólico da nomeação – nomear parteira, nomear pajé.

Dessa forma, as reivindicações dos participantes das reuniões remetem a um reconhecimento normativo a ser providenciado pelo Estado, baseado no reconhecimento das capacidades dos agentes indígenas de cuidados à saúde. “As lutas pelo reconhecimento

jurídico provêm dessa inteligência mista das coações normativas e das situações em que as pessoas exercem suas competências.” (RICOEUR, 2006: 213).

Adentra-se no segundo nível da luta pelo reconhecimento, aquele que se volta para a relação que os povos indígenas mantêm com o mundo externo, com os brancos e suas instituições, particularmente com o Estado-Nação. Nessa dimensão, a reivindicação por reconhecimento está intimamente associada às demandas por contrato remunerado para as parteiras e os pajés. Mas, para ser reconhecido, é necessário se fazer “existir”, tornando-se visível aos brancos. “Lutar para ser reconhecido não significa nada além do que lutar para se ver reconhecer, atribuir ou imputar um valor.” (CAILLÉ, 2008: 158).

Caillé (2008) afirma que o conhecimento é indissociável de reconhecimento e que ambos se encontram no entrecruzamento das “formas de classificação que permitem pensar e conhecer o mundo” (CAILLÉ, 2008: 154). O reconhecimento que conhece acaba por ser aquele que normatiza. Talvez seja esse o único reconhecimento que pode ser oferecido pelo Estado: o normatizador, o regulador. Desse modo, para reconhecer, o Estado precisa transformar os objetos que reivindicam reconhecimento em algo reconhecível. Esse é um dos papéis desempenhados pelos cursos de qualificação dos praticantes das medicinas tradicionais, particularmente o das parteiras tradicionais.

A luta pelo reconhecimento, de certa forma, remete à aspiração por igualdade de condições de trabalho e, conseqüentemente, de igual respeito a todos os cuidadores da saúde indígena, inclusive os AIS, as parteiras e os pajés. Assim, a reivindicação pelo contrato se constituiria numa forma de normatizar a questão do reconhecimento, mediante o acesso a condições comuns de exercício de suas atribuições entre estes diferentes cuidadores e também dos profissionais de saúde.

O reconhecimento do branco, como almejado pelos participantes indígenas das reuniões, traz em seu bojo a reivindicação por respeito tanto por esses cuidadores da saúde, quanto aos saberes e práticas que eles dominam. Eles esperam que os profissionais de saúde, assim como os gestores, reconheçam o seu valor e respeitem o seu trabalho. Na medida em que o respeito se constitui em uma modalidade de reconhecimento que, via de regra, precisa ser garantida por meio do sistema jurídico e também político (CAILLÉ, 2008), o reconhecimento do ofício das parteiras e dos pajés não teria como fugir do dispositivo

regulador das políticas públicas, a forma do Estado fazer valer os direitos socioculturais dos povos indígenas.¹⁷¹

Uma das questões colocadas na problemática do reconhecimento das parteiras e dos pajés quando remete a relação com os não índios é o de saber se o valor desses sujeitos é intrínseco; ou é adquirido apenas na medida em que se podem estabelecer comparações e, a partir dela, identificar equivalências entre o fazer da parteira e do pajé e o fazer dos profissionais de saúde. Se assim for, o trabalho das parteiras e dos pajés tem valor porque parece com o dos profissionais de saúde. Mesmo quando se afirma que tais cuidadores são “profissionais formados pela cultura”, os traços acessados pelo discurso para indicar o valor de sua atuação são aqueles que encerram certa semelhança, mesmo que seja um efeito discursivo com os profissionais de saúde.

Essas estratégias discursivas utilizadas na luta pelo reconhecimento estão pautadas em uma conduta comparativa que busca estabelecer o valor do “eu” nos termos valorizados pelo outro. Desse modo, busca assumir formas que já são conhecidas e valorizadas pelos brancos e, portanto, passíveis de serem reconhecidas por eles. A reivindicação direcionada aos brancos, neste caso, implica o reconhecimento da contribuição das parteiras e pajés como igualmente válidas e valiosas aos serviços prestados pelos profissionais de saúde não indígenas. Mas para reconhecer o Outro, é preciso ver nele algo de si mesmo. Por isso, os discursos oficiais utilizam critérios previamente estabelecidos para poder outorgar reconhecimento àqueles que o reivindicam.

Porque implica que tenhamos já critérios para fazer tais juízos. Os critérios que possuímos, porém, são os da civilização do Norte do Atlântico. Consequentemente, os juízos irão, implícita e inconscientemente, enfiar os outros nas nossas categorias até estas abarrotarem. [...] Ao invocar os nossos critérios para julgar todas as civilizações e culturas, a política da diferença poderá acabar por tornar todas as pessoas iguais (TAYLOR, 1994: 91).

No entanto os indígenas querem ser reconhecidos como iguais aos *nawa* em sua diferença. Reconhecer que as culturas indígenas possuem igual valor à dos não índios,

¹⁷¹ “Seguramente, ter ‘respeito’ a uma pessoa é frisar que ela foge à esfera do desprezo, do opróbrio ou do desdém e que ela soube acessar a esfera da visibilidade comum, ou que ela está mais visível aos olhos de todos os que importam. Mas também significa que o que ela fez ou o que ela é consiste algo excepcional, particular o bastante para valer mais do que o que fizeram ou o que são os outros” (CAILLÉ, 2008:158).

principalmente no campo da saúde, é o que está colocado na base da reivindicação por reconhecimento,¹⁷² contudo sem abrir mão da diferença.

12.7 O ponto de vista da gerência da Área de Medicina Tradicional Indígena

Como se pode perceber, a proposta dos cursos de aperfeiçoamento de parteiras tradicionais indígenas, inicialmente apresentada pela liderança de mulheres indígenas do Acre à Área de Medicina Tradicional Indígena para financiamento, já estava informada pelos interesses indígenas vinculados à luta pelo reconhecimento profissional das parteiras e a consequente contratação remunerada por parte do Estado. Porém, no decorrer da negociação, a proposta de realização desses cursos foi transformada em um projeto de pesquisa-ação que, além das parteiras, buscou congregiar outros cuidadores indígenas da gestação e do parto, reunindo-os em eventos para, ao trocar experiências, refletirem sobre a atual situação dos sistemas indígenas de atenção ao parto na região do Alto Juruá. Com isso, esta autora pretendia, como gerente da Área, dar visibilidade à organização sociocultural dos cuidados prestado às gestantes, parturientes e recém-nascidos nos contextos comunitários indígenas, pautados nas relações de parentesco e co-substancialidade, focando na dimensão coletiva da assistência prestada, e não em um cuidador específico deste processo.

Desde o início foi colocado para a liderança indígena que a Área não financiaria projetos de capacitação dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas por entender serem eles os especialistas nos conhecimentos e práticas utilizados para fazer saúde e curar doenças. Foi explicitado também que a referida área não apoiaria iniciativas voltadas para profissionalização das parteiras, consideradas aqui como uma dessas praticantes.

Pelo contrário, a intenção era a de promover ações que atuassem no sentido de fortalecer e valorizar os saberes, as práticas e os praticantes da medicina tradicional indígena pelo seu valor intrínseco, na medida em que estes são importantes para a produção e

¹⁷² Assim, uma política de reconhecimento, como resposta as reivindicações dos povos indígenas, deve ser construída a partir de um processo dialógico baseado no reconhecimento mútuo do valor dos agentes como interlocutores legítimos, estando voltada para o aumento da autoestima (RICOEUR, 2006: 230).“Ser reconhecido, se isso alguma vez ocorre, seria para cada pessoa receber a garantia plena de sua identidade graças ao reconhecimento por outrem de seu império de capacidades. [...] A alteridade encontra seu ápice na mutualidade [...] As figuras da alteridade são inúmeras no plano do reconhecimento mútuo [...] A investigação do reconhecimento mútuo pode ser resumida como uma luta entre o desconhecimento de outrem e ao mesmo tempo como uma luta pelo reconhecimento de si mesmo pelos outros” (RICOEUR, 2206: 262; 283).

reprodução biossocial e cultural dos povos indígenas. Com isso, a preocupação era, por meio dos resultados da pesquisa, por um lado, desenvolver estratégias de articulação entre o sistema oficial de saúde e as medicinas tradicionais indígenas, de modo a qualificar a atenção à saúde materno-infantil indígena neste caso; e, por outro, identificar alternativas para promover a sustentabilidade e a autonomia das medicinas tradicionais indígenas em seus contextos comunitários, ao invés de estreitar ainda mais os laços de dependência estabelecidas entre povos indígenas e o Estado. Ou seja, criar condições para que as próprias comunidades e povos indígenas sustentassem os saberes, as práticas, os praticantes e as instituições considerados importantes para a manutenção do seu bem-estar e da sua saúde.

