

A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas

The emergence of traditional indigenous medicine in the public policy field

Luciane Ouriques Ferreira

Pós-doutoranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp)/Fiocruz e professora visitante no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília. Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 617 21041-210 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
lu.ouriquesf@gmail.com

Recebido para publicação em novembro de 2011.
Aprovado para publicação em junho de 2012.

FERREIRA, Luciane Ouriques.
A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013, p.203-219.

Resumo

Trata o surgimento da medicina tradicional indígena como objeto de discurso no campo das políticas públicas de saúde indígena. Os sentidos que nesse campo informam a noção de medicina tradicional indígena são diversos e constantemente revisados e/ou criados em situações dialógicas concretas, o que lhes confere caráter emergente. Se os discursos oficiais usam o poder de nomear para conceituar as medicinas tradicionais, as falas indígenas remetem a saberes e a práticas de autoatenção inscritos em contextos locais particulares. As políticas públicas são apropriadas e indigenizadas pelos povos indígenas, adquirindo novos sentidos e influenciando a reorganização sociocultural do cuidado com a saúde.

Palavras-chave: políticas públicas; saúde indígena; medicina tradicional indígena; parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde; alto Juruá.

Abstract

The article explores the emergence of traditional indigenous medicine as an object of discourse within the field of public policy and indigenous health. There are a gamut of meanings that inform the notion of traditional indigenous medicine in this field and they are steadily being revised and/or created in concrete dialogical situations, which endows them with an emergent nature. If official discourses use the power of naming to conceptualize traditional medicine, indigenous discourse designates knowledge and practices of self-attention rooted in specific local contexts. Public policy is appropriated and indigenized by indigenous peoples, gaining new meanings and influencing the sociocultural re-organization of health care.

Keywords: public policy; indigenous health; traditional indigenous medicine; midwives, shamans, and indigenous health agents; Upper Juruá.

Surgem no cenário nacional brasileiro cada vez mais 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 passa a desenvolver políticas públicas que utilizam a noção de tradicional para qualificar seus objetos, por outro, ações de revitalização cultural também são realizadas por povos e comunidades indígenas em múltiplos contextos locais. A medicina tradicional indígena constitui um dos objetos pautados pelas políticas públicas e pelos povos indígenas na luta pela efetivação de seus direitos diferenciados.

No Brasil, entretanto, são poucos os estudos antropológicos desenvolvidos sobre essa temática. Um dos livros pioneiros que aborda as relações entre as medicinas tradicionais indígenas e os sistemas oficiais de saúde é o organizado por Dominique Buchillet (1991), *Medicina tradicional e medicina ocidental na Amazônia*. Os resultados das pesquisas desenvolvidas pela Área de Medicina Tradicional Indígena (Amti) do Projeto Vigisus II, da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), entre 2004 e 2008, parcialmente publicados no livro *Medicinas tradicionais indígenas em contexto* (Ferreira, Osório, 2007) também constituem referenciais importantes. Além disso, duas experiências de fortalecimento e ‘revitalização’ das medicinas tradicionais indígenas merecem ser mencionadas: o Projeto Medicina Tradicional Baniwa, que integra o Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena da Universidade Federal do Amazonas, desenvolvido desde 1987 (Garnelo et al., 2004); e o Projeto Medicina Tradicional no Alto Rio Negro executado pela organização não governamental Associação Saúde sem Limites em parceria com a Universidade de Pernambuco e a Federação Indígena do Alto Rio Negro, entre 2001 e 2004 (Athias, 2007).

Se encontramos consistente produção antropológica a respeito da saúde dos povos indígenas no Brasil (Santos, Coimbra Jr., 1994; Langdon, Garnelo, 2004; Garnelo, Wright, 2001; Garnelo, Sampaio, 2005; Athias, Machado, 2001; Langdon et al., 2006; Wiik, 2001), no que se trata da saúde das mulheres indígenas e dos sistemas tradicionais de atenção ao parto, entretanto, pouco se avançou em termos de produção de conhecimentos. Os artigos sobre saúde reprodutiva da mulher indígena (Coimbra Jr., Garnelo, 2004; Conklin, 2004; Athias, 2004; Langdon, 2004) compilados no livro *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* (Monteiro, Sansone, 2004) trazem importante contribuição nesse sentido. Seus autores são unânimes ao indicar a precariedade dos conhecimentos epidemiológicos e antropológicos sobre a saúde da mulher indígena no Brasil, o que comprometeria tanto o debate sobre o tema como o próprio planejamento em saúde (Coimbra Jr., Garnelo, 2004).

De qualquer forma, são múltiplas e diversas as vozes que falam sobre medicina tradicional indígena e que contribuem para sua emergência como objeto de políticas públicas. Na condição de categoria discursiva, a medicina tradicional indígena se configura em símbolo polissêmico ao qual são atribuídos diversos significados. Os sentidos que informam a noção de medicina tradicional indígena são constantemente revisados em cada evento em que ela é colocada em pauta, o que propicia a emergência de constelações semânticas inéditas em cada localidade em que ela é acessada.

Sabemos que o campo discursivo e interétnico da saúde indígena é conformado por uma diversidade de agentes socialmente posicionados e distribuídos em espaço social que extrapola as fronteiras nacionais. As relações sociais estabelecidas nesse campo articulam múltiplas localidades – as comunidades e os povos indígenas – às escalas nacionais e internacionais do

mundo contemporâneo. O campo da saúde indígena, portanto, constitui a zona de contato em que ocorre o encontro colonial entre povos indígenas e os agentes do Estado-nação responsáveis pela implantação das políticas de saúde.

