



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM SAÚDE INDÍGENA: O MERCADO SIMBÓLICO DO ALTO RIO NEGRO

Luiza Garnelo¹

RESUMO

O trabalho discute as representações sociais sobre saúde e doença do povo indígena Baniwa, do Noroeste da Amazônia brasileira, demonstrando como tais produções sócio-culturais se configuram como um mercado simbólico onde se entrelaçam concepções da cultura tradicional Baniwa e os saberes gerados no processo colonizatório, com ênfase particular em noções veiculadas a partir da escolarização e da conversão religiosa.

Palavras-Chave

Saúde

Doença

Povos Indígenas

ABSTRACT

The paper discuss about social representation of health and sickness, of Baniwa, an indigenous people from the Northwest of the Amazonia. It shows, how these social and cultural productions shape a symbolic market, where entwine traditional conceptions and the knowledge produced in the colonial situation, with particular emphasis in those bring by the school and the religious conversion.

Key-Words

Health

Sickness

Indigenous people



INTRODUÇÃO

A área indígena do Alto Rio Negro, situada no Noroeste da Amazônia brasileira, no município de S. Gabriel da Cachoeira, é uma área de grande extensão geográfica que abriga uma população de aproximadamente 25.000 indivíduos, distribuídos em mais de 700 aldeias, dispersas ao longo dos encachoeirados rios da região. Os 17 grupos étnicos da área possuem uma longa história de contato entre si, estabelecendo desde tempos ancestrais relações sociais que formaram um complexo sistema de pluralismo étnico, cuja principal característica é uma diversidade lingüística que expressa variações culturais na organização social, na sua distribuição espacial e nas formas de acesso aos recursos naturais. Apesar destas especificidades, há um consenso na literatura antropológica (Wright, 1981, 1992 ; Buchillet, 1991 ; Oliveira, 1995) de que, no Alto Rio Negro as interações intergrupais se configuraram, ao longo dos séculos, como um conjunto de padrões culturais comuns, interligados por relações políticas, sociais, religiosas e de trocas comerciais, que permite tratar, dentro de certos limites, estas sociedades como uma totalidade cultural.

O contato com as sociedades nacionais brasileira, colombiana e venezuelana é antigo, tendo passado por diversos momentos, que variaram em função dos ciclos econômicos que se desenvolveram na Amazônia e que redundaram todos, em formas violentas de contato. Dentre estas pode-se citar a escravização e/ou extinção física de povos inteiros, as formas coercitivas de catequese e educação perpetradas pelos missionários católicos e evangélicos, e as mais recentes tentativas do governo brasileiro de transformar os indígenas em colonos agrícolas destribalizados, num conjunto de iniciativas do projeto geopolítico de ocupação militar das áreas de fronteira (Wright, 1992; Buchillet, 1995).

A partir da década de 80, ocorre um incremento dos níveis de organização política dos índios no Brasil. No Alto Rio Negro também se complexifica a gama de atores políticos que começam a exercer uma intensa atividade reivindicatória por seus direitos à diferença étnica; eles centram inicialmente suas reivindicações na demarcação de seus territórios ancestrais, (Garnelo, 1997), diversificando-as depois, para lutas por melhores condições de saúde, educação e atividades de auto-sustentação econômica. Os novos agentes políticos do movimento indígena se agrupam em Organizações Indígenas, auto denominadas Organizações de Base que representam grupos



étnicos e se distribuem por trechos de rio onde se assentam as aldeias; também se formam associações de professores e de agentes indígenas de saúde.

Estas organizações não vem substituir as antigas lideranças como os rezadores, xamãs, lideranças evangélicas e católicas. O que se observa é um reordenamento da divisão de tarefas, sendo atribuído aos novos líderes um papel predominante de negociação com as autoridades governamentais e entidades de apoio à causa indígena; eles passam a constituir um corpo de atores sociais habilitados a negociar com o mundo dos "brancos", na busca de maior equidade de direitos sociais (Ricardo, 1995).

Dentre as lutas do movimento indígena o campo da saúde tem despontado como um dos mais conflituados, face às precárias condições da rede de serviços de saúde implantada na região. O diagnóstico situacional do sistema de saúde local demonstra baixa resolutividade dos serviços, alta mortalidade por doenças transmissíveis, concentração do atendimento em unidades de saúde localizadas em lugares distantes das aldeias, descaso e/ou desconhecimento dos costumes tradicionais dos índios e escassez de insumos como medicamentos, equipamentos de saúde e meios de transporte para a remoção de doentes. Este conjunto de problemas sanitários tem gerado um alto índice de mortes que seriam evitáveis por uma atuação mais efetiva das autoridades do sistema de saúde.