Para tanto, a metodologia de pesquisa-ação participativa se mostrava estratégica. Por um lado, a curto prazo, proporcionaria a mobilização indígena para refletir e construir estratégias próprias de manutenção e atualização das suas medicinas tradicionais, instituindo o princípio de co-responsabilidade no desenvolvimento das ações; por outro, em médio e longo prazos, os conhecimentos produzidos pelas ações da pesquisa fundamentariam o processo de planejamento dos programas e políticas públicas de saúde da mulher indígena, fazendo com que as atividades desenvolvidas contemplassem, efetivamente, as necessidades das populações indígenas.

Talvez, essa perspectiva dentro do Estado seja contra-hegemônica, na medida em que a tendência, como se viu quando foram discutidos os discursos oficiais, é justamente integrar as medicinas tradicionais indígenas aos sistemas de saúde nacionais, por meio do processo de validação científica de seus saberes e de suas práticas e da qualificação dos seus praticantes. Enquanto o objetivo da Área era criar estratégias para a articulação planejada entre as práticas e praticantes das medicinas tradicionais e os serviços de saúde.

Durante a negociação do Projeto Acre, ficou ficado muito claro para a equipe de execução que a intenção da Área ao financiá-lo não era “profissionalizar parteiras”. Por outro lado, a autora somente ficou a par da discussão ocorrida no evento da TI de Campinas relativamente à importância do contrato remunerado, quando fez a transcrição dos áudios das reuniões do Alto Juruá. Os relatórios apresentados pela consultoria responsável por implementar o Projeto Acre mencionaram rapidamente que os participantes dessa reunião reivindicaram a contratação, mas não aprofundaram a reflexão sobre o tema.

Ora, ao deixar claro que a profissionalização e a contratação das parteiras não era um objetivo da Área de Medicina Tradicional Indígena e nem tampouco do projeto de pesquisa-

ação que estava sendo financiado, procurava-se evitar que os participantes das Reuniões de Partejas, Pajés e AIS criassem expectativas de que o Projeto Acre, ou mesmo que essa Área atenderia às suas reivindicações, até porque não possuía poder para tanto. Havia apenas técnicos do projeto tentando impactar as políticas públicas com os métodos adotados e os resultados alcançados pelas ações realizadas.

Por outro lado, ao buscar exercer uma gestão antropológicamente orientada da Área de Medicina Tradicional Indígena esta autora sempre teve a preocupação com os efeitos que os Cursos de Capacitação de Partejas e a sua contratação remunerada poderiam ter sobre as formas comunitárias de organização dos cuidados à gestação e ao parto. Como é de conhecimento da comunidade antropológica, os saberes e as práticas indígenas utilizados durante esse período não só preservam a saúde e tratam das doenças, mas estão a serviço do processo de produção de corpos e de pessoas aparentadas, sendo fundamentais para a construção da identidade indígena. Neste caso, os cursos de parteiras intervêm diretamente sobre os corpos e sobre o processo de produção das pessoas indígenas.

Ora, os conhecimentos anatômicos veiculados pelos cursos de capacitação de parteiras são, em termos epistemológicos, radicalmente diferentes dos saberes relativos à concepção e à reprodução vigentes entre os povos indígenas, que estão associados à lógica da substancialidade e da centralidade do corpo na organização do parentesco. Os conhecimentos veiculados pelos cursos não são meramente técnicos, mas estão carregados de valores provenientes da sociedade ocidental, mais especificamente do modelo médico hegemônico. Apesar da boa vontade daqueles que promovem e realizam os cursos, os conhecimentos transmitidos ali possuem em *status* de verdade, não sendo apresentados como mais um tipo de conhecimento possível, dentre tantos outros – como aqueles de domínio das mulheres indígenas. Isso esta autora pôde verificar pessoalmente ao participar do curso de parteiras em Mâncio Lima.

Portanto, podemos nos perguntar: como os conhecimentos difundidos durante esses cursos são apreendidos pelas mulheres que dele participam e quais os efeitos que eles produzem na prática cotidiana de atenção à gestação e ao parto? Tivemos uma noção desse impacto a partir da fala dos participantes das reuniões do Alto Juruá, mas na verdade, não sabemos!

Por outro lado, logo quando esta autora ocupou a posição de gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena, os gestores do Departamento da Saúde Indígena, em parceria

com a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, tinham a intenção de, cada vez mais, promover Cursos de Capacitação para as Parteiras Indígenas e fazer um cadastro nacional dessas parteiras. O discurso que justificava a relevância desses cursos era que eles contribuiriam para reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil (neonatal) indígenas associadas ao parto.

Entretanto o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena não produziu informações sistemáticas acerca das condições em que os partos realizados por parteiras são realizados e, nem tampouco, sobre as morbidades e mortalidades a eles associados. Além disso, até mesmo as informações sobre partos indígenas hospitalares são precárias, porque a parturiente, ao adentrar na rede de atenção do Sistema Único de Saúde, já que os partos hospitalares são aí realizados, não é identificada nem como indígena e nem tampouco pela etnia à qual pertence. Portanto, não se sabe de fato quais são as morbidades, nem os índices de mortalidade associados ao parto domiciliar realizado por parteiras. Por outro lado, também não há informações sobre as morbimortalidades e muito menos sobre a qualidade da assistência prestada às parturientes indígenas em hospitais e maternidades do SUS.

Como planejar ações para reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil neste caso?

Logo, o discurso que defende os Cursos de Capacitação de Parteiras como um meio de reduzir as taxas de morbidades e mortalidades materno-infantil parece estar pautado muito mais em princípios ideológicos, tais como aqueles veiculados pelo imaginário higienista (TORNQUIST, 2004), do que sustentado sobre evidências concretas produzidas a partir do conhecimento profundo e sistemático da situação de saúde das gestantes e das parturientes indígenas e das condições de assistência aos partos – tanto domiciliares quanto hospitalares. Informações estas que o sistema oficial de saúde tem por obrigação produzir.

Muito provavelmente, esses discursos sejam um resquício da mesma ideologia higienista que, ao longo do século XX, associou o ofício das parteiras à sujeira e ao perigo. Neste caso, os cursos de parteiras realizados desde o século XIX tinham como função difundir os conhecimentos médicos a respeito dos procedimentos de higiene e anatomia. Já naquela época as mulheres que faziam os cursos procuravam profissionalizar-se e agregar prestígio e valor à sua prática, distinguindo-se das demais parteiras que, por não saberem ler, não participavam dos cursos, sendo excluídas do processo de profissionalização das parteiras e relegadas a um lugar marginal, subalterno e estigmatizado, a partir do qual passaram a ser,

pejorativamente, denominadas “comadres, entendidas e curiosas” (TORNQUIST, 2004). Esses cursos contribuíram para transformar as formas assistência aos partos: dos cuidados da parteira para a profissionalização da atenção. Assim, se constituíram em dispositivos de medicalização do parto e do próprio ofício das parteiras e da arte de partejar.

Ora, o que faz crer que isso não venha a ocorrer novamente, agora entre os povos indígenas, com a realização desses cursos de capacitação de parteiras? Em que medida esses cursos não contribuiriam para medicalizar tanto a gestação e o parto indígenas quanto as formas comunitárias de assistência às gestantes, às parturientes e aos recém-nascidos?

O que se percebe através dos discursos dos participantes das reuniões do Alto Juruá é que os cursos de parteiras constituem uma atividade poderosa por meio da qual se inculca em seus participantes o que é ser parteira, condição para a conquista do reconhecimento do *nawa*. Isso é tão forte a ponto daquelas que não participaram desses eventos, mas que possuem ampla experiência em “pegar menino”, não se autodefinirem como tal. Ao nomear as “parteiras”, os cursos também desautorizam as que não os frequentaram, mas que possuem um saber prático e *incorporado* para continuar auxiliando suas parentes a parir. Esse processo pode instituir um sentimento de insegurança imobilizador.¹⁷³ Afinal “os grupos dominantes consolidam a sua hegemonia, inculcando uma imagem de inferioridade nos grupos subjugados” (TAYLOR, 1994: 86).