Para compreender o processo de emergência da medicina tradicional indígena como objeto de políticas públicas, este artigo tanto reflete sobre os discursos oficiais proferidos pelos organismos internacionais e pelas políticas públicas brasileiras sobre a medicina tradicional quanto considera as falas indígenas proferidas durante eventos que congregaram parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde (AIS) na região do alto Juruá, estado do Acre, no decorrer de 2006. Essas reuniões foram promovidas pela Amti, do Projeto Vigisus II/Funasa.¹

Alguns dos discursos escritos e falados disponibilizados pelo banco de dados da Amti constituem os dados etnográficos em que se apoia o presente empreendimento antropológico. A reflexão, portanto, sustenta-se sobre o arcabouço teórico e metodológico da antropologia, o que configura a abordagem como eminentemente qualitativa. As técnicas adotadas para a análise desses discursos são interpretativas e privilegiam a descrição densa como estratégia para desvelar algumas das múltiplas camadas de significados que informam o fenômeno de emergência da medicina tradicional no campo das políticas públicas.²

Os discursos oficiais sobre a medicina tradicional

Desde a década de 1970, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que os Estados nacionais integrem a seus sistemas de saúde oficiais as medicinas tradicionais (MT). Em 1978, a Declaração de Alma-Ata (Declaração..., 1978), “em consonância com a nova ordem econômica internacional”, reconhece que os praticantes das medicinas tradicionais podem colaborar nos cuidados primários de saúde, desde que devidamente treinados para trabalhar e responder às necessidades de saúde das comunidades. Só em 2002, entretanto, a OMS (2002), ao publicar o documento *Estratégias da OMS sobre a medicina tradicional, 2002-2005*, define as diretrizes para o estabelecimento de relações de cooperação entre os sistemas oficiais de saúde e os praticantes das MTs como forma de ampliar a cobertura e o acesso da população dos países em desenvolvimento aos serviços de atenção primária à saúde.

Com esse documento, a OMS estimula os Estados nacionais a regular, disciplinar e controlar as medicinas tradicionais, já que elas se apresentam como alternativas de baixo custo que encerram grande potencial de desenvolvimento econômico. A primeira medida da OMS (2002, p.33) é, exercendo seu poder simbólico de nomear, definir de forma útil e prática a medicina tradicional como um conjunto de

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 enfermidades.

Se, porém, as MTs possuem características positivas que podem ser utilizadas 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-las oficialmente válidas. De acordo com a OMS (2002), um dos obstáculos a sua integração aos sistemas nacionais de

saúde é o fato de essas medicinas se terem desenvolvido em diferentes contextos culturais e não apresentarem padrões e métodos terapêuticos homogêneos. Essa realidade dificultaria a identificação das terapias mais seguras e eficazes, do ponto de vista biomédico, obstaculizando seu aproveitamento por parte dos serviços de saúde.

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 Medicina Tradicional/ Medicina Complementar e Alternativa se desenvolveram de formas distintas, sendo muito influenciadas pelas condições culturais e históricas dentro das quais evoluíram (OMS, 2002, p.23).

Para superar a falta de evidências clínicas sobre as MTs, a OMS atribui à ciência o papel de identificar e aprimorar as terapêuticas eficazes através de um processo de depuração dos aspectos culturais que as impregnam. Para que as MTs possam ser integradas aos sistemas nacionais de saúde, elas precisam ser aprimoradas e validadas pela ciência biomédica, assim como seus praticantes precisam ser qualificados. “As MTs precisam ser submetidas ao esquadramento científico para se tornar válidas. À pesquisa científica cabe o papel de depurar os aspectos culturais que as desqualificam e apresentar evidências quanto aos resultados de suas terapêuticas” (Ferreira, 2010, p.76).

No Brasil, as recomendações dos organismos internacionais são efetivadas por meio de políticas públicas delineadas como ações e programas governamentais voltados para a realização de objetivos específicos. É preciso dizer que as políticas públicas brasileiras que tratam de temas associados às medicinas tradicionais aderiram ao conceito e à perspectiva desenvolvidos pela OMS; delas podemos mencionar: Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos; projeto de lei (PL) do deputado Eduardo Valverde que visa à regulamentação das medicinas tradicionais, as indígenas entre elas; e o PL n.2.145/2007, da deputada Janete, que objetiva a regulamentação do ofício das parteiras tradicionais junto ao Sistema Único de Saúde.

Especial destaque podemos dar à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnasi), que define as medicinas indígenas como sistemas tradicionais de saúde que operam com abordagem holística e se baseiam no princípio de harmonia das relações sociocósmicas.

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 OMS (Brasil, 2002, p.16-17).

No mundo ocidental a ciência, enquanto forma moderna de produção de conhecimento, é a instância legítima pela qual os demais saberes devem ser submetidos para estabelecer seu próprio valor. É dela o poder de instituir uma hierarquia entre esses saberes e suprimir ou silenciar todos aqueles que forem julgados não válidos (Ayora Diaz, 2007, p.152-153). Nesse caso, os Estado nacionais não estão inclinados a incorporar todas as práticas e praticantes das medicinas tradicionais a seus sistemas oficiais de saúde, mas apenas aqueles que podem ser apreendidos pela racionalidade biomédica. Não se valida, portanto, uma prática ou um

praticante meramente pelo fato de ser tradicional; é preciso submetê-lo ao escrutínio científico. É o caso, por exemplo, das parteiras tradicionais que só poderiam ser reconhecidas após a regulamentação de seu ofício que, por sua vez, prevê a qualificação dessas praticantes.

O projeto de lei n.2.145/2007, da deputada Janete Capibaribe (Brasil, 2 out. 2007), é exemplar, posto que visa regulamentar o exercício das ‘parteiras tradicionais’, que estão entre os praticantes das MTs. A deputada entende que sua proposta se justifica pelo fato de ser ofício “tão antigo quanto a própria humanidade”. Regulamentar a atividade de parteira tradicional constitui uma forma de reconhecer oficialmente essas mulheres, resgatá-las da clandestinidade em que exercem seu ofício ao inseri-la no Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, as parteiras passariam a ser supervisionadas por médicos ou enfermeiros da equipe de saúde de que fariam parte.