A COMUNIDADE DISCURSIVA² DO ALTO RIO NEGRO

Neste cenário do Alto Rio Negro a Universidade do Amazonas vem desenvolvendo há vários anos, através do Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena (RASI), um processo de capacitação de aproximadamente 100 Agentes Indígenas de Saúde, para a prestação de cuidados primários de saúde³ dirigidos aos seus parentes aldeados. O RASI passou por diversos momentos de organização e de perspectivas; num primeiro momento a prioridade equipe foi capacitar os Agentes de Saúde para efetuar o controle das doenças transmissíveis e carenciais; gradativamente foram sendo implantadas atividades de educação em saúde buscando disseminar informações sobre cuidados de saúde, visando a melhoria de seus níveis nas aldeias. Apesar dos esforços de todos para elaborar boas estratégias educativas e de comunicação em saúde observou-se que as pessoas mantinham determinados comportamentos de risco à manutenção de sua saúde.



O trabalho de investigação permitiu a identificação de uma comunidade discursiva, onde as propostas educativas do RASI se situavam como um dentre muitos discursos concorrentes, alguns com maior legitimidade, como o discurso mítico e outros com um maior poder de convencimento/coerção, como o discurso dos missionários traduzido no campo da saúde pelo higienismo veiculado na catequese e na escola. Essa constatação gerou um aporte crítico às expectativas anteriores, fundadas num paradigma funcionalista de comunicação, que respalda as práticas educativas em saúde. Este paradigma pressupõe uma comunicação linear entre emissor/sujeito *versus* receptor/objeto de mensagens educativas, abstraindo o contexto social onde se travam as relações de comunicação/educação em saúde.

Pitta (1995), problematizou os paradigmas de sustentação das práticas educativas em saúde no Brasil, provando que ao longo do tempo as instituições de saúde tem se empenhado no aumento da eficácia do trabalho educativo, buscando “ajustar a linguagem” de saúde à população-alvo destas mensagens. O pressuposto implícito é que, se a transferência de informação for eficiente ocorrerá a adoção de hábitos mais saudáveis. A autora demonstra este modelo instrumental de comunicação desconsidera que as práticas sanitárias da população decorrem de variáveis muito complexas (culturais, econômicas, sociais, etc..) que não são modificáveis apenas pelo fator informação/comunicação.

O novo patamar de reflexão teórica propiciou um aprofundamento da discussão dos determinantes sociais, econômicos e culturais das condições de vida e saúde dos índios e um redirecionamento das atividades do projeto. As ações foram redimensionadas visando ampliar o enfoque político da formação dos Agentes Indígenas de Saúde e apoiar de modo sistemático as iniciativas de suas Organizações, na construção de um papel ativo nos espaços de poder das relações interétnicas. Nessa perspectiva, a parceria com as Organizações Indígenas poderia contribuir para que os índios se situassem não apenas como receptores das decisões engendradas pelas instituições de saúde, mas também como geradores de demandas para as autoridades sanitárias, participando do processo de negociação de sentidos, juízos críticos e decisões sobre as políticas de saúde.

Para iniciativa deste porte se fazia necessário conhecer as representações de saúde e doença dos interlocutores indígenas, a fim de se dimensionar adequadamente suas necessidades e prioridades no campo da saúde. A



investigação das representações sociais sobre os processos de Saúde e Doença no Alto Rio Negro é portanto, parte integrante deste esforço de construção de um modelo etnicamente adaptado de promoção à saúde de povos culturalmente diferenciados.

METODOLOGIA

O referencial teórico utilizado representa um esforço de articulação entre a Teoria das Representações Sociais, as contribuições da Antropologia Social e o enfoque teórico da Semiologia dos Discursos⁴, para proceder ao estudo das representações de doença e cura de povos indígenas do Alto Rio Negro e investigar suas formas próprias de organização enquanto movimento indígena que participa nos fóruns decisórios de decisões políticas e de gestão das práticas sanitárias.

A articulação destes campos de saber não constitui propriamente uma novidade. Spink(1993) situa as Representações Sociais, como interface possível entre múltiplos campos, congregando componentes cognitivos, elementos de comunicação e de representações culturais, expressando as múltiplas dimensões de uma perspectiva transdisciplinar na busca de uma ruptura com a fragmentação em territórios disciplinares típica da ciência positivista.