Contratar parteiras significa instituir um processo de profissionalização. Sabe-se que, por mais indigenizado que seja o termo “profissional”, acessado pelos discursos dos participantes indígenas das reuniões do Alto Juruá, a profissionalização requer um mínimo de domínio de leitura e escrita, assim como um certo grau de escolarização.¹⁷⁴ Na sociedade ocidental, o profissional não é “formado pela tradição”, mas, sim, por um processo de aprendizado formal, oficialmente reconhecido pelo Estado. Assim, a profissionalização das parteiras, inevitavelmente, exigiria que as mulheres que dele participassem, além de frequentar os cursos de qualificação básica, também fossem letradas.

¹⁷³ “O reconhecimento incorreto não implica só uma falta do respeito devido. Pode também marcar as suas vítimas de forma cruel, subjugando-as através de um sentimento incapacitante de ódio contra elas mesmas. Por isso, o respeito [...] é uma necessidade humana vital” (TAYLOR, 1994: 46).

¹⁷⁴ Atualmente, esse processo está acontecendo inclusive com os AIS que, apesar de ocuparem um cargo formal instituído pelo Estado, não é considerado profissional se não concluir todos os módulos de capacitação previstos pelo subsistema e não obter o nível fundamental de escolarização (em consonância com a Medida Provisória 297/2006, que regulamenta a profissão dos agentes comunitários de saúde).

De início, essa exigência deixaria de fora muitas mulheres com experiência prática em “pegar menino”, mas que, além de muitas vezes falarem somente a língua indígena, são iletradas. Ou seja, nesse contexto, reconhecer as parteiras significa transformá-las por meio dos cursos de capacitação e validar cientificamente os conhecimentos tradicionais com os quais elas operam, para depurá-los de qualquer resquício de cultura. Porém essas mulheres não são parteiras justamente por terem sido formadas pela cultura? Neste caso, que tipo de reconhecimento o Estado poderia dar a uma “profissional da cultura” se são justamente as características culturais da prática das parteiras que precisam ser depuradas? Dessa forma, o poder colonial realiza o seu desejo de ver o Outro reformado, aqui concretizado em uma parteira quase-profissional – reconhecida e subordinada aos profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde.

Volta-se novamente à pergunta: quais serão os efeitos desencadeados sobre a organização comunitária dos cuidados à saúde baseados em um sistema de dádiva, se tais reivindicações forem atendidas? No caso em que o conhecimento sobre o gestar e o parir é difuso e *encorporado*, como decidir quem vai ser contratada em meio a tantas mulheres com experiência prática em “pegar menino”? E as outras mulheres? Seriam desautorizadas a atuar na assistência aos partos, como já vem acontecendo em algumas comunidades dessa região desde o advento dos cursos de capacitação, que têm propiciado a emergência da parteira tradicional? No caso da profissionalização das parteiras, como contemplar as mulheres com ampla experiência prática em “pegar menino”, mas que não têm domínio da escrita e tampouco do português? E no caso em que a estrutura da assistência opera com as “ajudantes da parteira”, seriam contratadas as duas? Enfim, qual o impacto do processo de profissionalização sobre a organização sociocultural comunitária de assistência à gestação e ao parto? E quais os efeitos dos conhecimentos anatômicos e fisiológicos apreendidos pelas parteiras durante os cursos sobre os processos de fabricação e produção de corpos e de pessoas indígenas, informados pelo idioma da substancialidade, nos contextos comunitários?

De qualquer forma, um dos efeitos que inevitavelmente adviria com a contratação das parteiras seria o de subordinação delas aos profissionais – médicos e enfermeiros – que atuam nos serviços de saúde. Isso ocorreria, já que contratar significa regulamentar o ofício da parteira, colocando-o sobre a vigilância administrativa do Estado. As antropólogas que atuaram na equipe de execução do Projeto Acre, mesmo instigando os participantes das reuniões a lutarem pelo reconhecimento profissional da parteira, acreditam que a contratação traria várias consequências para as comunidades indígenas no Alto Juruá.

Em primeiro lugar, pode-se prever uma institucionalização da figura da parteira [...] Se uma pessoa for contratada em cada comunidade para exercer esse cargo, as outras que normalmente desempenham essas atividades se negariam a continuar trabalhando sem receber remuneração. Se isso acontecer, pode-se prever uma maior afluência das mulheres à cidade para fazer o parto. Em segundo lugar, a transformação da função de “parteira” num cargo remunerado, o tornaria objeto de lutas políticas, de forma que em vez de serem escolhidas pessoas com aptidões para essa atividade, o critério usado seria a relação de parentesco com a liderança do momento. Sabemos que isso já acontece a respeito dos AIS e é possível percebê-lo em relação às “parteiras”, já que algumas das participantes das reuniões foram escolhidas por suas respectivas comunidades para ocupar o cargo, apesar de não terem realizado partos, em detrimento de outras mulheres que o fizeram. Por último, a institucionalização da parteira por meio da contratação estaria sujeita à sua capacitação segundo os critérios e as técnicas biomédicas, o qual pode prejudicar o conhecimento e as práticas tradicionais indígenas (OLHAR ETNOGRÁFICO, 2006).

É certo que os cursos de aperfeiçoamento das parteiras tradicionais indígenas vêm criando uma grande expectativa nas mulheres indígenas do Acre que deles participaram, de serem contratadas e remuneradas pelo trabalho que fazem, ou que farão, como parteiras. Neste caso, as reivindicações dos participantes das reuniões pela realização de outros cursos de parteiras, assim como pela contratação das parteiras, sinônimo de reconhecimento por parte do Estado, também são legítimas.

É preciso reconhecer que, em muitas situações, as mulheres que “pegam menino” trabalham em situações precárias. Neste contexto, o ofício de parteira pode apresentar-se como uma fonte de renda que contribuiria não só para melhorar a qualidade da assistência, mas também permitiria que essas mulheres e suas famílias atendessem a algumas das suas necessidades e aos seus desejos de consumo pelas mercadorias do branco. No entanto, não necessariamente a contratação das parteiras seria a maneira mais adequada para se atender a essas necessidades. É preciso construir alternativas que deem conta dessa problemática. Mais do que cuidadores individuais, se faz necessário reconhecer o conjunto de saberes, práticas e praticantes que cuidam da gestação e do parto, ou seja, os sistemas indígenas de atenção ao parto, como um âmbito da assistência comunitária prestada à saúde materno-infantil indígena.

Dessa forma, se faz necessário um conhecimento profundo e sistemático das condições com as quais operam os sistemas de parto indígenas nos contextos comunitários, bem como de suas interações com os serviços de saúde ofertados a essas populações. A partir desse conhecimento, então, elaborar um planejamento estratégico para a organização da atenção à saúde materno-infantil, baseado na articulação com os saberes, as práticas e os

cuidadores da saúde indígenas. As informações relativas à saúde materno-infantil a serem produzidas devem ser tanto quantitativas (epidemiológicas, demográficas, dos serviços) quanto qualitativas (etnográficas), dando conta dos distintos âmbitos da atenção prestada à saúde indígena – comunitárias, básica, de média e alta complexidades.

Assim os cursos de capacitação de parteiras, por exemplo, deixariam de ser ações pontuais e passariam a integrar um programa elaborado a partir de um conhecimento concreto da realidade, o que permitiria que eles fossem adequados para atender às demandas e às necessidades das comunidades indígenas, intervindo sobre os problemas de saúde reais previamente diagnosticados. Da mesma forma, eles devem ser ministrados por profissionais habilitados para dialogar com diferentes perspectivas socioculturais a respeito do corpo, da concepção e dos cuidados com a saúde; aptos para construir conjuntamente conhecimentos a respeito dos processos de gestação e parto e abertos para acolherem a verdade do outro, sem atribuir à sua própria verdade um *status* universal. Sem conhecimento suficiente das realidades socioculturais dos povos indígenas, o discurso sobre a importância de respeitar o saber do Outro não passa de retórica, na medida em que não se respeita aquilo que não se conhece, ou melhor, que não se compreende.

Outra linha de ação indicada pela Área de Medicina Tradicional Indígena foi a de fortalecer as comunidades, construindo meios, mediante um processo participativo, para que elas pudesse sustentar os seus próprios saberes, práticas, instituições e especialistas. Neste caso, o foco do programa recairia na dimensão coletiva e comunitária dos povos indígenas, e não sobre praticantes individuais, visando a criar condições para a sustentabilidade econômica, ambiental e sociocultural das suas práticas de autoatenção tanto no sentido estrito quanto no sentido amplo. Isso requereria uma atuação coordenada dos diferentes setores que compõem o aparato administrativo do Estado.