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 [Ministério da Saúde] ou por secretarias de saúde dos estados federados (Brasil, 2007).

Os processos de validação científica das medicinas tradicionais e qualificação de seus praticantes deslocam dos contextos locais saberes, práticas e praticantes e os reencaixam no espaço das políticas públicas, em que passam a ter outros sentidos e a desempenhar outras funções, distintos dos que tinham tradicionalmente. Esse processo encerra a dinâmica moderna descrita por Giddens (1991) pelo conceito de desencaixe: o deslocamento de aspectos das medicinas tradicionais de seus contextos locais de interação e seu reencaixe em outras condições locais de tempo e lugar – os sistemas nacionais de saúde.

Considerando que o Estado-nação se constitui em organização política característica da modernidade, a emergência das políticas públicas se constitui em advento moderno a partir do qual o tradicional é definido. A dicotomia tradição/modernidade, que subordina os saberes locais a uma ordem biomédica universal, é estruturante dos discursos oficiais. Então, se este é um fenômeno discursivo característico da modernidade, a categoria tradição se constitui em constructo moderno.

Nesse processo, o Estado está construindo objetos híbridos de políticas públicas, sustentados na retórica da tradicionalidade. Os objetos dessas políticas são híbridos porque os próprios discursos oficiais que as constituem, ao se apropriar do tradicional e lhes atribuir significados específicos, também o são. As políticas públicas só podem reconhecer/valorizar/validar se transformarem a tradição que organiza o ‘mundo da vida’ dos povos e comunidades em objetos deslocados de políticas públicas.

As políticas públicas, porém, como dispositivos do poder simbólico e administrativo do Estado, são apropriadas pelos povos indígenas e revertidas para atender a seus próprios interesses de *developman*, fenômeno constitutivo do processo de indigenização da modernidade (Sahlins, 1997). De qualquer forma, as políticas públicas possuem o poder de reordenar as relações sociais no âmbito local ao conectá-las a uma escala mundial mais abrangente. Dessa

forma, elas afetam diretamente a vida das pessoas nos distintos locais que habitam, por desencadear processos socioculturais de reordenação.

Esse fenômeno de irrupção das políticas públicas no local, com a consequente reordenação das relações socioculturais, é revelado por meio dos enunciados dos participantes dos três encontros que reuniam parteiras, pajés e AIS de diferentes etnias da região do alto Juruá, estado do Acre, no decorrer de 2006.

As reuniões de parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde no alto Juruá

Para refletir sobre o processo de emergência dialógica da medicina tradicional indígena e das noções a ela associadas – parteiras e pajés, pré-natal tradicional etc. –, foram considerados os discursos sobre os cuidados com a gestação e o parto veiculados no decorrer de três reuniões de parteiras, pajés e AIS que ocorreram na região do alto Juruá entre janeiro e março de 2006.³ Essas reuniões, viabilizadas pela Amti, Projeto Vigisus/Funasa, constituíram eventos comunicativos socialmente situados no campo interétnico da saúde indígena, que emergiram a partir das relações historicamente estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado-nação.

Desses eventos participaram parteiras, pajés e AIS dos distintos povos indígenas que habitam a região: Kaxinawá, Katukina, Yawanawá, Shanenawa, Jaminawa-Arara, Nawa, Nukini, Arara (Pano); Ashaninka (Arawak) e Kulina (Arawá). A maioria dos participantes pertencia às etnias de família linguística Pano e, delas, os Kaxinawá estavam em maior número. Suas falas, portanto, são as privilegiadas pela análise antropológica aqui realizada.

Cada uma dessas reuniões teve duração de cinco dias: os três primeiros reservados ao debate entre os participantes indígenas sobre os temas programados; os dois últimos destinados ao diálogo com os profissionais de saúde das equipes multidisciplinares que atendem às comunidades indígenas locais. Além de estimular o debate sobre o papel das parteiras, dos pajés e dos AIS nos cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto, a programação dos eventos também previa a avaliação dos cursos de aperfeiçoamento das parteiras tradicionais indígenas, que foram realizados na região, entre 2000 e 2004, pelo movimento de mulheres indígenas do Acre e sul do Amazonas, com financiamento do Projeto Médico Internacional da Federação das Parteiras da Alemanha.

A programação dos cursos de aperfeiçoamento, por sua vez, 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, dos procedimentos higiênicos a serem observados pelas parteiras ao assistir os partos e ensina como os materiais do *kit*-parteira devem ser manipulados. 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 (Ferreira, 2010, p.111).

Esses cursos de aperfeiçoamento promovidos pelas lideranças indígenas foram um desdobramento das Capacitações de Parteiras Tradicionais realizadas pelo Ministério da Saúde em parceria com a ONG Curumin na cidade de Rio Branco (AC) entre 2000 e 2003 (Ferreira, 2010). Esse conjunto de capacitações, sejam as realizadas pelo movimento de mulheres indígenas ou as promovidas pelo Programa Trabalhando com as Parteiras Tradicionais – política

pública desenvolvida pelo MS –, está alinhado aos discursos oficiais que tratam da importância de qualificar os praticantes das medicinas tradicionais indígenas para integrá-los aos sistemas nacionais de saúde e, particularmente, vem ao encontro das intenções veiculadas pelo projeto de lei n.2.145/2007, que visa à regulamentação do ofício das parteiras. Nas localidades do alto Juruá, todavia, as capacitações de parteiras foram apropriadas e indigenizadas pelos povos indígenas da região, passando a veicular novos sentidos e a desempenhar outras funções, diferentes daquelas que possuíam em seus contextos de origem.

Cursos, partos e parteiras tradicionais: sobre as apropriações indígenas

Os encontros de parteiras, pajés e AIS no alto Juruá constituíram o cenário de uma multiplicidade de falas proferidas por indígenas de diversos pertencimentos étnicos e que ocupavam diferentes posições distribuídas no campo da saúde indígena, tanto no interior de suas comunidades quanto no espaço fronteiriço de negociações mantidas com o Estado-nação.

