

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
BACHARELADO INTERDISCIPLINAR EM CIÊNCIAS HUMANAS

Ana Gabriella Jacob Santos

TRAJETÓRIA DO DEBATE ANTROPOLÓGICO SOBRE SAÚDE INDÍGENA

Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel (Trabalho de Conclusão de Curso).
Orientador: Cristina Dias da Silva

Juiz de Fora
2022

DECLARAÇÃO DE AUTORIA PRÓPRIA E AUTORIZAÇÃO DE PUBLICAÇÃO

Eu, **Ana Gabriella Jacob Santos**, acadêmico do Curso de Graduação Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, regularmente matriculado sob o número **201972034A**, declaro que sou autor do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **Trajetória do Debate Antropológico sobre Saúde Indígena**, desenvolvido durante o período de Abril de 2022 a Agosto de 2022 sob a orientação de **Cristina Dias da Silva**, ora entregue à UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF) como requisito parcial a obtenção do grau de Bacharel, e que o mesmo foi por mim elaborado e integralmente redigido, não tendo sido copiado ou extraído, seja parcial ou integralmente, de forma ilícita de nenhuma fonte além daquelas públicas consultadas e corretamente referenciadas ao longo do trabalho ou daquelas cujos dados resultaram de investigações empíricas por mim realizadas para fins de produção deste trabalho.

Assim, firmo a presente declaração, demonstrando minha plena consciência dos seus efeitos civis, penais e administrativos, e assumindo total responsabilidade caso se configure o crime de plágio ou violação aos direitos autorais.

Desta forma, na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Juiz de Fora a publicar, durante tempo indeterminado, o texto integral da obra acima citada, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas e ou da produção científica brasileira, a partir desta data.

Por ser verdade, firmo a presente.

Juiz de Fora, 09 de Agosto de 2022.

Ana Gabriella Jacob Santos

Marcar abaixo, caso se aplique:

Solicito aguardar o período de () 1 ano, ou (X) 6 meses, a partir da data da entrega deste TCC, antes de publicar este TCC.

OBSERVAÇÃO: esta declaração deve ser preenchida, impressa e **assinada** pelo aluno autor do TCC e inserido após a capa da versão final impressa do TCC a ser entregue na Coordenação do Bacharelado Interdisciplinar de Ciências Humanas.

TRAJETÓRIA DO DEBATE ANTROPOLÓGICO SOBRE SAÚDE INDÍGENA

Ana Gabriella Jacob Santos¹

RESUMO

O presente artigo busca identificar a percepção antropológica sobre as noções de saúde, a fim de questionar a presença constante de discursos, especialmente relativos à saúde indígena, direcionados somente ao corpo biológico. Desse modo, foi utilizada também a análise de hábitos, por Menéndez, que explora estes inseridos no contexto do debate, além da definição de narrativas introduzida por Castellanos, para compreender de que maneira estas estão presentes como objeto de conhecimento no estudo cultural. Além disso, a desconsideração da relevância da Antropologia da Saúde expõe falhas no ambiente acadêmico e biomédico, o que intensifica as tensões interdisciplinares e dificulta o papel do antropólogo na temática. Ademais, tais colocações permitem a introdução aos motivos sobre os quais a instauração de políticas públicas relativas à saúde indígena aconteceu de maneira tardia e com dificuldades de administração, intensificadas pela integralidade proposta pelo sistema de saúde brasileiro, que possui a intenção de abranger a diversidade cultural, mas enfrenta obstáculos culturais práticos. Portanto, os textos aqui utilizados como base fornecem a apresentação pretendida ao assunto, com destaques perceptíveis no trabalho de campo realizado por Smiljanic e na situação de emergência exposta por Ailton Krenak nos dias atuais.

PALAVRAS-CHAVE: Antropologia da Saúde. Narrativas. Integralidade. Políticas Públicas. Saúde Indígena.

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde indígena perpassa por diversas questões que podem, a longo e a curto prazo, serem tratadas como problemáticas. A preocupação tardia com as conjunturas sociais e seus efetivos impactos na temática da saúde influenciou tendências emergenciais. Isso, pois a tentativa de solucionar as adversidades resultantes das doenças, além de suas causas biológicas, com práticas genéricas e universais, ignorava completamente o fator cultural e étnico, assim como a preservação da saúde. Dessa maneira, a universalidade médica - e antropológica - se tratava, na realidade, de práticas ocidentalizadas que carregam em si o desempenho de preconceitos amplamente disseminados, embora com a superação de alguns pontos de retrocesso nos dias atuais.