Enquanto discurso da gerência da Área de Medicina Tradicional Indígena, mais do que uma proposta concreta, esta autora acredita serem esses pontos importantes a serem considerados no processo de construção de uma política pública de atenção à saúde da mulher indígena, assim como na organização dos serviços de assistência à saúde materno-infantil indígena. Apenas adotando uma postura reflexiva, dotada e consciência histórica, se podem amenizar os riscos de dar continuidade ao processo de colonização de corpos e de pessoas indígenas, um dos efeitos que a medicalização da gestação e do parto, dos cuidadores e da arte de partejar poderia ter.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese “Entre Discursos Oficiais e Vozes Indígenas sobre Gestação Parto no Alto Juruá: a Emergência da Medicina Tradicional Indígena no Campo das Políticas Públicas” pretendeu evidenciar como a medicina tradicional indígena irrompe nos distintos locais que compõem o campo das políticas públicas em saúde indígena, assumindo sentidos e defini es diferentes em cada uma destas localidades. Por um lado, os discursos oficiais transformam a medicina tradicional indígena em objetos de políticas públicas; por outro, as vozes indígenas, ao se reconhecerem em uma categoria discursiva que emerge no contexto das rela es interétnicas estabelecidas com o Estado-Na o, falam sobre os conhecimentos e práticas utilizados durante a gesta o e o parto – tanto para manter a saúde e tratar os agravos quanto para produzir corpos e pessoas indígenas –, que fazem parte das suas medicinas tradicionais. Enquanto no primeiro caso, a medicina tradicional indígena é dita no singular; no segundo, ela se revela na diversidade de formas que os cuidados com a saúde assumem nos contextos comunitários dos povos indígenas do Alto Juruá. Neste âmbito,   necessário usar o plural para falar das medicinas tradicionais indígenas.

Cada vez mais o Estado brasileiro tem criado políticas públicas que empregam a no o de “tradicional” para qualificar os seus objetos: medicina tradicional, povos e comunidades tradicionais, conhecimento tradicional (associado), práticas tradicionais (integrativas e complementares), parteiras tradicionais, entre outros. O discurso oficial veiculado por essas políticas é alinhado às diretrizes estipuladas pelos organismos internacionais (OMS, ONU, OIT) aos Estados nacionais, das quais o Brasil   signatário. No âmbito desta tese, chama-se essa forma o discursiva de Políticas da Tradi o.

No campo da saúde, particularmente, a OMS recomenda aos países-membros a integra o das medicinas tradicionais aos sistemas de saúde nacionais. Nos discursos oficiais, o estabelecimento de rela es de coopera o entre esses sistemas e os praticantes das medicinas tradicionais se apresentaria como uma estratégia de baixo custo, de amplia o da cobertura e do acesso de segmentos populacionais mais desfavorecidos em termos econômicos aos serviços de saúde, principalmente em países em desenvolvimento.

Para que essa integra o seja possível, a OMS desenvolveu um conceito instrumental para a MT, sugerindo que algumas medidas fossem tomadas para garantir a segurança, a eficácia, a qualidade e o uso racional destas medicinas. Com isso, o Estado exerceria o

controle, por meio do aparato técnico-administrativo, sobre as práticas, os praticantes, os serviços e os produtos das medicinas tradicionais, passíveis de serem integradas aos sistemas oficiais de saúde. As políticas públicas brasileiras que tratam sobre o tema aderiram tanto ao conceito desenvolvido pela OMS quanto às recomendações que ela postula. Dentre estas políticas estão a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e os projetos de lei dos deputados Eduardo Valverde e Janete Capiberipe.

Para que as medicinas tradicionais sejam integradas ao sistema oficial de saúde é necessário submetê-las a dois processos: a validação científica dos seus conhecimentos e das suas práticas; e a qualificação dos seus praticantes. Enquanto o primeiro dá à ciência o papel de esquadrihá-las, buscando depurá-las dos traços culturais ao produzir evidências científicas sobre a sua eficácia que possam validá-las; o segundo estabelece a necessidade de os praticantes serem devidamente qualificados em cursos que os introduzam nos conhecimentos básicos de saúde pública, tendo em vista a regulamentação do seu ofício. Neste caso, regulamentar significa disciplinar e colocar essas práticas e praticantes sob a supervisão direta do Estado.

Dessa forma, a validação científica está para as terapêuticas e produtos das medicinas tradicionais, assim como a qualificação, o credenciamento e o licenciamento estão para os seus praticantes. Neste caso, o Estado-Nação exerce o seu poder administrativo, utilizando os dois modos de vigilância: a produção, o armazenamento e o controle das informações produzidas pela pesquisa científica; e a supervisão da qualidade dos produtos e dos serviços prestados pelos praticantes dessas medicinas. Essas medidas permitem que o Estado estenda o monitoramento reflexivo sobre dimensões do *mundo da vida* de povos e comunidades tradicionais que até então se mantinham à margem da vigilância exercida pelo seu aparato administrativo.

Além disso, ao criar políticas públicas para reconhecer e regulamentar os conhecimentos, práticas e praticantes “tradicionais”, o Estado está a exercer o poder simbólico da nomeação. Assim, ao conceituar os objetos das Políticas da Tradição ele, ao mesmo tempo, cria esses objetos ao nomeá-los e institui realidades socioculturais e políticas particulares sobre as quais ele intervém. Por outro lado, aqueles que não são contemplados por estas definições previamente estabelecidas são excluídos do escopo dessas políticas.

A partir do processo de produção colonial da diferença, o Estado define, por meio do seu poder de nomear, o que são as medicinas tradicionais, as práticas tradicionais, os povos e as comunidades tradicionais, as parteiras tradicionais, o conhecimento tradicional, assim como o que é ser índio e o que é medicina tradicional indígena. As políticas públicas, geralmente, são construídas a partir da fantasia da diferença colonial, que ao mesmo tempo reforça e subordina os grupos sociais, obrigando-os a imitar aquelas imagens fantasmáticas da civilidade ou da cidadania. Como diz Bhabha (2005), o Estado precisa produzir diferenciações por meio das quais as práticas discriminatórias possam mapear as populações a serem submetidas ao seu poder administrativo.

Entretanto, ao instituir tais definições, os discursos oficiais deixam de contemplar as múltiplas conceituações que essas categorias possuem nos contextos socioculturais dos povos e comunidades que constituem o alvo destas políticas. Nesse sentido, as políticas públicas acabam por operar com noções estereotipadas do que vem a ser os seus objetos qualificados pela tradição. Assim, os conceitos operacionalizados por essas políticas não deixam de se constituir em dispositivos do poder colonial que instituem uma forma fixa de representação, transformando diferenças culturais em estereótipos. No caso das medicinas tradicionais, essa fixidez está associada à ideia de que seus saberes e suas práticas provêm de tempos imemoriais, mantendo-se imutáveis, portanto, fixos e estáticos, no seu processo de transmissão por sucessivas gerações. Por outro lado, estas medicinas também encerram algo de atrasado e de supersticioso, precisando ser aperfeiçoadas pela ciência moderna de modo a se tornarem um recurso eficaz de atenção primária à saúde.

A formação discursiva das Políticas da Tradição se organiza em torno da dicotomia modernidade *versus* tradição. Ao operar com essa dicotomia, os discursos oficiais acabam por subordinar os saberes locais e culturais ao modelo biomédico universalista. Neste contexto, a ciência instaura um processo de neocolonização cultural dos saberes dos grupos socialmente subordinados, e é isso o que possibilita torná-los objetos de políticas públicas. Entretanto, convém lembrar que o Estado não está inclinado a incorporar qualquer prática das MTs, mas somente aquelas que podem ser apreendidas pela racionalidade biomédica, como, por exemplo, o uso de plantas medicinais como prevista na PNPMF.

Reconhecer oficialmente as medicinas tradicionais significa validá-las cientificamente, torná-las seguras e eficazes, transformá-las em universais. Como visto anteriormente, não se valida uma prática por ela ser tradicional. Para que ela seja reconhecida,

é necessário submetê-la ao escrutínio da ciência. Portanto, a tradição que qualifica os objetos das políticas públicas precisa ser forjada por estas mesmas políticas, o que não deixa de ser um fenômeno característico da modernidade: a tradição como objeto de políticas públicas é um constructo moderno instituído pelas organizações características da modernidade, por excelência – tanto os organismos internacionais quanto o Estado-Nação (GIDDENS, 2008).