As próprias categorias ‘parteira’, ‘pajé’ e ‘AIS’ utilizadas para classificar os participantes desses eventos englobaram uma heterogeneidade de agentes: a noção de parteira foi aplicada para aludir a um conjunto diverso de mulheres com trajetórias particulares no que diz respeito às experiências de assistência à gestação e às parturientes. Da mesma forma, o termo pajé foi usado para denominar diferentes especialistas que atuam no interior de uma mesma etnia ou que pertencem a distintos povos. Até mesmo os AIS, que ocupam cargo oficial instituído pelo Estado, possuem trajetórias variadas e, no âmbito de suas comunidades, exercem seu ofício de formas diversas.

Como já dito, o primeiro assunto pautado por esses eventos foi a avaliação dos cursos de aperfeiçoamento das parteiras tradicionais indígenas. No entendimento das mulheres do movimento responsável pela ação, esses cursos “se apresentavam como uma forma de conquistar o reconhecimento profissional do trabalho das parteiras e a, conseqüente, remuneração pelos seus serviços” (Ferreira, 2010, p.110).

Os discursos proferidos durante as reuniões de parteiras, pajés e AIS revelaram o quanto esses cursos foram apropriados e indigenizados pelos povos indígenas do alto Juruá. No geral, os participantes avaliaram positivamente os cursos de aperfeiçoamento, tanto devido aos conhecimentos de higiene aprendidos pelas mulheres que deles participaram quanto pelos *kits*-parteira (tesoura, estetoscópio de Pinard, fita métrica, algodão, gaze, álcool, guarda-chuva, lanterna etc.). A avaliação positiva e a demanda de realização de outros cursos de parteiras refletem o desejo desses povos de ter acesso aos conhecimentos e às coisas provenientes do mundo dos *nawa* (brancos), nesse caso aos materiais do *kit*-parteira.

De acordo com os participantes desses eventos os cursos de parteiras instauraram mudanças na forma como a prática do ‘pegar menino’ era feita antigamente. A incorporação dos materiais do *kit* foi um dos fatores que contribuiu para transformar o modo como o ‘parto tradicional’ era feito nos múltiplos contextos étnicos e comunitários do alto Juruá. Os discursos, todavia, também revelam que essas mulheres, identificadas como parteiras, não deixaram de operar com os saberes e as práticas indígenas de partejar.⁴

Ao que tudo indica, a transformação mais radical instaurada pelos cursos foi o surgimento da parteira como alguém habilitado para acompanhar as gestações e os partos no âmbito das

comunidades. Muitos participantes afirmaram que depois dos cursos não é mais qualquer pessoa que ‘pega menino’. “Esse *kit* foi bom mesmo pra todo mundo porque ajudou. Foi muito bom porque agora a gente ta fazendo higiene e não é mais qualquer um que chega pra pegar filho da gente. Agora tem aquela parteira própria, que fez o curso, que a gente chama” (mulher kaxinawá).

O processo de emergência da parteira tradicional não ocorre, entretanto, da mesma forma em todos os povos indígenas do alto Juruá. Na verdade, a noção de parteira, que aparece nos discursos como uma figura genérica e universal, encobre realidade extremamente diversa e dinâmica no que diz respeito tanto aos processos de surgimento dessa personagem no âmbito das comunidades indígenas quanto às formas que a organização da assistência às parturientes 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..., 2006, p.50-71).

No decorrer dos encontros, os katukina relataram que antes dos cursos de parteiras “qualquer pessoa pegava criança”. Quando ocorriam complicações durante a gestação ou no parto, o pajé é que era chamado para intervir. De acordo com um pajé katukina, o povo começou a falar em parteira quando começou a estudar as “leis do branco”. Com o advento dos cursos, as lideranças e comunidades katukina passaram a indicar algumas mulheres para assumir o cargo recém-criado de parteira própria.

Antigamente não existia parteira! Porque 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 branco 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 brancos, por isso tão falando de parteira, como aquela pessoa própria pra pegar o neném nas comunidades. Mas antigamente não existia isso (pajé katukina).

Entre os kaxinawá a situação é semelhante: tradicionalmente o “evento do parto acontece no âmbito familiar, e a assistência é fornecida pelas mulheres mais próximas em termos de parentesco” (Olhar..., 2006, p.55). Muitos dos kaxinawá que participaram dos encontros no alto Juruá também afirmaram que até pouco tempo atrás não existiam parteiras em suas comunidades. Um AIS conta que há seis anos o cargo de parteira havia sido criado em sua aldeia e que antes disso “qualquer um pegava menino”. Segundo ele, as comunidades só passaram a reconhecer e a respeitar 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 mudou

muito através do conhecimento dos brancos. ... Eu tenho um exemplo na minha comunidade. Há seis anos a parteira era qualquer uma. Depois que as parteiras foram reconhecidas, que pegaram um treinamento, receberam o *kit* com material que não existia 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 (AIS kaxinawá).

Uma parteira kaxinawá da comunidade desse agente de saúde ainda explica que hoje em dia, na sua aldeia, as mulheres com experiência prática de ‘pegar menino’, mas não capacitadas, só podem assistir a parturientes 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” (parteira kaxinawá).

Esses depoimentos indicam que a emergência da parteira em algumas comunidades kaxinawá instaurou um processo de reorganização dos cuidados prestados à gestação e às parturientes ao redefinir papéis e interferir nas relações estabelecidas entre os familiares e parentes envolvidos no processo de produção de uma nova pessoa indígena. Ao instituir as parteiras que fizeram os cursos como aptas a acompanhar as gestantes e as assistir nos partos, outras pessoas com experiência prática em ‘pegar menino’ foram desautorizadas a prestar assistência. Parece que a expressão ‘qualquer um pegava menino’, demonstra o quanto aqueles que participaram dos cursos adquiriram autoridade e distinção perante os demais membros da comunidade quanto aos cuidados com a gestação e o parto.