A Antropologia, em seu exercício, travou discussões relevantes sobre sua inclinação inicial e contínua a condutas etnocêntricas, questionando, também, por meio da Antropologia da Saúde, as práticas epidemiológicas (MENÉNDEZ, 1998). O atual artigo analisa a propensão a um discurso puramente biológico, de modo a compreender de que maneira o corpo, as narrativas, a individualidade e a cultura foram visualizadas como fatores sem influência direta, o que prejudicou a capacidade de pesquisadores de assimilar a necessidade de estudos específicos sobre a saúde indígena, principalmente pela dificuldade de compreensão da relevância das multicausalidades interdisciplinares. Dessa forma, tanto as relações entre pesquisadores, quanto as relações destes com as populações estudadas se mostraram repletas de tensões, ampliando a complexidade que permeia a temática.

Além disso, reforço a abordagem utilizada por Castellanos (2013) sobre a validação das narrativas tanto individuais quanto coletivas, que dilataram para outros campos além da Antropologia, notando-se a essencialidade destas para o estudo da saúde em grupos sociais variados. Ao considerar a relevância de classe, gênero, etnia, inserção geográfica, simbolismos, entre outros, a expansão a outras disciplinas se tornou recorrente. A maioria dos setores científicos que englobam as pesquisas relativas às alterações da saúde e do corpo, a manutenção de epidemias e as práticas viciosas, estão sendo capazes de enxergar a importância das narrativas, já que até mesmo o processo de medicalização é variado. O papel da Antropologia da Saúde busca, portanto, sair de mero tradutor, coadjuvante, para a biomedicina, para complemento, pois através das Ciências Sociais é possível entender a complexidade do corpo, da doença e da experiência (SARTI, 2010).

¹ Graduando em Ciências Humanas pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF. E-mail: gabi.jacob04@gmail.com. Artigo apresentado ao Bacharelado Interdisciplinar em Ciências Humanas como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel. Orientadora: Cristina Dias da Silva.

A fim de contextualizar, busco estudar o fato de que a criação de políticas públicas voltadas à saúde indígena aconteceu de maneira tardia. Segundo Teixeira (2012), citado por Silva e Teixeira (2013, p. 47), outra questão a se apontar é que, além da superação da sensação de que as comunidades indígenas estariam “atrasadas” ou progrediriam para estágios “evoluídos” com o passar dos anos, as políticas indigenistas ainda precisam reforçar cotidianamente que o modelo de preservação da saúde aplicado de acordo com medidas sanitárias que desrespeitam os preceitos culturais não devem ser inseridas. Dessa maneira, o estudo de Madel Luz e Charles Tesser (2008) traz a possibilidade de reflexão crítica sobre o princípio de integralidade proposto pelo sistema de saúde brasileiro, para, enfim, apontar como a dificuldade de criação de relações entre equipes multidisciplinares leva a falhas na aplicação de tais políticas públicas de saúde.

Portanto, as atuais adversidades enfrentadas, principalmente acerca de emergências de saúde, carregam o teor do peso histórico do preconceito, além de questões políticas que visam reduzir a participação social indígena e remover seu pertencimento cultural. O debate sobre a saúde indígena serve como forma de exibir a temática, entender a colaboração governamental, o respeito à diversidade cultural e a valorização dos corpos e suas expressões linguísticas e simbólicas.

2. A ANÁLISE ANTROPOLÓGICA DAS NARRATIVAS E HÁBITOS RELATIVOS À SAÚDE

Primeiramente, para alcançar as questões relativas à saúde indígena, é preciso explorar rapidamente alguns aspectos da Antropologia, com antropólogos como Claude Lévi-Strauss (1952), ao final do século XX. Por meio deste, é possível enxergar o papel da cultura na superação de noções consideradas naturais, através da crítica a perspectivas iluministas que ainda influenciam a relação de inferioridade e superioridade no estudo cultural. A inclinação ao etnocentrismo se dá de maneira que o considerado ‘comum’, por muito tempo, era o estudo das sociedades a partir da visão da sociedade ao qual o pesquisador se insere, carregando, portanto, nesse estudo, todo o processo de criação do próprio pesquisador. Essa visão prejudicou as análises antropológicas e seus trabalhos de campo na medida em que o “outro” era observado já com desprezo e inferioridade, reduzindo sua contribuição significativa tanto para a sociedade em que vive, quanto para as que o envolvem. O desenvolvimento de uma observação participativa, com escuta ativa, valorização da alteridade e esforço do antropólogo de questionar seus próprios pensamentos enquanto estuda outra cultura envolve um longo processo de aprendizagem. Dessa forma, exatamente por envolver um processo complicado, os estudos e pensamentos não somente da comunidade acadêmica, mas da população não indígena no geral, sobre sociedades indígenas, ainda enfrentam questões etnocêntricas, mais precisamente eurocêntricas, fortes e que atrapalham estas a terem acesso a boa qualidade de vida. Assim, ocorrem práticas violentas de sociedades ao redor, que menosprezam a necessidade daquelas ao acesso a recursos básicos de saúde de qualidade e manutenção cultural – o que envolve também a preservação de crenças, símbolos, materialidades, moradia e alimentação. Sabe-se, portanto, que a vulnerabilidade social enfrentada por estes grupos é diariamente invisibilizada e a saúde igualmente anulada, o que causa perdas acentuadas.