Os processos de validação científica e qualificação profissional dos praticantes das MTs têm a virtude de deslocar conhecimentos, práticas e agentes sociais de seus contextos locais e reencaixá-los no espaço das políticas públicas, no qual eles adquirem sentidos e valores diferentes do que possuíam originalmente, sendo agora associados à ideia de inclusão social e cidadania constitutiva do moderno Estado brasileiro. Neste caso, para reconhecer/valorizar/validar a tradição, que organiza o *mundo da vida* dos povos e comunidades tradicionais, é preciso transformá-la em objetos deslocados de políticas públicas. Ora, esses objetos deslocados são os híbridos culturais que emergem com o processo de ocidentalização instaurado pelo Estado ao cientificizar as medicinas, os conhecimentos, os povos e as comunidades tradicionais, tratados como assuntos de interesse nacional e de preocupações internacionais. Dessa forma, os discursos oficiais constroem objetos híbridos de políticas públicas sustentados sobre a retórica da tradicionalidade.

Em síntese, a integração das medicinas tradicionais ao sistema oficial de saúde requer que sejam observadas diferentes etapas: a identificação de terapias e recursos úteis e eficazes, na visão biomédica; a descontextualização de práticas, saberes e praticantes; a validação científica/qualificação das medicinas tradicionais; o reencaixe desses saberes, práticas e praticantes no contexto universal das políticas públicas; e a mercantilização do tradicional.

Nesse processo, as medicinas tradicionais se transformam em serviços e produtos complementares, colocados à disposição do cidadão-usuário do SUS ou do cidadão-consumidor. Ou seja, a regulamentação das MTs pelas políticas públicas também autoriza que os seus conhecimentos e suas práticas sejam mercantilizados, na medida em que eles adquirem um estatuto de universal ao serem validados cientificamente. Assim, as terapêuticas das MTs poderão ser comercializadas tanto como produtos quanto como serviços disponibilizados aos cidadãos e consumidores do mercado da saúde.

Entretanto, ao irromperem nos contextos locais, os discursos oficiais das políticas públicas possuem a virtude de reordenar as relações sociais, conectando-as a uma ordem

mundial mais abrangente. No caso analisado no âmbito desta tese, os discursos oficiais permitiram a criação da Área de Medicina Tradicional Indígena do Projeto Vigisus II – um espaço fronteiriço situado entre as relações mantidas entre o governo brasileiro e um organismo internacional – o Banco Mundial –, por um lado; e entre essas organizações mundialmente difundidas e os povos indígenas localmente situados, por outro.

Dessa forma, as Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde que aconteceram na região do Alto Juruá, ao se constituírem em uma atividade do Projeto Acre, fomentado pela Área de Medicina Tradicional Indígena, constituem uma situação exemplar de irrupção de políticas públicas em contextos locais. Ao terem sido gestadas em um lugar distante (Brasília) e ocorrerem em localidades particulares de modo a reordenar as relações sociais, essas reuniões assumiram uma configuração translocal (AYORA DIAZ, 2007).

Convém dizer que, apesar de o discurso veiculado pela Área propor uma reflexão crítica sobre os efeitos colonizadores e de medicalização causados pela implantação de tais políticas sobre os corpos e a vida das comunidades indígenas, a sua existência se deve, justamente, às possibilidades instituídas pelos discursos oficiais relativos tanto às medicinas tradicionais quanto aos direitos socioculturais dos povos indígenas.

Por outro lado, o contexto em que aconteceram as reuniões do Alto Juruá já havia acolhido outras ações vinculadas a políticas públicas específicas. Essas ações, por sua vez, também exerceram influência tanto na configuração das realidades socioculturais indígenas dessa região quanto sobre a conformação dos discursos veiculados pelos agentes e comunidades indígenas dessa mesma região, inclusive, daqueles pronunciados pelos que estiveram presentes nesses eventos comunicativos.

No entanto, o que os enunciados proferidos durante essas reuniões permitem perceber é que os discursos, categorias, conhecimentos e bens disponibilizados pelas políticas públicas são apropriados pelos povos indígenas do Alto Juruá e submetidos a um processo de “indigenização”. Neste processo, esses discursos também são transformados de modo a atender a seus próprios interesses indígenas de *developman* (SAHLINS, 1997a) e de reprodução sociocultural. Portanto, esses discursos passam a veicular outros sentidos, diferentes daqueles que originalmente eles possuem como políticas públicas.

Este é o caso dos Cursos de Aperfeiçoamento das Parteiras Tradicionais Indígenas que, apesar de terem sido realizados pelo GMI, representou um desdobramento de uma

política pública específica do Ministério da Saúde – o Programa Trabalhando com as Parteiras Tradicionais –, que está alinhada às recomendações da OMS para a integração colaborativa das parteiras tradicionais aos serviços de saúde e que foi implantada no Estado do Acre através da parceria estabelecida com a ONG Grupo Curumim. Além disso, o Projeto de Lei nº 2.145/2007, da deputada Janete Capiberipe, consolida as intencionalidades governamentais de regulamentação desse ofício.

As falas dos participantes das reuniões do Alto Juruá revelaram o quanto os conhecimentos e as coisas do *kit*-parteira, conseqüentemente, os próprios cursos, foram apropriados pelas comunidades e povos indígenas dessa região e submetidos a um processo de indigenização no qual, ao serem colocados a serviço dos seus interesses de desenvolvimento, adquirem novos sentidos e funções nos contextos socioculturais dos quais agora fazem parte. Entretanto, mesmo sendo esvaziados em seu conteúdo semântico ao atravessarem as fronteiras da diferença cultural, os conhecimentos e as coisas apropriados ainda trazem algo de sua sociedade de origem.

Um dos efeitos dessa apropriação foram, justamente, as mudanças na forma tradicional de assistência aos partos, como era feita antes do advento dos cursos – o chamado “parto tradicional” – para o modo como ela é feita hoje em dia, cujas parteiras passaram a usar em sua prática os procedimentos e materiais apreendidos durante os cursos de parteiras. Além disso, os discursos indicam que a própria organização sociocultural dos cuidados prestados com a gestação e o parto vem sofrendo alterações com a introdução dos valores do sistema oficial de saúde veiculados pelos cursos, tais como o da intimidade e da privacidade presentes na orientação dada às parteiras durante os cursos de que, ao serem chamadas para assistir um parto, devem ser acompanhadas apenas por uma ajudante. Ora, como se viu na descrição apresentada por Lagrou (2007), pelo menos entre os Kaxinawa, vários parentes próximos da grávida participam do evento de parto e cumprem funções específicas no processo de cuidado e de produção do novo ser que chega ao mundo.

Se, por um lado, essas transformações foram marcadas pela introdução dos materiais do *kit*-parteira na prática do “pegar menino”. Por outro, a transformação mais radical que esses discursos permitem perceber foi a própria emergência da parteira como alguém habilitado para acompanhar as gestantes e assistir os partos, principalmente nos contextos comunitários onde os conhecimentos e práticas de autoatenção relacionados ao processo de gestar e parir são *incorporadas*, portanto, difusos e compartilhados por todas aquelas que, ao

estarem vinculadas pelos laços do parentesco, já passaram por essa experiência. O mesmo se dá também naquelas aldeias em que a figura da parteira já existia como referência na assistência aos partos e que tiveram a sua prática transformada pelos conhecimentos e materiais apreendidos durante os cursos.

Portanto, ou a figura da parteira surge com o advento dos cursos como em algumas comunidades Kaxinawa e entre os Katukina, ou ela é transformada por estes cursos na medida em que a sua prática da parteira o é, no caso dos demais povos dessa região. De qualquer forma, o fenômeno de emergência da “parteira capacitada” e da instituição do cargo de parteira nas aldeias resulta tanto do efeito desses cursos quanto do exercício da agência indígena ao se apropriarem deles.

Esses cursos também são percebidos como um caminho por meio do qual se vai conquistar o reconhecimento profissional das parteiras indígenas e a consequente contratação remunerada por parte do Estado. Inclusive, pelo fato de possuírem um poder criador: o poder de nomear as parteiras tradicionais e reordenar as relações socioculturais de cuidados com a gestação e o parto no âmbito das comunidades indígenas do Alto Juruá. Isso foi evidenciado quando as reivindicações pela contratação remunerada das parteiras e dos pajés surgiram nas reuniões do Alto Juruá como uma das dimensões da luta indígena pela conquista do reconhecimento.