A perspectiva aqui adotada para análise das práticas discursivas⁵ dos índios, parte da premissa de que a linguagem é trabalho, é produção simbólica e ação social constituída num processo histórico determinado. A linguagem expressa no discurso dos sujeitos é simultaneamente instrumento de construção/reprodução da realidade e mediação das relações socialmente travadas; a linguagem constitui e se constitui na sociedade. (Orlandi, 1993). Neste sentido, as práticas discursivas são aqui tomadas como Representações Sociais, como interpretações dinâmicas da realidade historicamente produzida, que "situam o indivíduo no mundo e, situando-o, definem sua identidade social - o seu modo de ser particular, produto de seu ser social" (Spink, 1995:8). A linguagem não é apenas informação mas um instrumento de manutenção e transformação das relações sociais, elemento que pertence ao domínio das relações de poder vigentes na sociedade e que também serve para transformá-las.

Enquanto formas de conhecimento as Representações Sociais encontradas no Alto Rio Negro estão articuladas por um lado, às referências fornecidas pela cultura tradicional local expressa nos mitos que orientam a



compreensão do mundo, e por outro às mudanças geradas no processo de contato, veiculadas através da escola e pelo contato aleatório com agentes da sociedade nacional, como garimpeiros, militares, comerciantes e veículos de comunicação de massa. Os Agentes Indígenas de Saúde também identificam seu processo de capacitação como um espaço privilegiado de construção e sistematização de informações sobre as práticas de medicina científica.

A ótica utilizada na pesquisa situa as Representações Sociais operando simultaneamente no âmbito social, orientando as condutas e as relações de comunicação entre os indivíduos, no campo afetivo/cultural, exercendo funções de legitimação da identidade indígena e no campo cognitivo, criando mecanismos de entendimento da realidade e propiciando meios para a familiarização dos elementos novos trazidos pela dinâmica contato interétnico. (Spink, 1993). Dentre outras coisas, estamos tratando aqui, das formas como estão se travando no Alto Rio Negro, as relações entre os universos consensuais traduzidos pelo pensamento mítico local e os universos reificados (Moscovici, 1984) da biomedicina, que são apropriados e circulam, sendo reinterpretados pelas lideranças indígenas que modificam seu sentido de acordo as lógicas próprias do pensamento selvagem (Levi-Strauss, 1976).

O enfoque construtivista das Representações Sociais apoia o entendimento de como se organiza o pensamento mítico cujas formas de operar são distintas do pensamento científico. Segundo Godelier(1981) as formas de operar do pensamento selvagem estão distribuídas entre quatro funções predominantes: Apresentar ao pensamento qualquer realidade material ou ideal atribuindo sentido inclusive, àquelas inusitadas. Cabe ainda ao pensamento interpretar, definir a natureza, a origem e o funcionamento dos eventos que ocorrem no meio social; em conseqüência o pensamento se torna capaz de organizar, elaborando explicações lógicas, as relações dos homens entre si, com a natureza e com as entidades sobrenaturais nas quais crê. Finalmente como última função do pensamento, está a de legitimar a ordem e os papéis sociais predominantes naquela sociedade. (1989:188-9).

A análise de Godelier se aproxima essencialmente da perspectiva trazida por Denize Jodelet(1989), para orientar o estudo das Representações Sociais (Jodelet, 1989), permitindo compreender como os mitos fornecem um conjunto de significados que atribuem sentido, interpretam e recriam a realidade social, incorporando inclusive conteúdos de saberes científicos através de "ancoragem"⁶.



Esta linha de pensamento também propicia a análise dos discursos, com ênfase na sua organização social, promovendo assim, uma interação entre linguagem e ação (Barbero, 1987). A abordagem não dissociada de linguagem/pensamento e ação, permite a análise das práticas discursivas como frutos de uma produção social e não apenas como elaborações de subjetividades individuais. A compreensão das Representações Sociais em pauta, depende da análise das suas condições de produção discursiva e propicia seu entendimento como campos socialmente estruturados que devem ser referidos às condições de sua produção e aos núcleos estruturantes da realidade social, permitindo assim, mantê-la e recriá-la simultaneamente (Spink, 1995).