Adentrando os aspectos correspondentes ao estudo cultural, há o equívoco de tratar hábitos e comportamentos viciosos por si só, sem a análise da conjuntura a que estão expostos. O autor Menéndez (1998) reforça que uma prática possivelmente danosa à saúde tende a englobar o contexto em que o indivíduo e o grupo vivem, expondo muito além de práticas individuais, mas coletivas e simbólicas. A capacidade de entender a problemática, sem tratá-la como mera prática, intensifica as chances de compreensão das causas e seus possíveis enfrentamentos. Ao analisar grupos sociais distintos com pensamentos universalizados, a eficácia da solução é reduzida significativamente. Além disso, é preciso um alto conhecimento da cultura presente na sociedade em que se deseja estudar e compreender os avanços de enfermidades específicas, já que podem ser observadas disparidades culturais em relação ao pesquisador ou notar injustiças sociais decorrentes de descaso político.

“Para a classe trabalhadora britânica, fumar, beber cerveja especialmente preta, ter relações físicas violentas, conviver socialmente no ‘pub’ (bar), etc , conformam um estilo de pertencimento de classe e de diferenciação de classe que é o que fundamentaria a persistência de seu hábito tabagista. Estes ‘hábitos’ expressam a maneira de estar no mundo, a identidade cultural e a diferenciação social.” (MENÉNDEZ, 1998, p. 06).

Desse modo, essas tendências a comportamentos específicos vão muito além de condutas do indivíduo relativas a outras pessoas. A forma como o ser se enxerga, sua maneira de se expressar e seus respectivos

rituais que reforçam a identidade dentro daquela cultura influenciam diretamente em sua saúde, o que gera um ciclo comum àqueles pertencentes. Não obstante, quando culturas variadas dependem de uma mesma representação política para ver seus direitos à vida, à educação e à saúde respeitados, são necessárias instituições capazes de entender e representá-las em sua unicidade, aquilo que nem sempre acontece.

Nancy Krieger, epidemiologista americana focada na área de Ciências Sociais, reforça a propensão de instituições norte-americanas a discursos classistas que removem o foco das injustiças sociais e as classificam meramente como “disparidades”. Em entrevista cedida a José Ferreira Leopoldo Antunes, a autora ressalta quais seriam as diferenças entre estas, “por exemplo, o fato de que os homens têm câncer de próstata e as mulheres têm câncer de colo do útero é uma diferença, não uma injustiça. Por outro lado, quem tem acesso inadequado aos cuidados médicos para a prevenção, rastreamento e tratamento desses tipos de câncer é uma questão de injustiça” (KRIEGER, apud ANTUNES, 2015, p.178). Assim, para a pesquisadora, as consideradas “desigualdades em saúde” são definidas e mantidas por relações injustas, não por diferenças (2015). Essas relações seriam muito mais amplas e envolveriam um tratamento desproporcional a grupos sociais devido a preconceitos, como intolerância religiosa, racismo, capacitismo e discriminações de classe. O social e a saúde, por exemplo, tendem a ser associados somente quando são pensadas maneiras de ataque a grupos específicos, como o vírus do HIV foi, em seu surto inicial em meados do século XX, associado à homossexualidade, como um meio indireto de discriminação.

Essa forma pensada de hostilidade a minorias fez a Antropologia voltar seu enfoque às narrativas e às experiências tanto individuais quanto coletivas. Estas serviriam como uma maneira de compreender de que forma os próprios grupos afetados enxergavam a experiência do adoecimento, ajudando intensamente no processo de criação de políticas públicas que realmente atendessem a necessidade de populações minoritárias e segregadas. O costume da relação médico-paciente de ser tratada de maneira hierárquica passaria, aos poucos, para uma relação de troca - o que foi fortalecido a partir dos relatos de pessoas contaminadas pelo HIV e da expansão dos conceitos de saúde e doença.

Talcott Parsons (1951) foi o responsável pelo início da visão crítica da relação médica, expondo que esta aconteceria como uma forma de regular e controlar a população em situação de dependência. Porém, o mesmo criou a “Teoria do Papel do Doente” que atribuiria regras comportamentais, tanto ao médico, quanto ao paciente, a fim de explicar que existe um “contrato”, em que ambos os envolvidos deveriam possuir direitos e deveres. Essa visão, derivada do funcionalismo parsoniano, foi relevante para futuros pesquisadores compreenderem, mais a fundo, a importância da experiência da doença e de que maneira a prática médica seria, também, uma prática social (CASTELLANOS, 2014). Consequentemente, inúmeras pesquisas surgiram ao final do século XX, firmando as consideráveis possibilidades da Antropologia na área da saúde.