No entanto o problema do reconhecimento possui duas faces: o reconhecimento interno das comunidades para com a atuação das parteiras; e o reconhecimento externo advindo do Estado, que se materializa na contratação remunerada das parteiras indígenas. Se isso vier a acontecer, provavelmente, os cuidados com a gestação e o parto, que originalmente se encontram inscritos em um sistema de dádiva, serão deslocados para um regime de Estado. Com a instauração desse processo, passa a haver uma redefinição dos papéis dos diferentes especialistas e, conseqüentemente, uma reordenação das relações sociais que acontecem no âmbito comunitário. Ao mesmo tempo a perspectiva sobre o que é saúde e bem-estar é deslocada de um sentido amplo para o sentido estrito que informa as práticas de autoatenção (MENEDEZ, 2003).

A promoção desses cursos, de certa forma, vem ao encontro aos discursos oficiais, que recomendam a qualificação dos praticantes das medicinas tradicionais de modo a integrá-los aos sistemas de saúde nacionais, tornando-os colaboradores dos serviços. Entretanto, se o reconhecimento profissional só pode advir da validação científica das práticas e da

qualificação das parteiras, o que desloca essa praticante do âmbito comunitário em que ela exerce a sua prática para a arena do Estado, onde passa a integrar os quadros burocráticos da administração pública. No âmbito comunitário a atuação das parteiras ainda está sustentada pelo reconhecimento da comunidade. Talvez, por isso, algumas “parteiras capacitadas” reclamaram que, mesmo tendo sido treinadas, em sua comunidade as mulheres continuam preferindo recorrer às suas mães ou mesmo ter seus filhos sozinhas.

Ora, se assim é, então, o movimento desencadeado pelas políticas públicas, ao tornar as coisas e os sujeitos do tradicional seus objetos, é circular, pois os povos indígenas voltam a se reapropriar desses objetos, a partir de seus próprios pontos de vista, e atribuem a eles outros sentidos – agora não mais o original, mas também não necessariamente aquele veiculado pelos discursos oficiais. As diferenças culturais são redimensionadas, e novos locais de cultura emergem a partir das relações estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado.

De qualquer forma, é importante dizer que as políticas públicas relacionadas à saúde indígena, em especial às que se direcionam aos cuidados com a gestação e o parto, são inscritas nos corpos dos sujeitos indígenas, dispositivo central da organização dos sistemas de parentescos ameríndios. Portanto, elas impactam tanto a organização sociocultural dos cuidados com as gestantes e parturientes, tendo como um dos seus efeitos a emergência dos agentes intermédicos de cuidado com a saúde, os AIS e as parteiras, quanto as práticas de assistência ao parto e as formas de parir.

O fato de a “parteira indígena capacitada” ser emergente no Alto Juruá e, portanto, um constructo moderno, não desqualifica a luta indígena pelo seu reconhecimento e pela realização de outros cursos de parteiras, já que por meio deles as comunidades dessa região teriam acesso aos conhecimentos e às coisas do branco, assim como aos recursos e benefícios advindos da relação com o Estado, que poderiam melhorar tanto as suas condições de trabalho quanto as de vida. Entretanto, essa questão deve ser objeto de reflexões aprofundadas que busquem alternativas para a criação de condições de operacionalização dos sistemas de partos tradicionais, prevendo os riscos que o desenvolvimento de uma ação governamental irrefletida, mas colonial, pode trazer para a organização tradicional do cuidado comunitário com as gestantes e as parturientes. Sem isso, os cursos de capacitação de parteiras indígenas constituem dispositivos do poder administrativo e simbólico utilizados pelo Estado que, em sua versão biomédica, tem a virtude de medicalizar os processos de gestação e parto ao colonizar os corpos e as mentes das pessoas indígenas.

Por outro lado, viu-se que o conjunto de saberes, práticas e cuidados comunitários para com a gestação e o parto extrapolam a atuação das parteiras tradicionais. No contexto das reuniões do Alto Juruá, dois desses cuidadores de gestantes, parturientes e recém-nascidos, além das parteiras, se destacaram: os pajés e os agentes indígenas de saúde. Por um lado, os participantes desses eventos afirmaram que o papel dos pajés no cuidado com a gestação e o parto é intervir sobre as complicações que possam vir a ocorrer durante a gestação ou no parto e fornecer remédios para a mulher tomar durante a gestação para preparar um bom parto e/ou desenvolver certas habilidades no novo ser que está sendo forjado. Por outro, ficou evidente que a categoria “pajé”, que também emerge no processo histórico de contato interétnico estabelecido entre os povos indígenas e o Estado-Nação, é utilizada para se referir a uma ampla gama de especialistas que possuem domínios diferentes sobre práticas e métodos utilizados tanto para promover a saúde e o bem-estar da comunidade quanto para tratar doenças. Neste caso, os sentidos que foram atribuídos ao pajé como um cuidador da gestação e do parto também emergiram durante os discursos proferidos nesse evento, o que deu visibilidade à importância de sua atuação neste processo.

O AIS, por sua vez, único a ocupar um cargo formalmente reconhecido pelo Estado, também aparece nos discursos proferidos durante as reuniões do Alto Juruá por estar desempenhando papéis e funções diferentes no cuidado com a gestação e o parto nos múltiplos contextos comunitários em que atua. Mas, apesar das diferenças, ele também compartilha características comuns: os agentes de saúde irrompem nas aldeias como conhecedores dos “remédios da farmácia” – uma das representações simbólicas dos indígenas sobre a “medicina do branco”. Além disso, é ele o responsável pelo encaminhamento dos “pacientes” aos serviços de saúde localizados na cidade.

Os AIS aparecem nos discursos como agentes altamente criativos que recriam sua prática de atenção à saúde quando combinam os conhecimentos e as condutas aprendidos no contato com os representantes do sistema oficial de saúde – seja nos cursos de capacitação, seja ao fazer parte das EMSIs – aos saberes e práticas indígenas de autoatenção, tais como rezas, assopros, uso de remédios tradicionais. Os conhecimentos e as condutas incorporadas por ele também são inscritas em seus próprios corpos. Na medida em que vai desenvolvendo um domínio corporal sobre eles, os AIS os tornam *encorporados*, orientando-os no exercício de sua agência. Dessa forma, os AIS também adquirem atributos intermédicos. A intermedialidade, além de constituir no contexto de atuação, também se inscreve nos seus corpos e se manifesta nas práticas em que o seu saber-fazer saúde é aplicado. Portanto, o

papel do AIS também foi indigenizado e, sendo assim, ele também surge nos discursos indígenas como emergente.

Mas os agentes envolvidos nestes cuidados, vinculados por laços de parentesco, agem de forma complementar no contexto das relações de gênero que fabricam corpos e produzem pessoas indígenas. Cada um dos cuidadores das gestantes, das parturientes e dos recém-nascidos, sejam familiares, sejam especialistas, possui capacidades específicas, associadas a sua identidade de gênero, que contribuem para o sucesso do empreendimento gestacional. Entretanto a agência da gestante, ao decidir quais os cuidados irá observar e quais os cuidadores irá acessar para ajudá-la a parir, é central para articular os diferentes especialistas e recursos de saúde.

Ora, se os cursos de parteiras constituíram espaços fronteiriços do encontro colonial que possibilitaram as apropriações indígenas dos conhecimentos e das coisas dos brancos e a articulação das diferenças culturais ali representadas, as reuniões de parteiras, pajés e AIS também constituíram eventos socialmente situados, que também propiciaram o encontro das diferenças étnicas e culturais. Porém, enquanto os primeiros possuíram o *status* de capacitação, no qual alguns têm a função de repassar conhecimentos a outros, e de apreendê-los; as reuniões possuíram o *status* de troca de experiências em que as relações, mesmo ainda sendo pautadas em princípios hierárquicos, foram estabelecidas em um eixo mais horizontal (ou menos vertical).

Os participantes desses eventos, ao se encontrarem em uma situação dialógica, revisaram os sentidos atribuídos à função, aos conhecimentos e às práticas das parteiras, dos pajés e dos AIS de modo a recriá-los em um contínuo processo de *autopoieses*. Dos seus discursos emergiram os sentidos atribuídos por eles aos saberes e práticas usados nos cuidados com a gestação e na assistência ao parto, bem como aos papéis desempenhados pelas parteiras, pajés e AIS no cuidado com as grávidas e as parturientes nos múltiplos contextos comunitários dessa região.