Os cursos de parteiras, entretanto, foram apropriados de diferentes formas pelas comunidades e pessoas indígenas. Essa realidade se desvela na fala de uma mulher kaxinawá que diz ter participado dos cursos não com o intuito de se tornar parteira, mas, sim, para incrementar seus saberes sobre o parto, que, numa situação de necessidade, poderiam ser úteis.

Eu também vou deixar a minha participação. Eu nunca peguei criança não, porque nunca teve o momento de ter precisão ... 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: às vezes é distante, às 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 (mulher kaxinawá).

Desse modo, os conhecimentos dos brancos podem ser úteis para qualquer mulher kaxinawá que precise ajudar uma parenta a dar à luz. Aqui, o parto aparece como evento cotidiano a respeito do qual se tem um saber difuso, porquanto compartilhado pelas mulheres que passaram pela experiência do gestar e do parir e que auxiliaram outras a trazer seus filhos ao mundo. Dentro dessa lógica, todas aquelas que já pariram possuem um saber básico sobre a prática do ‘pegar criança’, o que as habilita a ajudar quem está parindo. Essa é, aparentemente, uma das formas possíveis de apropriação e indigenização dos cursos, colocando-os a serviço da reprodução do sistema de atenção ao parto desse povo indígena.

O fato de o surgimento da figura da parteira como alguém habilitado para acompanhar as gestantes e realizar os partos ser recente em algumas comunidades não é unanimidade entre os povos indígenas que participaram dos encontros no alto Juruá. Os participantes Jaminawa-Arara, Nukini, Nawa, Yawanawá e Shanenawa mencionaram a existência de mulheres que

se destacavam em suas aldeias por ser referência na assistência às parturientes. Em alguns casos, as mulheres reconhecidas por possuir conhecimentos especializados sobre o ofício do partejar eram denominadas parteiras.

Sendo assim, não se pode simplesmente classificar os povos indígenas em duas categorias: com parteira instituída antes ou depois dos cursos. Se entre alguns povos a figura da parteira emerge com os cursos, em outros, a atuação das parteiras é transformada pelas capacitações. O que parece ser comum a esses povos – além das diferentes formas que o processo de emergência das parteiras assume nos múltiplos contextos comunitários em que ocorre –, é o fato de a parteira emergir como ocupante de um cargo.

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 ... 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, 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..., 2006, p.95).

Ao ser apropriado e adquirir novos significados e funções nos contextos socioculturais em que foi reinscrito, o *kit*-parteira transforma-se em 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. O *kit* é a materialização dos conhecimentos adquiridos durante os cursos, representando emblemas carregados de prestígio social. Possuir os componentes do *kit* sinaliza que a mulher está de posse também de conhecimentos advindos do ‘mundo do branco’. Constitui um sinal de distinção ante os demais membros da comunidade ao autorizar a parteira a acompanhar as gestantes e as assistir nos partos em sua aldeia. Nesse sentido, mais do que seu valor utilitário, os conhecimentos aprendidos e os *kits* recebidos legitimam a mulher que os possui a atuar como parteira.

Dessa forma, ao contribuir para criar o cargo de parteira, os cursos deslocaram do âmbito familiar e de parentesco uma parte dos cuidados com a gestação e o parto, concentrando nessa personagem o exercício de “uma prática que, tradicionalmente, estava difundida entre a população” (Olhar..., 2006, p.95). Nesse caso, emerge também nova forma de entender os cuidados com a gestação e o parto, enquanto os papéis sociais desempenhados pelos cuidadores das grávidas e parturientes são redefinidos.

Esses mesmos enunciados, entretanto, indicam que as mulheres não deixaram de operar com os saberes “encorporados” (Lagrou, 2007), adquiridos ao longo de sua trajetória de assistência às parturientes. Apropriar-se dos conhecimentos e objetos 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 os transformar ao lhes atribuir novos papéis e significados nos contextos socioculturais de que agora eles fazem parte. Assim, incorporados na lida com o parto, os conhecimentos e os materiais disponibilizados pelos cursos também se tornam “encorporados”.

Se os cursos propiciaram a emergência da parteira tradicional indígena, o fizeram por deter o poder simbólico de nomear: aquelas mulheres que participam dos cursos, mesmo sem experiência prática em ‘pegar menino’, tornam-se parteiras. Como prova da aquisição

desse novo *status* ela recebe o *kit*-parteira e o certificado de participação no curso. Se os cursos detêm o poder de nomear e, ao fazê-lo, de instituir realidades no âmbito das comunidades indígenas, é porque, apesar de eles não serem profissionalizantes, estão alinhados aos discursos oficiais dos organismos internacionais e das políticas públicas brasileiras.

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 suplantam as práticas tradicionais pelas biomédicas, mesmo que seja por meio de agentes indígenas (Olhar..., 2006, p.98; destaques do original).

Ainda que decorrente do advento dos cursos de capacitação de parteiras, a criação de uma ‘parteira própria’ também remete à agência exercida por esses povos quando criam, no âmbito de suas comunidades, um papel especializado no acompanhamento das gestações e dos partos. Se por um lado a atuação dessa figura emergente está legitimada pelo fato de haver participado nos cursos, por outro, instituir o cargo de ‘parteira tradicional’ também representa uma forma de as comunidades indígenas continuarem a ter acesso aos conhecimentos, instrumentos, recursos e benefícios advindos das políticas públicas e, ao mesmo tempo, controlar as relações estabelecidas com o mundo do branco.