“As narrativas mantêm íntima relação com o domínio da cultura, uma vez que empregam sinais diacríticos do próprio sistema social/simbólico e que acionam formas narrativas culturalmente ordenadas, em que são delimitadas identidades, juízos morais, categorias classificatórias que orientam e conformam nossas experiências e interpretações sociais.” (CASTELLANOS, 2014, p.1068).

O princípio da “coerência narrativa”, para Castellanos, serve como uma maneira de compreender como o indivíduo expressa e vivencia sua cultura. Tal questão vai muito além de se o que é dito pelo paciente/falante é “verdadeiro ou falso”, mas de que forma aquilo possui relevância e reflete em seus atos e identidade cultural. Dessa maneira, a narrativa passou de método de pesquisa, uma forma de adquirir informações a respeito de alguma temática específica, para objeto de conhecimento, que produz informação por si só. Estas forneceram espaço à valorização das pesquisas qualitativas nas áreas da saúde. Durante todo esse processo de definição dos métodos de pesquisa antropológicos, foi percebida a necessidade de compreensão dos hábitos a partir de posições internas, já que “narrativas não somente organizam interpretações, mas também consistem em uma forma específica de agenciamento social” (CASTELLANOS, 2014, p.1065).

3. PRINCÍPIO DE INTEGRALIDADE E CRIAÇÃO TARDIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE SAÚDE INDÍGENA

No Brasil, adentrando os embates políticos, que refletem nas divergências com a biomedicina, há uma tentativa de universalização que sobrepõe e confronta os conhecimentos tradicionais. Mesmo que, na teoria, o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde seja reforçado, alguns corpos específicos são expostos à

vulnerabilidade social devido à dificuldade de aceitação de práticas de saúde e medicinais que não seguem a racionalidade da biomedicina – vista por muitos estudiosos como exclusiva. A necessidade da visualização e consideração dessas práticas que escapam, de certo modo, do saber biomédico, envolve uma compreensão dos âmbitos mais complexos da sociedade.

Os autores Charles Tesser e Madel Luz (2008) fornecem uma base crítica sobre o assunto. Inicialmente, é apresentado um estudo realizado por Luz sobre as diferentes formas de práticas medicinais e que apresentam fundamentos e coerência necessárias para compreendermos que não é somente a biomedicina que segue uma linha de racionalidade. A predisposição ao julgamento de conhecimentos tradicionais, muitas vezes desenvolvidos em sociedades que enfrentam diversas formas de preconceito, segue a tendência de anular qualquer forma de produção de conhecimento destas, não sendo diferente quando pensado sobre as práticas de saúde. Os pesquisadores citam duas perspectivas, antes de chegar ao ponto aqui pretendido como destaque, sobre de que forma a integralidade afeta no processo saúde-doença, médico-paciente (curador-doente). A primeira hipótese seria a de que o tema da integralidade não seria tão relevante para os doentes, que priorizam o serviço de cura fornecido pelos profissionais, desde que o próprio paciente e sua melhora seja o foco para este profissional, reduzindo a situação a práticas éticas. Já a segunda hipótese aponta que, para o curador, essa relação não é suficiente,

“A segunda perspectiva, que pode ser etiquetada de epistemológica, mais restrita aos ambientes esotéricos, é que quanto mais ampla, detalhada, global, profunda, sofisticada, precisa e acurada a interpretação do curador - ou seja, quanto mais integral a abordagem - maior será a completude, a extensividade e a veracidade da interpretação construída: melhor será o diagnóstico e mais eficaz, precisa, harmoniosa e sustentável poderá ser a ação terapêutica.” (LUZ E TESSER, 2008, p.198).

Mais adiante, com o enfoque na terceira hipótese, a problemática epistemológica que compõe a referida integralidade, princípio constitutivo do SUS, para a racionalidade biomédica, predominante no sistema de saúde brasileiro, torna-se também um problema do próprio Sistema Único de Saúde. O foco dado pela biomedicina às doenças, voltando a atenção a partes específicas da construção do corpo humano, concentrou as pesquisas e produções aos diagnósticos, não aos doentes. Assim, com o interesse voltado completamente às doenças e seu controle, o paciente e o saber terapêutico passaram a assumir um padrão, com o deslocamento da importância do indivíduo e suas particularidades para um lugar de homogeneidade. Essa prática torna-se ineficaz, de certo modo, quando compreende-se a pluralidade de corpos presentes no país e a diversidade cultural, já que um estudo puramente analítico e físico, com fins de consumo de procedimentos, expõe o que está manifestado e esconde o que foge dos padrões esperados (2008). Embora apresentem soluções a curto prazo e completamente individuais, ao mesmo tempo que seguem um padrão, essas práticas retiram dos curadores os aspectos relativos à importância da construção de relações éticas, acolhedoras e, principalmente, realistas com os doentes. Para isso, os autores citam a “eficácia simbólica”, termo criado por Lévi-Strauss, que assimila a precisão da eficácia das práticas xamânicas na capacidade de crença do doente, após reestruturações derivadas de símbolos e rituais marcados na sociedade.