Sendo as Representações Sociais, por um lado formas de expressão da reprodução de uma cultura e por outro comportando "...o *locus* da multiplicidade, da diversidade e da contradição" (Spink, 1993:305) elas propiciam mudanças na vida social. No caso do Alto Rio Negro, boa parte dos aspectos contraditórios e inovadores contidos nas práticas sociais dos sujeitos pesquisados, são gerados na dinâmica das relações de contato com a sociedade nacional globalizada, levando à formulação de estratégias capazes de dar conta das novas situações sociais estranhas aos indígenas que passam a elaborar juízos e formas de intervenção na cena social.

86

As técnicas utilizadas na pesquisa conjugaram a observação participante das práticas sanitárias concretamente travadas no cotidiano das pessoas, de seus diálogos com a comunidade no trabalho de educação em saúde, de suas reuniões e assembléias no âmbito do movimento indígena e nos fóruns deliberativos do sistema de saúde. Além disso foram colhidas entrevistas semiestruturadas com Agentes Indígenas de Saúde, diretores de Organizações de Base e lideranças tradicionais de aldeias, tais como benzedores e caciques, além de estudos da documentação disponível.

Os principais informantes da pesquisa são Agentes Indígenas de Saúde e Lideranças Indígenas das diretorias das Organizações de Base do Alto Rio Negro⁷. Estas lideranças são ligadas entre si e ao restante da população, por laços de parentesco e por relações políticas e sociais bem definidas, envolvendo trocas matrimoniais, e regras de reciprocidade obrigatória. Os indígenas cujas representações estudamos, tem prolongado envolvimento com o campo da saúde, tendo se situado ao longo do tempo como produtores de sentidos neste campo de saber, interpretando e transformando sua realidade. Outra característica comum entre eles é um maior domínio da linguagem escrita,



obtido pela escolarização formal, o principal veículo de disseminação das informações sobre biomedicina. O domínio da linguagem escrita demarca uma diferença em relação às outras lideranças de feição mais tradicional, que outorgam aos primeiros, o papel de negociadores com os representantes das instituições da sociedade nacional. Os informantes da pesquisa, pelo próprio papel social que desempenham, ocupam um espaço privilegiado nas relações de comunicação travadas no Alto Rio Negro, encontrando maior facilidade para fazer circular seus valores e práticas sanitárias.

Além de uma interação estabelecida no desenvolvimento da investigação os informantes situam seu processo de capacitação, pelo Projeto RASI, como um dos canais de enunciação discursiva, que permite a apropriação dos saberes do “mundo do branco”. Este é aliás, um dos invariantes referenciais da investigação, que une todos os sujeitos pesquisados: eles buscam ativamente se apropriar de bens e conquistas sociais do mundo dos brancos dos quais estão com freqüência excluídos. Se esforçam em desenvolver esta busca sem renunciar à sua diferenciação étnica. A conquista de bens e serviços do mundo do branco deve ser vista como uma estratégia (ambígua) de manutenção da identidade indígena.

REPRESENTAÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA NO ALTO RIO NEGRO

Os resultados da investigação vem demonstrando a existência de um ativo mercado simbólico⁸ de saúde no Alto Rio Negro, que pode ser caracterizado como um “espaço de interface entre vários grupos de atores, congregando além da dimensão técnica as dimensões simbólicas, sociais e econômicas que envolvem as interações cotidianas dos grupos indígenas entre si e com os agentes da sociedade nacional (Fausto Netto, 1995). O mercado simbólico se caracteriza como o espaço de reconfiguração das relações de poder travadas entre os atores sociais.

Dentre as principais produções discursivas identificadas neste mercado simbólico encontramos um discurso de senso comum da biomedicina que prioriza ações de medicina curativa centrada no uso de medicamentos industrializados e no atendimento à situações emergenciais. Também o higienismo, com suas características de atribuir toda a responsabilidade e resolução dos problemas de saúde à realização de atos cotidianos de higiene individual, conjuga suas premissas às da medicina curativa e é um dos vetores proeminentes nas



representações de doença encontradas na pesquisa. O discurso indigenista centrado na posse da terra como via de resolução de todos os problemas tem, entre suas conseqüências para a área de saúde, a pressuposição de que as autoridades governamentais são os únicos sujeitos ativos do processo, sendo responsáveis por “trazer a saúde” para uma população passiva. Finalmente o discurso militante da autogestão indígena estimula a participação ativa nos fóruns decisórios (Conselhos de saúde) da área, o que não deixa de ter um viés etnocêntrico, já que tais espaços de participação popular foram organizados para a população não indígena.