Os discursos dos participantes indígenas operaram com uma série de dicotomias organizadas em torno da oposição índios *versus* brancos que, por sua vez, instaura um corte temporal entre os tempos de antigamente e os dias de hoje. Entre as dicotomias que emergiram nos discursos citam-se algumas: conhecimento tradicional *versus* conhecimento do branco; parto tradicional *versus* forma do branco de fazer partos, marcada pelos procedimentos de higiene e pelo uso dos materiais do *kit*-parteira; pré-natal indígena *versus*

pré-natal do branco; parto antigamente *versus* parto hoje; remédio da farmácia *versus* remédio tradicional; medicina tradicional *versus* medicina do branco; parteira indígena *versus* parteira branca (enfermeira); pajé *versus* médico, e assim por diante.

Uma das categorias discursivas que emergiu durante as reuniões do Alto Juruá foi a do “pré-natal tradicional”, utilizada pelos participantes para se referirem aos cuidados indígenas observados durante a gestação: dietas, folhas, rezas, condutas e emoções. Essa noção foi empregada tanto como um meio de contrastar o pré-natal realizado pelos serviços de saúde aos cuidados utilizados pelos indígenas, demarcando assim as diferenças, quanto como uma forma de dizer para o branco que os povos indígenas ali representados também possuíam a sua própria forma de cuidar da gestação. De qualquer maneira, a noção de pré-natal, originariamente usada no contexto dos serviços de saúde para se referir a um conjunto de procedimentos e exames padronizados e realizados para garantir uma gestação e um parto seguro, foi apropriada pelos povos indígenas e submetida ao processo de indigenização, tornando-se assim “pré-natal tradicional”.

É neste contexto discursivo que a noção de medicina tradicional foi colocada em debate, fazendo com que suas definições emergissem do próprio diálogo instaurado entre os participantes, quando eles confrontaram os diferentes entendimentos sobre o tema e construíram uma compreensão compartilhada sobre ele. No geral, o sentido preponderante atribuído a essa noção foi o associado ao uso dos “remédios da mata”. Neste caso, a medicina tradicional está muito mais alinhada com o sentido estrito das práticas de autoatenção, que remetem ao processo saúde-enfermidade-atenção. Entretanto, ao contemplar práticas que contribuem para a produção de corpos e pessoas indígenas, a medicina tradicional também opera com a dimensão ampla das práticas de autoatenção, empregadas para assegurar a reprodução biossocial e cultural dos povos indígenas do Alto Juruá.

De qualquer forma, os sentidos que informam a noção de medicina tradicional como utilizada pelos povos indígenas é diferente daqueles veiculados pelos discursos oficiais. Enquanto nestes predomina um conceito que destaca a fixidez dos conhecimentos e práticas tradicionais, entre os povos indígenas a noção de tradição é utilizada para demarcar a diferença do modo de ser e de fazer do branco. Aqui se está diante de um paradoxo: se os discursos oficiais operam com uma noção estereotipada da medicina tradicional; as vozes indígenas falam do seu caráter dinâmico e incompleto. Neste caso, a tradição se encontra em permanente revisão, continuamente propiciando a emergência de novos conhecimentos e

novas práticas, como fala uma anciã indígena: quando um remédio da mata não dá certo, ela tenta outro até encontrar a solução para o problema. Entretanto, essas vozes também retroalimentam os discursos oficiais de maneira a atualizá-los.

Portanto, a emergência das categorias de medicina tradicional indígena, conhecimento tradicional, parteiras tradicionais, etc. acontece em uma via de mão dupla: tanto os objetos das políticas públicas qualificados pela noção de tradicional são híbridos quanto as categorias discursivas utilizadas pelos participantes das reuniões do Alto Juruá o são. Só que, em cada local de cultura adquirem categorias, possuem sentidos e funções diferentes. No caso da medicina tradicional como objeto das políticas públicas, por exemplo, vigora o conceito instrumentalizado que permite a integração de algumas das suas práticas e praticantes, passíveis de serem reconhecidos pelo modelo médico hegemônico, ao sistema oficial de saúde. Já entre os povos indígenas do Alto Juruá, as práticas e os cuidadores comunitários da saúde operam em contextos comunitários e de parentesco com conhecimentos práticos inscritos em seus próprios corpos. Se a medicina tradicional é *incorporada* nos contextos comunitários dos povos indígenas do Alto Juruá, no âmbito dos discursos oficiais ela é fragmentada em seus princípios constitutivos para assumir o *status* de objeto das políticas públicas, neste caso, “descorporado”. Mas toda reflexão somente pode ser realizada em razão de estar situada no espaço fronteiriço da Área de Medicina Tradicional Indígena.

Ao ocupar uma posição de entremeio, esta autora tentou fazer uma etnografia das fronteiras em que surgiram os discursos aqui analisados. Foi esta Área que possibilitou o deslocamento de diversos agentes – principalmente lideranças indígenas e antropólogos – entre o âmbito nacional e os múltiplos locais em que ocorreram as ações do Projeto Acre. Assim, a Área propiciou a irrupção dos discursos oficiais nas diferentes localidades em transcorreram os eventos comunicativos promovidos por ela. Neste caso, os antropólogos e as lideranças indígenas se constituíram em agentes translocais que, por transitarem entre as fronteiras da diferença cultural, estabeleceram conexões particulares de modo a contribuir para instituir realidades translocais e fazer emergir novos locais de cultura, tais como as Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS que ocorreram no Alto Juruá.

No processo de desenvolvimento das atividades da Área, os antropólogos ocuparam diferentes posições: consultor, assessor, colaborador, gestor. Suas reflexões e seus discursos foram influenciados e realizados a partir das posições ocupadas – às vezes mais acadêmicas, às vezes mais engajadas. Cada posição ocupada possibilitou, por sua vez, que diferentes

reflexões fossem realizadas sobre o mesmo fenômeno. Essas diferenças se manifestaram na construção das narrativas etnográficas apresentadas nos produtos de consultorias, nos relatórios, notas técnicas e artigos. Ou seja, múltiplos são os lugares em que os antropólogos hoje estão situados no exercício de seu ofício. Cada um deles abre possibilidades de produção de conhecimentos específicos que só se tornam possível se o antropólogo estiver ocupando determinada posição no campo em que estiver atuando.

Dessa forma, o fenômeno de emergência de novos locais de cultura propiciados pela articulação das diferenças culturais em um contexto mundial globalizado requer também novos lugares do “fazer antropológico”. Sendo o lugar de gestão uma das posições possíveis a partir da qual se podem produzir conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATHIAS, Renato. Medicina Indígena no Rio Negro – Experiência de um Projeto. In: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. **Medicina tradicional indígena em contextos**: Anais da 1ª Reunião de Monitoramento. Brasília: Projeto Vigisus II/Funasa, 2007.
- AYORA DIAZ, S. I. Translocalidad y antropología de los procesos globales: saber y poder en Chiapas y Yucatan. **Journal of Latin American and Caribbean Anthropology**, v. 12, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.ucpressjournals.com>>. Acesso em: 20 set. 2009.
- BAKHTIN, M. The Problem of Speech Genres. In: Emerson, C e Holquist, M. (eds). **Speech genres an other late essays**. Austin: University of Austin Press, 1980.
- BARTH, F. Introducción. In: **Los grupos étnicos y sus fronteras**: la organización social de las diferencias culturales. México: FCE, 1976.
- BAUMAN, R.; BRIGGS, C.L. Poetics and performance as critical perspectives on language and social life. **Reviews Anthropological**, 1990.
- BHABHA, Homi K. **O local da cultura**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- _____. **Razões Práticas**. Sobre a teoria da ação. Campinas/SP: Papyrus Editora, 1996.
- BRIGGS, C. **Learning how to ask**: a sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research. New York: Cambridge University Press, 1986.
- _____. The politics of discursive authority in research on the invention of tradition. **Cultural Anthropology**, v. 11, n. 4, 1996.
- CAILLÉ, A. Reconhecimento e sociologia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 63, 2008.
- CANCLINI, Nestor G. **Culturas híbridas**. São Paulo: Edusp, 2003.
- CAPRANZANO, V. Diálogo. **Anuário Antropológico/88**. Brasília: UNB, 1991.
- CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de análise de discurso**. São Paulo: Contexto, 2006.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R.; CARDOSO DE OLIVEIRA, L. **Ensaio antropológicos sobre moral e ética**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.
- CONKLIN, B. Shamans versus pirates in the Amazonian treasure chest. **American Anthropologist**, v. 104, n. 4, 2002.
- DALLARI BUCCI, Maria Paula. **Políticas públicas**. Reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo: Saraiva, 2006.