É inevitável apontar que, em termos cientificistas, os progressos fornecidos pelas tecnologias e sua capacidade de, simultaneamente, englobar e reduzir problemas e doenças, possuem ações preventivas. Porém, essas questões trazem dificuldades tanto para os doentes quanto para os biomédicos, que possuem treinamentos em relação às suas práticas que não condizem com a proposta fornecida pelo SUS de atenção integral à saúde (2008). Desse modo, é compreensível notar conflitos quando pensado sobre as relações interdisciplinares, principalmente com a Antropologia. Se não há treinamento que forneça as noções básicas sobre a necessidade de equipes que complementam o saber destes, com disciplinas que, para o senso comum, não possuem relação alguma com o conhecimento da saúde, como as Ciências Sociais, essa forma de hostilidade ou receio é concebível. Por conseguinte, quando esse embate é afunilado em uma questão mais específica ainda, como a saúde indígena e o papel prático dessas equipes multidisciplinares no estudo e desenvolvimento de políticas públicas para tal população, as relações são ainda mais dificultadas.

O início do debate sobre o processo “saúde-doença” entre povos indígenas, na América do Sul, se deu a partir de Jean Langdon, em sua tese de 1974 sobre o modelo médico dos Siona (SILVA e TEIXEIRA, 2013). A partir de então, houve um impulso na criação de qualitativas referentes a esse âmbito de pesquisa, aumentando a quantidade de dissertações dentro das Ciências Sociais voltadas à saúde indígena, a fim de compreender e explorar formas de amenizar o atraso histórico.

É importante apontar que, durante o processo de reivindicação de direitos à população indígena, aspectos de suas culturas foram considerados retrocessos. Para levar a civilidade, direito de cidadãos, a estes, foi muito apontado que seria necessário atribuí-los a um estado de natureza e ao homem branco um estado de evolução e desenvolvimento. Embora tais argumentos tenham surgido ainda no Período Colonial, com as missões e conversões religiosas, a faceta reforçada nos dias atuais é mascarada por princípios neoliberais: suposto pretexto de tratamento igualitário que, na prática, silencia culturalmente e politicamente povos que ainda não conquistaram relevância quantitativa em cargos de poder.

Sucedo, portanto, o manejo político da pluralidade cultural, por meio de uma naturalização que retira do campo do debate questões de ação humana. A tentativa de incluir civicamente as populações indígenas surge como uma estratégia política para reduzir suas fases de busca de autonomia a um atraso resultante do fato destes serem “um obstáculo a ser superado” (SILVA e TEIXEIRA, 2013, p.47). A falsa adaptação à diversidade traz discursos que não condizem com a realidade de exploração e exclusão social, nutrindo soluções teóricas não empregadas, como se o discurso de desigualdades não se aplicasse no século atual. Essa questão influenciou na preocupação tardia com a saúde indígena, já que o tema não era considerado relevante para a política brasileira e colocado como debate.

“Cabe destacar que tais naturalizações se dão em contextos democráticos, articuladas com diversas ações de inclusão cívica dos indígenas praticadas pelo governo, e em nome da conquista de direitos dos povos indígenas. Trata-se, portanto, de relações que se encontram no cerne do manejo político da diversidade cultural, concebido e vivido por diferentes atores (governamentais e não governamentais) como parte dos mecanismos de construção da cidadania indígena.” (SILVA e TEIXEIRA, 2013, p. 47).

A partir de 1990 foram criadas instituições voltadas para o atendimento à população indígena brasileira, junto a políticas públicas necessárias para reduzir as desigualdades em saúde. A “Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena” (2002) foi regulamentada como proposta em 1999 e colocada em prática em 2002. No decreto houve o reforço de que, para atingir o alcance pretendido para o sistema de saúde do país, todas as populações envolvidas deveriam ter acesso igualitário à saúde. Porém, é ressaltado também que, para tal, seria necessária a validação e a adequação à diversidade cultural presente na sociedade brasileira. Essa adequação se daria de maneira a compreender que, para a totalidade do Sistema Único de Saúde, é indispensável o tratamento diferenciado conforme os valores culturais de cada sociedade, inclusive de populações indígenas. Essa questão, porém, carrega a controvérsia já apresentada sobre a integralidade e suas polêmicas práticas.