Obviamente tais discursos não estão soltos nos ar, ao contrário, são (re)produzidos ativamente pela escola, instituições de saúde, pela Igreja, pelo órgão indigenista governamental e pelas próprias organizações indígenas. Todos estes agentes disputam um lugar privilegiado na produção das relações sociais, isto é, tentam tornar hegemônicos, circulantes e legitimados os discursos que produzem. São estes sentidos circulantes, produtos do jogo de forças que move a sociedade, que assumem a forma de um mercado simbólico, onde os discursos operam como bens simbólicos que podem ser negociados e consumidos (Araújo, 1998). Cabe acrescentar ainda que os bens simbólicos podem se traduzir também em bens materiais, pois a cada concepção de saúde corresponde a adoção de técnicas e a provisão de recursos materiais para o atendimento de necessidades de saúde.

88

A POLISSEMIA DISCURSIVA⁹

As práticas discursivas dos Agentes e Lideranças evidenciam a heterogeneidade que as constitui. Nesta polissemia discursiva os discursos dos diversos atores sociais que povoam o mercado simbólico interagem no processo histórico de contato, se entrecruzam e se expressam nas representações sociais de saúde e doença. O campo organizador desta polissemia é o discurso mítico, que subordina, reordena e confere legitimidade (ou não) aos discursos concorrentes que povoam a vida cotidiana dos informantes. Por outro lado, é o fato de manejarem social e politicamente o discurso do mundo dos brancos, que possibilita aos informantes assumir o papel de mediadores das relações travadas na realidade social interétnica e ampliar o seu prestígio e legitimidade no interior das próprias aldeias; o domínio das práticas discursivas do mundo dos não índios contribui para redimensionar as relações sociais ancestrais,



redefinir a organização do poder local e fornecer subsídios para interpretação das novas condições sociais e políticas enfrentadas pela população indígena, frente ao avanço da globalização na Amazônia.

Na heterogeneidade que constitui o discurso dos líderes indígenas identificam-se vozes ativamente explicitadas pelos sujeitos. O manejo do discurso autorizado da saúde é um meio de ampliar a legitimidade no âmbito da comunidade. Junto às instituições de saúde a legitimidade é garantida através do conhecimento das leis e regras que apoiam a participação em saúde, do acesso à linguagem escrita do discurso formal dessas instituições e às leis que apoiam o direito à diferença étnica. Mais recentemente as lideranças vem disputando com os Antropólogos o monopólio dos saberes sobre a cultura indígena, sendo freqüentes as falas do tipo: "Não precisamos de antropólogos para falar a nosso respeito; quem entende da nossa cultura somos nós!".

O discurso negado mais importante é o da conversão missionária. Muitas lideranças de origem católica se opõem fortemente ao domínio exercido pelos religiosos, rejeitando ostensivamente as mensagens daí originadas. Esta relação conflituosa apareceu nitidamente nos momentos de construção das estratégias educativas em saúde para controle das DST/AIDS; as lideranças propuseram a elaboração de materiais educativos com mensagens explícitas sobre as formas de transmissão das DST. Segundo eles, era necessário se afastar da hipocrisia dos padres, no que diz respeito à abordagem da sexualidade, que só teria causado dano e desconfiança nas relações interpessoais.

Apesar desta negação objetiva, as vozes implícitas da Igreja Católica permanecem ativas na cena social rionegrina. Uma das vias privilegiadas de sua expressão são as prescrições de higiene. Em quaisquer discussões sobre a melhoria da saúde, as lideranças invariavelmente repetem que é necessário que as pessoas tomem banho, cortem as unhas, tampem a comida e lavem as vasilhas. Ora, tais representações são reproduções do discurso autoritário do higienismo, que remete para os indivíduos toda a responsabilidade/culpa pelas más condições de saúde, excluindo qualquer discussão sobre as determinações sociais do processo de adoecimento. Esta predominância da higiene soa incongruente no discurso de lideranças que reivindicam um maior envolvimento das instituições de governo no exercício de medidas coletivas de controle das doenças.



A observação participante mostra ainda, que o dito é distinto do feito; as pessoas não seguem as regras de higiene da sociedade nacional, praticando rituais mais congruentes com as concepções tradicionais de limpeza/pureza e sujeira/impureza. A persistência do discurso higienista o caracteriza como um discurso fundador¹⁰ (Orlandi, 1993) que integra as representações dos colonizadores sobre os índios, que por sua vez as incorporaram, reconhecem seu caráter depreciativo e precisam negá-las sempre que emergem discussões sobre estilos de vida. Recomendar as regras de higiene é uma forma de afastamento do estigma de selvagem, inculto, que os índios carregam desde os primeiros dias de contato e que se reafirma quotidianamente no autoritarismo do processo educativo. A afirmação da identidade étnica coexiste com o desejo de incorporação de modos de ser e viver dos “brancos”.