Práticas de autoatenção e a emergência do pré-natal indígena e da medicina tradicional

De fato, existe um amplo e complexo conjunto de condutas, técnicas e recursos utilizados pelas comunidades indígenas do alto Juruá para cuidar da gestação e do parto que pode ser compreendido como práticas de autoatenção (Menéndez, 2009). Essas práticas contribuem não só para garantir uma gestação saudável e um bom parto, mas também fazem parte dos processos socioculturais de produção de corpos e de pessoas aparentadas (Seeger, DaMatta, Viveiros de Castro, 1987). A maioria dos participantes das reuniões de parteiras, pajés e AIS empregou as categorias discursivas ‘pré-natal tradicional’ e ‘pré-natal indígena’ para se referir a esse conjunto de práticas. Ao mesmo tempo, essas práticas também são reconhecidas como integrando as medicinas tradicionais desses povos indígenas.

Dietas, folhas e rezas: a emergência do pré-natal indígena

Entre os cuidados com a gestação e o parto mencionados pelos participantes desses eventos comunicativos estão: as dietas alimentares a ser observadas pela gestante e seu cônjuge durante a gravidez; o uso de animais, folhas e remédios da mata; o emprego de cantos e rezas. Alguns desses cuidados são realizados pelas próprias gestantes e seus familiares – dietas, condutas e o controle das emoções – sem a necessidade de recorrer à intervenção especializada; outros só podem ser ministrados pelos pajés ou pelas parteiras.

As dietas alimentares constituem um dos cuidados com a gestação mais difundidos entre os povos representados nos eventos do alto Juruá. Na perspectiva kaxinawá, por exemplo, há alimentos que, consumidos, podem trazer prejuízos à gestação e ao parto; outros são

recomendados para promover a saúde durante esse período. O uso de determinadas plantas e animais durante a gravidez pode fazer com que suas características sejam transferidas às crianças, influenciando diretamente a constituição da pessoa que está sendo gestada. Até o consumo de alimentos dos brancos pode produzir “uma transformação corporal que implica uma mudança de identidade” (Olhar..., 2006, p.57). Assim, a quebra de uma prescrição alimentar pode provocar o adoecimento da pessoa ou de seus familiares, devido ao fato de as características dos animais ou plantas ingeridos lhes serem transmitidos (Lagrou, 2007, p.223). Nesse caso, a lógica que informa a prática da dieta é a da semelhança. “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 à morte no parto! Não sai o bebê! Quer sair de qualquer maneira, atravessado.... Então, essa coisa é a dieta dos indígenas” (pajé kaxinawá).

As doenças, porém, também podem ser causadas devido à vingança exercida pelo espírito (*yuxin*) do animal caçado. De acordo com o pajé kaxinawá já citado, 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 espírito do animal se vingará carregando consigo o espírito da pessoa (Lagrou, 2007). Essa vingança recai não diretamente sobre quem matou a caça, mas sobre seus parentes próximos, principalmente quando eles passam por transformações físicas e sociais que os tornam especialmente vulneráveis, como no caso do período da gravidez.

Tanto as dietas quanto outros cuidados utilizados durante a gestação – o uso de folhas e remédios da mata e as rezas – aparecem no discurso dos participantes da reunião sob o rótulo de ‘pré-natal tradicional’ ou ‘pré-natal indígena’. “Esse é um conhecimento que a gente vem tendo: o pré-natal indígena pra não ter muito sofrimento no parto” (AIS kaxinawá). Segundo alguns participantes entretanto, antigamente não existia pré-natal, mas sim cuidados observados pelas próprias grávidas e por seus familiares.

Antes ninguém tinha o pré-natal. Por que a gente não tinha o pré-natal? Porque nós mesmos quando grávidas sabemos cuidar da nossa gravidez. As nossas 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 tirar aquela criança do local pra não ficar pregada. ... 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 kaxinawá (parteira kaxinawá).

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 referir aos diferentes cuidados prestados à gestante em contextos étnico-comunitários particulares. Ao atravessar as fronteiras da diferença cultural e ser esvaziada em termos semânticos (Bhabha, 2005), a categoria pré-natal surge nos discursos indígenas como símbolo deslocado e híbrido – o ‘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 sua emergência como categoria híbrida. Parece, porém, 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 esforço de se fazer entendido, mas

encerra também uma intencionalidade de, ao atribuir valor aos cuidados indígenas, conquistar o reconhecimento do outro-branco.

A emergência dialógica da medicina tradicional indígena

A categoria discursiva medicina tradicional indígena também foi definida pelos participantes dos encontros do alto Juruá de múltiplas formas. Alguns dos significados a ela atribuídos emergiram no próprio processo dialógico estabelecido no âmbito desses eventos comunicativos. No geral, os sentidos vinculados a essa noção remeteram ao uso de folhas e remédios da mata empregados tanto para prevenir quanto para tratar as complicações que ocorrem durante a gestação ou no parto e também outras doenças que podem acometer as pessoas indígenas. Como variações da noção de medicina tradicional, os participantes desses eventos empregaram expressões, tais como: 'medicina da mata', 'medicina da floresta', 'ervas medicinais', 'erva tradicional', 'medicação tradicional', 'remédios tradicionais', 'remédios da mata', 'ciência tradicional', 'conhecimento tradicional' e até mesmo 'pajelança'. Mesmo assim, os saberes que informam o uso das ervas medicinais encerram uma lógica particular.

Eu posso ajudar com ervas medicinais! Como? ... 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! Kueeeeeee, kueeee, kueee! Já foi a alma da criança! Então, pra não dar 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! (pajé kaxinawá).

Todavia, se esses são os sentidos associados à medicina tradicional que predominaram, outras acepções também emergiram à medida que prosseguia o diálogo. Em uma das reuniões de parteiras, pajés e AIS do alto Juruá, um agente de saúde kaxinawá afirmou entender a medicina tradicional como a ciência advinda da cultura antiga de cada povo ali representado, ciência essa relacionada ao saber-fazer do pajé e da parteira. Essa colocação despertou em algumas anciãs kaxinawá dúvidas sobre a definição da medicina tradicional enquanto ciência.