4. PAPEL ANTROPOLÓGICO E NARRATIVA INDÍGENA

A fim de exemplificar a importância do papel do antropólogo para o debate, utilizo o trabalho de campo feito por Smiljanic em território Yanomami. A autora ressalta o histórico tardio de criação de políticas públicas voltadas para a população indígena, que foram importantes para substituir o estado de emergência por planos de ação. O Distrito Sanitário Yanomami, criado em 1991, possuía o intuito de atender às necessidades de saúde básicas após a destruição causada pelo garimpo ilegal e aumento de doenças. De modo a contextualizar, seu trabalho de campo iniciou em 1996, após a implementação dessas políticas voltadas à população, em diferentes pólos-base e com a participação ativa de equipes multidisciplinares (SMILJANIC, 2008).

“A invasão do território yanomami por garimpeiros, no final da década de 1980, contribuiu para agravar a incidência de malária no alto Toototobi, enfermidade que tornou-se, ao lado das doenças infecto-respiratórias, uma das principais causas de agravos à saúde na região. Em 1990, depois de inúmeras denúncias sobre o estado de saúde alarmante no qual se encontravam os Yanomami, foi dado início ao Plano Emergencial de Atenção à Saúde Yanomami (PEASY), com o objetivo de reverter a situação.” (SMILJANIC, 2008, p.9).

A autora aponta a dificuldade de planejamento vivida pelas equipes biomédicas. Os desencontros dos profissionais com os Yanomae aumentaram, seja por descontentamento daqueles, que afirmavam estar realizando serviços primordiais para a população na região Toototobi e não recebiam reconhecimento, seja por reclamações dos Yanomae, que apontavam inconsistências na realização de tarefas e insatisfação com o comportamento dos profissionais. Além disso, os conflitos foram acentuados com a denúncia de assédio sofrido

por uma mulher da região, por parte de um biomédico, e mudanças precisaram ser realizadas na estrutura organizacional das equipes.

Entre 2000 e 2004, quando Smiljanic retornou aos trabalhos de campo nas regiões Yanomami, alterações haviam sido feitas. Os problemas relativos à interrupção de tratamento, devido a falhas na comunicação entre equipes biomédicas que ao trocarem turnos não se informavam sobre atualizações de casos, foram resolvidos pela criação de fichas individuais, que controlavam a evolução dos quadros de cada paciente atendido, não sendo necessária realização repetida de procedimentos. Novamente, pelas políticas estarem recentes e, durante um tempo, as visitas de profissionais serem infrequentes e insuficientes, rupturas e mudanças institucionais, até uma estabilização, foram constantes. A FUNASA assumiu a gestão junto a Fundação Universidade de Brasília e recriou formulários de controle, antes feitos pela URIHI. Tais modificações incessantes eram, a ver dos Yanomae, cansativas, pois interrompiam um processo de adaptação, que já não era fácil de internalizar, trazendo instabilidades frequentes. Desse modo, a disponibilização de remédios foi afetada e as dificuldades ainda referentes a desrespeitos e abusos permaneciam sendo relatadas.

A dificuldade de comunicação também era exposta no pólo-base de Maturacá, com declarações de descontentamento por Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e pelos assistidos, além de problemáticas iniciais entre entidades representativas, que não chegavam em um consenso estrutural. É possível notar que essas formas de expressar descontentamento, independente de quem parta, exploram narrativas que apontam a não adaptação a modos de operação externos à cultura vivida. Consequentemente, todos os envolvidos revelam estranhamento quando perspectivas não condizentes à realidade em que foram criados são expostas e inseridas em seu meio.

Para a pesquisadora, seu lugar de antropóloga nesse período era repleto de tensões. A proximidade com os Yanomae a deixava em uma condição de dúvida para os biomédicos, que questionavam sua posição de possível tradutora, colocando-a como aliada para as atitudes consideradas controversas daqueles.

“As tensões decorrentes da minha condição eram exploradas pelos Yanomae, que demandavam constantemente meu auxílio para intermediar as relações com a equipe de saúde, como uma forma de romper a barreira lingüística e/ou pressionar estes profissionais para obterem aquilo que reivindicavam. Quando os profissionais biomédicos estavam nas malocas, os Yanomae solicitavam meus serviços como tradutora para consultarem-se, pedir remédios, cobrar dívidas ou realizar trocas.” (SMILJANIC, 2008, p.16-17).

Seu papel de mediadora, apesar de conflitivo a certo modo, era necessário para a manutenção de uma convivência minimamente cômoda, pelo menos até as alterações significativas entre entidades políticas. Foi notada, durante o trabalho, uma hesitação por parte da equipe biomédica à introdução da antropóloga na equipe multidisciplinar, visto que suas sugestões relacionadas a mudanças necessárias na relação de hierarquia entre estes e os assistidos foram desconsideradas.