90 A ambigüidade que permeia as representações dos índios sobre si mesmos se manifesta em outros campos, como o a luta pelos direitos étnicos. A fala das lideranças ora os situa como seres desvalidos e espoliados pela maldade e ganância dos “brancos”, ora como detentores de saberes sobre a natureza e sobre formas de organização social superiores àquelas vigentes nas sociedades não indígenas. Estas últimas representações tem sido consideravelmente reforçadas com o crescimento das propostas ambientalistas que, no bojo da Globalização tem alçado os índios à condição de interlocutores privilegiados nos debates sobre a preservação da Amazônia.

As lideranças trabalham ativamente para se apropriar da linguagem institucional dos órgãos de governo e entidades de apoio à causa indígena e à ecologia. Observa-se a emergência de um discurso ecologista das lideranças indígenas, mas que tem estrutura e finalidades distintas do ecologismo praticado pelos militantes não índios, (Albert, 1995) e que lhes permite ocupar uma melhor posição numa correlação desigual de forças, estabelecendo alianças com grupos internacionais que podem ampliar seu poder de intervenção nas políticas do Estado brasileiro. Em tais situações as lideranças colocam, por assim dizer, entre parênteses suas diferenças interétnicas e suas representações míticas sobre a natureza, passando a adotar estratégias eficientes do mundo do colonizador, disputando ativamente espaços de poder no âmbito das relações transnacionais globalizadas, atropelando com certa freqüência os interesses das elites regionais. Tais estratégias nos remetem a um mosaico de formas complexas de articulação entre o tradicional e o moderno, que desmente as teorias simplificadoras de oposição simples entre ambos (Barbero, 1987).



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS “DOENÇAS DE BRANCO”¹¹

Num outro nível, observamos que a análise das representações sociais das doenças diarreicas do povo Baniwa, grupo de língua Aruaque que habita o Rio Içana, afluente do Rio Negro, remete a uma lógica explicativa de sua causalidade, que só pode ser compreendida no contexto da produção mítica.

O povo Baniwa distingue vários tipos de diarreia, todas unidas por uma explicação causal comum que remete aos seus mitos. De modo geral elas são provocadas pela ruptura (feita por homens ou por ancestrais míticos) de regras de comportamentos ditadas por pessoas mais velhas e/ou de regras tradicionais de higiene corporal e alimentar. Uma das variações do mito de criação da noite mostra que o surgimento da diarreia no mundo se deve à desobediência de Iaperikuli, ancestral criador no mundo; este ser, desobedeceu instruções do “dono da noite” e abriu um saco onde a noite era guardada estabelecendo uma era de trevas eternas. Para corrigir seu erro, o herói teve que provocar uma diarreia no morcego branco, guardião da noite, a fim de que o mesmo se descuidasse e Iaperikuli pudesse devolver a noite ao seu devido lugar, estabelecendo a sucessão de dias e noites, tal como existe hoje. Se a desobediência inicial de Iaperikuli gerou a noite eterna, a correção de seu erro desencadeou outro tipo de problema, o surgimento da doença que se perpetuou entre os homens.

A partir desta matriz explicativa, ligada à transgressão de regras de comportamento, os Baniwa classificam os diversos tipos de diarreia, associando-os à infração das regras de cozimento e purificação dos alimentos, ao não cumprimento de normas tradicionais de higiene e disciplina corporal, à ingestão de alimentos industrializados portadores da poluição oriunda do mundo dos brancos, a ação deletéria de feiticeiros que envenenam a comida e a água, etc... A investigação evidenciou que as informações sobre as diarreias com sangue¹² foram inseridas neste nicho classificatório e seu aparecimento foi atribuído, pelos informantes, a ação feiticeira dos “brancos” no processo de contato. Também aqui as prescrições higienistas encontraram muitos pontos de apoio nas representações tradicionais de doença dos Baniwa, cujos nexos explicativos do processo saúde-doença estão fortemente relacionados à ruptura das normas de controle das gerações mais novas pelos mais velhos; tal ruptura é considerada como elemento gerador de caos e por consequência de doença, que ameaça a ordem humana e cosmológica.