Elas vieram me perguntar se era mais ou menos assim: fazer a mulher ganhar neném é uma ciência? Essa daqui sabe tratar dor na barriga, ela esfrega tua barriga até você ficar bom. Ela disse que ta pensando que isso ai é outra ciência que ela tem. Outra medicina que ela usa. ... Será que juntando os conhecimentos da gente forma a nossa medicina tradicional? (AIS kaxinawá).

De acordo com o ponto de vista das anciãs, cada conhecimento aplicado para intervir em situações específicas representava uma ciência – para fazer a mulher ganhar neném é uma; para tratar dor de barriga é outra. Além disso, cada pessoa possui uma ciência particular e trabalha com uma medicina específica. Sustentada nessa lógica, a medicina tradicional, então, se constituiria no conjunto desses conhecimentos e práticas.

Um AIS kaxinawá, por sua vez, ampliou a definição de medicina tradicional para abarcar os conhecimentos sobre o solo, a floresta, a água e os animais. Isso porque esses são elementos utilizados pelas pessoas para fazer sua ciência, seus costumes, seus ritmos e sua medicina.

Dessa maneira, a medicina tradicional se constituiria em um conhecimento natural que proporciona alegria ao revelar-se enquanto 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 aí, 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.... Tudo o quanto você pensar da sua ciência, da sua sabedoria, ela pode ser uma medicina. Toda a nossa floresta, todo e qualquer pé de árvore é uma medicina. Então, dá ânimo pra gente esses conhecimentos! (AIS kaxinawá).

Como podemos perceber, a definição de medicina tradicional emergiu nesse contexto discursivo a partir do diálogo reflexivo instaurado realizado pelos participantes desses encontros. Ao confrontar seus diferentes entendimentos sobre o tema, os indígenas construíram uma compreensão compartilhada sobre as medicinas tradicionais indígenas e temas associados. Assim, por meio do diálogo estabelecido nas reuniões entre parteiras, pajés e AIS, surge uma nova e particular constelação semântica sobre a questão das medicinas indígenas na região do alto Juruá.

Considerações finais

A reflexão apresentada no âmbito deste artigo pretendeu evidenciar como a medicina tradicional indígena irrompe nos distintos locais que compõem o campo da saúde indígena, assumindo sentidos e definições diferentes. Por um lado, os discursos oficiais transformam a medicina tradicional em objeto de políticas públicas; por outro, as vozes indígenas, ao se reconhecer em uma categoria discursiva que emerge no contexto das relações interétnicas estabelecidas com o Estado-nação, falam sobre os conhecimentos e práticas localmente situados e que são empregados no cuidado com a gestação e o parto.

Para que as medicinas tradicionais sejam integradas ao sistema oficial de saúde é necessário submetê-las a dois processos: o de validação científica de seus conhecimentos e suas práticas; e o da qualificação de seus praticantes. Enquanto o primeiro dá à ciência o papel de as esquadrihar, buscando depurá-las dos traços culturais ao produzir evidências científicas sobre sua eficácia, 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 de seu ofício. Nesse 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 os produtos das medicinas tradicionais, assim como a qualificação, o credenciamento e o licenciamento estão para seus praticantes.

Por outro lado, os enunciados proferidos durante os encontros entre parteiras, pajés e AIS revelam que os discursos, conhecimentos e bens disponibilizados pelas políticas públicas são apropriados e indigenizados pelos povos indígenas do alto Juruá. Ao serem indigenizados, os discursos oficiais passam a veicular outros sentidos, diferentes dos que possuem no âmbito

das políticas públicas. Esse foi o caso dos cursos de capacitação de parteiras tradicionais que, enquanto um desdobramento das políticas públicas de saúde, adquiriram significados e funções particulares nos contextos socioculturais em que foram inscritos.

Um dos efeitos dessa apropriação foi, justamente, as mudanças na forma tradicional de assistência às parturientes, uma vez que as parteiras passaram a utilizar em sua prática os procedimentos apreendidos e os materiais do *kit* recebidos durante os cursos de aprimoramento. A transformação mais radical, contudo, foi a própria emergência da parteira como alguém habilitado a acompanhar as gestantes e as assistir nos partos, principalmente nos contextos comunitários em que os conhecimentos sobre o gestar e o parir são difusos e compartilhados por todas as mulheres que já passaram por essa experiência. Nesse caso, ao irromper nos contextos locais, as políticas públicas reordenaram as relações sociais instituídas entre os diferentes agentes que participam do processo de gestação, parto e pós-parto nas comunidades indígenas do alto Juruá. Os discursos dos participantes das reuniões nos permitem entrever que, nesse processo, algumas das mulheres com experiência prática em ‘pegar menino’, mas que não participaram dos cursos, foram relegadas à marginalidade no interior de suas próprias aldeias, sendo subordinadas às ‘parteiras tradicionais’ criadas pelos cursos de capacitação.

Também podemos perceber que os sentidos que os povos indígenas da região do alto Juruá atribuem à noção de medicina tradicional é diferente daqueles veiculados pelas políticas públicas. Enquanto os discursos oficiais operam com uma noção instrumentalizada e estereotipada da medicina tradicional, que permite a integração de algumas das práticas e praticantes ao sistema oficial de saúde, as vozes indígenas falam do caráter dinâmico, incompleto e em permanente revisão de seus sistemas sociomédicos, o que propicia continuamente a emergência de novos conhecimentos e práticas. Entre os povos indígenas do alto Juruá, os cuidadores da saúde operam com conhecimentos adquiridos em experiências práticas e inscritos em seus próprios corpos: aqui, a medicina tradicional indígena é “encorporada” (Lagrou, 2007). Já no âmbito dos discursos oficiais, por descontextualizar saberes, práticas e praticantes, ela se torna fragmentada em seus princípios constitutivos, assumindo o *status* de objeto ‘descorporado’ das políticas públicas.