É igualmente importante mostrar de que maneira esses aspectos citados são reconhecidos em literaturas e narrativas indígenas. O autor yanomami Ailton Krenak (2020) traz a sentimentalidade em sua narrativa sobre a questão “O que é ser humano?”, condição que há tanto é questionada e removida, política e socialmente, de maneira brutal de sociedades indígenas. A obra escrita fala sobre o início da pandemia de Covid-19 e as dificuldades de isolamento, além da sensação de medo da possibilidade de exterminação em massa da humanidade, junto ao sentido fornecido à vida humana e ao viver. O antropocentrismo e todas as ideias de prioridade humana caem por terra quando percebe-se que a vida, a natureza e os animais, seguem normalmente mesmo com as pessoas sofrendo pelo vírus.

“Desde pequenos, aprendemos que há listas de espécies em extinção. Enquanto essas listas aumentam, os humanos proliferam, destruindo florestas, rios e animais. Somos piores que a Covid-19. Esse pacote chamado de humanidade vai sendo descolado de maneira absoluta desse organismo que é a Terra, vivendo numa abstração civilizatória que suprime a diversidade, nega a pluralidade das formas de vida, de existência e de hábitos.” (KRENAK, 2020, p.5).

Krenak também cita as questões políticas que permeiam o momento. O autor nota a permanência de discursos que agridem tanto o planeta quanto as pessoas que já são discriminadas há séculos e décadas. A necropolítica é reforçada por governos, com a conformidade de que pessoas irão morrer, somente basta decidir quais são as mais relevantes para a manutenção da sociedade, ou mais precisamente, para a manutenção da economia. Quando ocorrem situações de emergência mundial, estas são colocadas por representantes políticos

como incapazes de serem mudadas ou solucionadas, já que atitudes imediatas para a preservação da vida humana serão negativas para a atividade econômica, o que geraria mais mortes a longo prazo - mesmo que não existam provas concretas sobre tais afirmações genocidas. O autor mostra sua indignação com essas declarações, que retiram o valor e seleciona as vidas que “farão menos falta” para as sociedades, ou seja, pessoas em situação de incapacidade de produzir, mas capacidade de se tornarem despesas - visão atribuída há tempos também a indígenas (2020).

Além de tais considerações, é importante ressaltar que, com uma emergência sanitária, várias outras injustiças sociais são expostas. Antes, é preciso reforçar que as atividades de destruição do território, pelo garimpo ilegal, de anulação cultural, por meio da mitificação e estranheza atribuídas a rituais de grupos específicos, e de genocídio e práticas abusivas ainda ocorrem, mesmo com a criação de políticas públicas ao final do século XX e início do século XXI. As questões de saúde têm sido debatidas atualmente, durante a pandemia de Covid-19, pois tais populações retornaram a um estado de emergência, devido a um descaso governamental e implementação de políticas que prejudicam a preservação dos povos indígenas em seu meio por direito. De acordo com notícia publicada em dezembro de 2021 pela UFMG, com transcrições do programa de rádio chamado “Saúde com Ciência”, houve corte de orçamento voltado para a saúde indígena, além do aumento significativo de índice de malária, visto que, em um período de 2 anos, grande parte da população Yanomami foi contaminada mais de uma vez (2021). A pesquisa ainda ressalta que esse aumento das contaminações é um reflexo de múltiplos descasos combinados, mas, principalmente, pela devastação de solo natural, que desregula e intensifica o alastramento dos mosquitos, e redução significativa de políticas de treinamento para realização de testagem - fator debatido desde o início da criação das políticas públicas para a população indígena.

“No primeiro mês, a Funai suspendeu cestas básicas, fez indicação de isolamento domiciliar sem proteger as terras indígenas dos garimpeiros. Ignorou a testagem desde o início, tanto que a primeira infecção por covid chega por um médico da Sesai [Secretaria de Saúde Indígena] e quando vem o auxílio emergencial, faz com os povos saiam das aldeias para buscar esse auxílio. Além de negarem atendimento para os indígenas que vivem na cidade”. (SAÚDE COM CIÊNCIA, 2021).