Representações sociais sobre a tuberculose expressam a forma totalizante que pode assumir a polissemia discursiva no Alto Rio Negro. Os informantes não desconhecem que a tuberculose é causada por uma bactéria, que está ligada às más condições de vida, que é transmissível pela tosse do doente e que é um dos subprodutos desagradáveis do contato. Por outro lado, nas suas representações, a transmissão da tuberculose está intimamente associada à ingestão de Caxiri¹³ em vasilhame de uso coletivo nas festividades; reproduz-se aqui o discurso culpabilizante dos missionários, associando-se a transmissão da doença à punição do “pecado” de realizar rituais tradicionais. Entretanto estas representações encobrem um outro nível mais profundo de interpretação, no qual as doenças são manifestações de conflitos sociais e/ou com entidades sobrenaturais; assim a Tuberculose é também uma conseqüência de ataques mágicos de feiticeiros à pessoas enfraquecidas pela rupturas de tabus alimentares, que remetem a conflitos com a ordem da natureza.

Enunciados sobre tuberculose representam simultaneamente diversos níveis de explicação do real, cujas nuances são enfatizadas segundo a intencionalidade e as posições que o sujeito enunciante ocupa na sua própria cultura e nas relações interétnicas. Elas variam segundo o contexto de enunciação e a conjunção das relações de interesse e poder travadas naquele momento histórico específico. Estas diversas explicações causais não são excludentes entre si, ao contrário constituem um conjunto harmônico de diversos níveis de causalidade que partindo da microbiologia como patamar explicativo mais simples, chega até as causas últimas, geradas pelos conflitos cosmológicos (Zempléni (1985-2)).

Uma última referência pode ser feita em relação ao papel da Televisão, na circulação de um tema que vem sendo alvo de sucessivas campanhas educativas do governo brasileiro, o controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. A pesquisa evidenciou que todos os informantes já tinham recebido informações sobre o tema, mas tinham dificuldade em enunciar discursos sobre as informações da mídia; a característica destas mensagens, elaboradas para consumo urbano, limitou seriamente a sua compreensão pelos índios, não dispunham de pontos de inserção na realidade concreta das aldeias, capazes de subsidiar sua ancoragem.

A AIDS circula como informação isolada, que ainda não se tornou objeto de representações sociais organizadas; não encontramos no momento um conjunto de valores e juízos sistematizados sobre a doença. Já a idéia de



epidemia de AIDS foi mais facilmente processada; o genocídio potencial por ela representado, foi facilmente ancorado na lembrança de outras tragédias decorrentes do contato, como as sucessivas epidemias de sarampo e varíola que já assolaram a região. A discussão do tema reagudizou vivências persecutórias, nas quais os informantes representaram a si próprios como vítimas das agressões mágicas dos brancos, de forma análoga ao que ocorreu no passado. Além disso, a eclosão de uma doença de características tais fatais foi associada à idéia de graves perturbações na ordem cosmológica demandando grandes esforços xamanísticos para reparar a ordem ameaçada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As explicações causais da biomedicina são ancoradas pelos informantes no contexto explicativo de sua cosmologia, que opera como “sistema de acolhimento” dos novos saberes (Sá, 1998). O pensamento tradicional propicia a base de consenso promovendo interações entre o tradicional e moderno, atribuindo sentido às transformações trazidas pelo contato bem como suas conseqüências para a saúde. Na elaboração destas estratégias observa-se a conjugação de elementos afetivos, cognitivos e de relações de comunicação, de obrigações, obediência e reciprocidade que afetam a realidade material e simbólica deste povo (Jodelet, 1989).

O domínio de conteúdos de biomedicina pelo Agentes de Saúde tem ampliado seu prestígio nas comunidades, e contribuído para um redimensionamento do papel das gerações mais novas, tradicionalmente controladas pelos idosos. Por seu maior domínio sobre o mundo dos brancos os jovens passam a mediar as relações entre os dois mundos, negociando com agentes da sociedade nacional e recebendo atribuições de tornar inteligíveis (e mais favoráveis aos índios) as regras e prescrições da biomedicina e das rotinas burocráticas de instituições que influenciam na vida cotidiana. As práticas discursivas expressam um processo simultâneo de transformação e preservação de grupos culturalmente diferenciados.