FERREIRA, L. O. **A dimensão ética do diálogo antropológico: aprendendo a conversar com o nativo**. GT 40 – Ética em pesquisa e Trabalho de Campo: Possibilidades e Dilemas. CD da VII Reunião de Antropologia do Mercosul: Desafios Antropológicos. Porto Alegre, 2007.

_____. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. **Medicina tradicional indígena em contextos** – Anais da 1ª Reunião de Monitoramento. Brasília: Projeto Vigisus II/Funasa, 2007.

_____. O fazer antropológico em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os mbyá-guarani no RS. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (orgs.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa, Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

GALLOIS, Dominique. Nossas falas duras: Discurso político e autorepresentação Waiãpi. In: Albert, Bruce; Ramos, Alcida Rita (org.). **Pacificando o branco**. Cosmologias do contato no norte-amazônico. São Paulo: Editora Unesp, 2002.

GARNELO, L. *et. al.* Medicina Tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. In: GARNELO, L.; LANGDON, E. J. (orgs.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões para uma antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Unesp, 1991.

_____. A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: GIDDENS, A.; BECK, U.; SCOTT, L. **Modernização reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: Unesp, 1995.

_____. **O Estado-Nação e a violência**. São Paulo: Edusp, 2008.

GODELIER, Maurice. **O enigma do dom**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

GOUDBOUT, J. T. **O espírito da dádiva**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

GOW, Peter. **Of mixed blood**: kinship and history in peruvian Amazonia. New York: Clarendon Press-Oxford, 1991.

GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, v. 25 n. 4, 1998.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2005.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical system as Cultural Systems. In: **Social science and medicine**. Ano 12, 1973.

LABATE, B. C. A literatura brasileira sobre as religiões ayahuasqueiras. In: LABATE, B. C., ARAÚJO, W. S. (org). **O uso ritual da ayahuasca**. São Paulo: Mercado de Letras, 2002.

LANGDON, J. **Dialogicality, conflict and memory in siona ethnohistory**. Florianópolis/SC, 2006 (mimeo).

_____. Representação de doenças e itinerário terapêutico dos siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, Ricardo; COIMBRA, Carlos (org.). **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. Garnelo, L. (orgs.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2004.

_____. **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas**. Florianópolis: UFSC, 1996.

LIS FOLLÉR, M. A. J. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (orgs.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa/ABA, 2004.

MACEDO, G. Notas sobre o Projeto Vigisus II e o Subsistema de Saúde Indígena. In: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. **Medicina Tradicional Indígena em Contextos - Anais da I Reunião de Monitoramento**. Brasília, Projeto Vigisus II, 2007.

MANHEIM, B.; TEDLOCK, D. Introducion. In: Manheim, B. & Tedlock, D. (eds.). **The dialogic emergence of culture**. Urbana: University of Illinois Press, 1995.

MENENDEZ, Eduardo. La enfermedad y la curación: Qué es medicina tradicional. **Alteridades**, v. 4, n. 7, México, 1994.

_____. Modelos de atenção dos padecimentos: de exclusões teóricas e articulações práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 22, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Manual técnico de pré-natal e puerpério** – atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Livro da parteira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. FUNASA. **Política nacional de atenção a saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Tecnologia apropriada para nascimento e parto**. The Lancet, n. 24, 436-7, 1985.

PELLEGRINI, Marcos. **Discursos dialógicos: intertextualidade e ação política na performance e autobiografia de um intérprete yanomami no conselho distrital de saúde**. Tese de Doutorado. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 2008.

PEREZ GIL, L. Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. **Medicina**

tradicional indígena em contextos - Anais da I Reunião de Monitoramento. Brasília, Projeto Vigisus II, 2007.

RICOEUR, P. El Lenguaje como Discurso. In: **Teoria de la interpretación: discurso y excedente de sentido**. Madrid: Siglo veintiuno editores, 1995 [1976].

_____. **Percursos do reconhecimento**. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

RAMOS, Rita, A. Vozes Indígenas: o contato vivido e contado. **Anuário Antropológico/87**. Editora Universidade de Brasília/Tempo Brasileiro, 1990.

RODRIGUES, G. M. A. A. Organização das Nações Unidas e as Políticas Públicas Nacionais. In: DALLARI BUCCI, M. P. **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SAHLINS, M. **O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um objeto em via de extinção** (parte 1). *Mana*, v. 3, n. 1. Rio de Janeiro: 1997a.

_____. _____. (parte 2). *Mana*, vol. 3, n. 2. Rio de Janeiro, 1997b.

SEEGER, A. Corporação e Corporalidade: Ideologias de concepção e descendência. In: **Os índios e nós: estudo sobre sociedades tribais brasileiras**. Rio de Janeiro: Campus Ltda., 1980.

_____. DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, J.P. (org.) **Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero e UFRJ, 1987.

TAYLOR, Charles. A Política do Reconhecimento. In: **Multiculturalismo: examinando a política de reconhecimento**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

THIOLLENT, Michel. *Metodologia de pesquisa-ação*. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese de Doutorado. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 2004.

VIVEIROS DE CASTRO, E. A fabricação do Corpo na Sociedade Xinguana. In: Oliveira Filho, J. P. (org.) **Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero e UFRJ, 1987.

Documentação Utilizada

FERREIRA, Luciane Ouriques. **Projeto valorização e adequação dos sistemas de parto tradicionais das etnias indígenas do Acre e do Sul do Amazonas**. Produto de Consultoria PNUD/Projeto Vigisus II. Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília, 2004.

INSTITUTO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO ETNOGRÁFICA OLHAR ETNOGRÁFICO. **Relatório de atividades (1º produto)**: dezembro de 2005 a março de 2006. Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Partos Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas. Brasília, 2006a.

_____. **Relatório etnográfico parcial (2º produto)**: fevereiro a abril de 2006. Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Partos Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas. Brasília, 2006b.

GRUPO DE MULHERES INDÍGENAS – GMI. **Projeto parteiras indígenas do acre**. Rio Branco, 2004a.

_____. **Relatório de atividades do 1º curso de aperfeiçoamento de parteiras tradicionais (indígenas), município de Tarauacá (Acre)**. Rio Branco, 2003.

_____. **Relatório de atividades do 2º curso de aperfeiçoamento de parteiras tradicionais indígenas, município de Santa Rosa de Purus (Acre)**. Rio Branco, 2004b.

_____. **Relatório de atividades do 3º curso de aperfeiçoamento de parteiras tradicionais indígenas, município de Jordão - Alto Juruá (Acre)**. Rio Branco, 2004c.

_____. **Relatório de atividades do 3º curso de aperfeiçoamento de parteiras tradicionais indígenas, município de Marechal Thaumaturgo - Alto Juruá (Acre)**. Rio Branco, 2004d.

Legislações consultadas

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 ago. 1999 (Ed. Extra). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm>. Acesso em: 20 set. 2009.

BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 jun. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm>. Acesso em: 20 set. 2009.

BRASIL. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 8 fev. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6040.htm>. Acesso em: 20 set. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 set. 2009.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial**

[da] **República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9836.htm>. Acesso em: 20 set. 2009.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.186-16, de 23 de agosto de 2001 Regulamenta o inciso II do § 1º e o § 4º do art. 225 da Constituição, os arts. 1º, 8º, alínea "j", 10, alínea "c", 15 e 16, alíneas 3 e 4 da Convenção sobre Diversidade Biológica, dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado, a repartição de benefícios e o acesso à tecnologia e transferência de tecnologia para sua conservação e utilização, e dá outras providências. Em tramitação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 ago. 2001. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/2186-16.htm>. Acesso em: 20 set. 2009.

BRASIL. Projeto de Lei nº 5.078/2005, do deputado Eduardo Valverde. Estabelece e regulamenta os mecanismos para a proteção, promoção, reconhecimento e exercício da medicina tradicional, das Terapias Complementares (TCs) e do patrimônio biogenético das populações indígenas.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2.145/2007, da deputada federal Janete Capiberibe. Regulamenta a profissão das parteiras tradicionais no Brasil.

Universidade
Federal de Santa
Catarina

Programa de Pós-
Graduação em
Antropologia
Social

Centro de Filosofia
e Ciências
Humanas
Florianópolis,
Santa Catarina

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social da Universidade Federal de
Santa Catarina como pré-requisito para obtenção do
título de Doutor em Antropologia**

Orientadora: Profa. Esther Jean Langdon, Dra.

Florianópolis, 2010