Por isso, o debate da relação das equipes multidisciplinares com sociedades indígenas, nesse caso os Yanomami, é tão importante. Quando ocorre descaso institucional, isso é refletido na construção do treinamento dos profissionais, que se deparam com despreparo, ausência de recursos e relações completamente conturbadas e mal construídas, que mais se assemelham a práticas individuais, pois não existe investimento e preocupação suficiente para a criação de equipes. As atividades antropológicas de estudo de sociedades indígenas ocorrem desde o surgimento da disciplina, porém, a preocupação efetiva que sobrepassa a curiosidade ocidental acerca do que é “diferente” e relativa ao “outro” veio depois de discussões assíduas entre os próprios pesquisadores sobre o que era buscado com tais estudos. A Antropologia, além do apontamento presente neste artigo referente à saúde, possui pesquisas importantes sobre parentesco, religião e simbolismos, que ajudaram a remover, gradativamente, os estigmas que envolvem a temática indígena. Dessa forma, o papel do antropólogo, assim como de pessoas políticas pertencentes à cultura, é essencial para que, tanto nos estudos cotidianos, quanto em emergências, a melhor forma de ação, que busque a eficácia com base na compreensão cultural das necessidades da sociedade, seja analisada criticamente e aplicada. A tentativa de aplicar ações genéricas ou simplesmente fingir que as populações indígenas não existem só retrata o pretexto básico da falsa consideração da diversidade cultural: em situações em que a prática é primordial, mostra-se covardia e menosprezo político.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conexão pretendida no artigo é a de analisar como a anulação da importância do trabalho antropológico implica, também, em atrasos sobre a temática da saúde, principalmente quando pensada sobre populações que já sofrem com desatenção política e atrasos históricos, como as indígenas. Os exemplos citados buscam trazer de q forma, tanto da visão do antropólogo, quanto dos biomédicos e da população indígena, a falta de precisão na elaboração de políticas públicas, seja por baixo investimento em equipes multidisciplinares, seja pela desvalorização de profissionais que atuam em forma conjunta, assim como a desconsideração das

narrativas daqueles que vivenciam o descaso, prejudica âmbitos complexos que, a priori, se mostravam desconectados.

Existem superações necessárias para uma aplicação prática dos debates sobre saúde indígena. Primeiramente, é imprescindível que a Antropologia tenha seu espaço de importância respeitado nas temáticas da saúde, visto que é através dela que obtemos conhecimentos específicos essenciais sobre culturas determinadas. É indispensável, desse modo, a compreensão de que as questões biológicas não são anuladas pelas sociais, já que estão intrinsecamente ligadas quando pensadas em ações integrais, e é inviável a criação de políticas públicas relativas à saúde que sejam realmente efetivas sem essa consideração. Procurei citar, rapidamente, exemplos de que maneira o indivíduo e seu grupo social expressam a identidade cultural, sendo essa forma de se expressar também refletida em seus corpos e em suas narrativas contadas e vividas. Muito mais do que teoria, a prática das Ciências Sociais influencia em ações institucionais essenciais para alterações que removam, definitivamente, as populações indígenas, e não somente estas, de situações de emergencialidade. A dificuldade do sistema de saúde brasileiro de abranger todas as culturas presentes e aplicar a integralidade necessária se dá por toda a instabilidade de relações políticas e acadêmicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Desigualdades em saúde: Entrevista com Nancy Krieger**. Tempo Social [online]. 2015, v. 27, n. 1 [Acessado 8 Agosto 2022] , pp. 177-194. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-20702015014>>. ISSN 1809-4554.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. **A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2014, v. 19, n. 04 [Acessado 26 Julho 2022] , pp. 1065-1076. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>>. ISSN 1678-4561.

CRISE YANOMAMI EVIDENCIA DESCASO COM A ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS. **Faculdade de Medicina UFMG**, Belo Horizonte, 14 dez. 2021. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/crise-yanomami-evidencia-descaso-com-a-assistencia-em-saude-dos-povos-indigenas/>>. Acesso em: 14 julho 2022.

KRENAK, Ailton Alves Lacerda. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. 12p.

LUZ, Madel T.;TESSER, Charles D. **Racionalidades médicas e integralidade**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2008, v. 13, n. 1 [Acessado 24 Julho 2022] , pp. 195-206. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000100024>>. Epub 15 Jan 2008. ISSN 1678-4561.

MENÉNDEZ, Eduardo L. **Antropologia medica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização?**. In: ALVES, PC., and RABELO, MC. orgs. *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 248 p. ISBN 85-7316-151-5.

SARTI, Cynthia. **Corpo e Doença no trânsito de saberes**. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo , v.25, n.74, p.77-90, out. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092010000300005&lng=pt&nrm=iso.

SILVA, Cristina D.; TEIXEIRA, CARLA C. **Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação**. Anuário Antropológico [Online], v.38 n.1 | 2013, posto online no dia 01 outubro 2013, consultado o 08 agosto 2022. URL: <http://journals.openedition.org/aa/374>; DOI: <https://doi.org/10.4000/aa.374>

SMILJANIC, Maria I. **Da Observação à Participação: Reflexões sobre o Ofício do Antropólogo no Contexto do Distrito Sanitário Yanomami**. In: Série Antropologia Vol. 417, Brasília: DAN/UnB, 2008. 24 p.