De qualquer forma, as políticas públicas relacionadas à saúde indígena, em especial as que se direcionam aos cuidados com a gestação e o parto, também são inscritas nos corpos das pessoas, dispositivo central da organização dos sistemas de parentescos ameríndios. Elas impactam, portanto, as práticas e a organização sociocultural dos cuidados com as gestantes e parturientes, tanto quanto os processos comunitários de construção de corpos e de pessoas indígenas.

Ora, se assim é, então, o movimento desencadeado pelas políticas públicas, ao transformar em objetos os saberes, as práticas e os praticantes tradicionais, é circular. Isso porque os povos indígenas se reapropriam desses objetos, a partir de seus próprios pontos de vista, atribuindo-lhes outros sentidos – agora não mais o original, mas também não necessariamente aquele veiculado pelos discursos oficiais. Assim, as diferenças culturais são redimensionadas, e novos locais de cultura emergem a partir das relações estabelecidas entre os povos indígenas e o Estado.

NOTAS

¹ O projeto Vigisus II/Funasa foi viabilizado por meio do acordo de empréstimo n.7.227/1999, estabelecido entre o governo brasileiro e o Banco Mundial.

² Este artigo é produto do projeto “Análise antropológica de dados secundários do Banco de Dados de Medicina Tradicional Indígena”, que está sendo realizado no âmbito do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/Fiocruz.

³ Os eventos foram celebrados na Terra Indígena (TI) Katukina de Campinas, município de Cruzeiro do Sul; na TI Kaxinawá Igarapé do Caucho, em Tarauacá; e na TI Kaxinawá/Katukina, município de Feijó.

⁴ Os depoimentos aqui apresentados foram prestados no decorrer das reuniões de parteiras, pajés e agentes indígenas de saúde que ocorreram na região do alto Juruá durante 2006. O áudio dessas reuniões foi registrado por consultores da Amti/Projeto Vigisus II/Funasa e passou a compor o banco de dados da Área de Medicina Tradicional Indígena.

REFERÊNCIAS

ATHIAS, Renato.

Medicina indígena no rio Negro: experiência de um projeto. In: Ferreira, Luciane Ouriques; Osório, Patrícia Silva (Org.). *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da primeira reunião de monitoramento*. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2007.

ATHIAS, Renato.

Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: Monteiro, Simone; Sansone, Livio. (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.189-209. 2004.

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina.

A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.425-431. 2001.

AYORA DIAZ, Steffan Igor.

Translocalidad y antropología de los procesos globales: saber y poder en Chiapas y Yucatan. *Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, s.l., v.12, n.1, p.134-163. 2007.

BHABHA, Homi.

O local da cultura. Belo Horizonte: Editora UFMG. 2005.

BRASIL.

Projeto de lei n.2.145, de 2 de outubro de 2007, da deputada Janete Capibaribe. Objetiva a regulamentação do ofício das parteiras tradicionais junto ao Sistema Único de Saúde. Disponível em: www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=741AE73DC1491688CC771EB5A5A5F407.node1?codteor=509402&filename=Tramitacao-PL+2145/2007. Acesso em: 19 fev. 2013. 2 out. 2007.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. 2002.

BUCHILLET, Dominique.

Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; Universidade do Estado do Pará. 1991.

COIMBRA JR, Carlos E.A.; GARNELO, Luiza.

Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro, Simone; Sansone, Livio (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.153-173. 2004.

CONKLIN, Beth.

O conceito de direitos reprodutivos: na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: Monteiro, Simone; Sansone, Livio (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.175-188. 2004.

DECLARAÇÃO...

Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>. Acesso em: 15 fev. 2013. 1978.

FERREIRA, Luciane Ouriques.

Entre discursos oficiais e vozes indígenas: a emergência dialógica das medicinas tradicionais indígenas no campo das políticas públicas. Tese (Doutorado) – Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

FERREIRA, Luciane Ouriques; OSÓRIO, Patrícia (Org.).

Medicina tradicional indígena em contextos: anais da primeira reunião de monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. 2007.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully.
Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de “fazer ver” e “fazer crer” em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1217-1223. 2005.

GARNELO, Luiza; WRIGHT, Pablo.
Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.273-284. 2001.

GARNELO, Luiza et al.
Medicina tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. In: Garnelo, Luiza; Langdon, Esther Jean (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões para uma antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa. p.171-194. 2004.

GIDDENS, Anthony.
As consequências da modernidade. São Paulo: Edunesp. 1991.

LAGROU, Els.
A fluidez da forma: arte, alteridade e agência em uma sociedade amazônica (Kaxinawá, Acre). Rio de Janeiro: Topbooks. 2007.

LANGDON, Esther Jean.
Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: Monteiro, Simone; Sansone, Livio (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.211-226. 2004.

LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza (Org.).
Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia; Contracapa. 2004.

LANGDON, Esther Jean et al.
A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2637-2646. 2006.

MENÉNDEZ, Eduardo.
Modelo de atenção de padecimentos: exclusões ideológicas e articulações práticas. In: Menéndez, Eduardo. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec. p.17-70. 2009.

MONTEIRO, Simone; SANSONE, Livio (Org.).
Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2004.

OLHAR...
Olhar Etnográfico. Relatório etnográfico parcial do projeto “Valorização e adequação dos sistemas de parto tradicionais das etnias indígenas do Acre e Sul do Amazonas”. 2º produto de consultoria Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena, Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde, Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Olhar Etnográfico. 2006.

OMS.
Organização Mundial da Saúde. *Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2002.

SAHLINS, Marshal.
O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um objeto em via de extinção (parte 1). *Mana*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.41-73. 1997.

SANTOS, Ricardo; COIMBRA JR, Carlos E.A. (Org.).
Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994.

SEEGER, Anthony. DAMATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo.
A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: Oliveira Filho, João Pacheco (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero; Ed.UFRJ. p.11-29. 1987.

WIIK, Flávio Braune.
Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre Aids entre os índios Xoklém de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.397-406. 2001.