O pensamento tradicional também faz ainda, uma mediação fundamental nas relações entre humanos e natureza. Uma das diferenças essenciais nas formas de operar do pensamento tradicional em relação ao pensamento científico é a ausência de autonomia dos campos sociais, todos subsumidos ao campo religioso e do parentesco (Godelier, 1981). As



representações tradicionais de saúde e doença são portanto, parte integrante das representações cosmológicas que regem as relações dos homens com a natureza, transfigurada em seres sobrenaturais. A reprodução de tais saberes depende essencialmente das redes de memória do grupo e se reproduz nas malhas das relações de parentesco, de forma cotidiana, sem espaços formalizados de aprendizado, já que os rituais de passagem foram abolidos há décadas atrás.

Como o discurso da biomedicina pressupõe uma ruptura com o campo religioso e obedece a formas de organização distintas daquelas que compõem o pensamento mítico, os Agentes Indígenas de Saúde e as Lideranças de Organizações Indígenas tem que empreender um complexo processo de transposição de produções de um campo social (o da biomedicina) autônomo e portador da lógica própria dos saberes reificados, para inseri-las em um indiviso campo religioso que tudo subsume. Tais operações são necessárias para que eles possam manter suas redes de comunicação com os outros membros da comunidade que tem menor contato com as produções discursivas dos "brancos". Se tomarmos a linguagem como ação social poderemos observar os líderes indígenas produzindo ativa resignificação das distintas lógicas de cada campo social com os quais interagem e efetuando modificações em seu interior.

94

Existem diversos circuitos de circulação das informações sobre saúde, como a escola, os esparsos veículos de comunicação de massa distribuídos em algumas aldeias, as relações de parentesco, as viagens até as cidades mais próximas, etc.; vamos analisar porém, apenas os mecanismos que exercem pressão de inferência sobre a circulação dos discursos enunciados pelas jovens lideranças.

A ausência de ações sistemáticas de saúde nas aldeias propicia o surgimento de doenças graves que podem evoluir para a morte. Nestas condições a angústia e a perplexidade das pessoas desencadeiam pressões sobre os "especialistas" de doença; como os saberes tradicionais já são partilhados nas comunidades ou contam com especialistas locais, o maior grau de desconhecimento recai sobre as nuances das "doenças de branco".

Nas situações de crise os Agentes de Saúde, detentores de saberes sobre a "medicina do branco", sofrem severas pressões para elaborar uma explicação adequada para os episódios de doença. Através deste processo eles passam a contar com uma platéia atenta e interessada, capaz de promover a circulação



de suas representações sociais de doença e cura, sistematizadas, como já vimos, a partir de diversos nexos explicativos contraditórios e interativos entre si. Neste sentido os Agentes de Saúde operam como um canal privilegiado de disseminação de informações de representações biomédicas de saúde e doença; as representações produzidas neste processo não são produções individuais ou subjetivas, mas a resultante deste complexo de interações entre lógicas e saberes distintos que confluem para situações singulares que expressam a totalidade da vida social e que contribuem para transformá-la.

NOTAS

¹ Doutoranda em Antropologia pela UNICAMP. Professora da Universidade do Amazonas. Coordenadora do Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena (RASI) e-mail: garnelo@netium.com.br

² O conceito de comunidade discursiva está sendo utilizado para se referir ao conjunto de atores sociais que enunciam discursos e disputam a hegemonia de sentidos no espaço social onde tais discursos circulam (Araújo, 1997).

³ Cuidados Primários de Saúde foram conceituados pela Organização Mundial de Saúde como um conjunto de medidas simples e eficazes, capazes de reduzir os índices de adoecimento e morte nas populações de baixa renda. Entre as ações de Cuidados Primários de Saúde podemos citar Vacinação, Controle das Doenças Transmissíveis e das Diarréias, Educação em Saúde, Saneamento Básico, etc..

⁴ Semiologia dos discursos foi caracterizada por Araújo (1993), como a "ciência que estuda os fenômenos sociais como fenômenos de produção de sentido". Baseada em Bakhtin (1992) a mesma autora afirma que "as relações sociais são o locus da produção de sentido e ocorrem em determinadas condições históricas, culturais e políticas, sendo mediadas por instituições, uma e outras exercendo coerções sobre o processo de significação" (Araújo, 1993: 91).

⁵ Para Bakhtin (1992) o campo discursivo é um espaço de confrontos, onde os atores sociais tentam tornar hegemônicas suas posições; as práticas discursivas são as estratégias construídas pelos sujeitos para atuar no campo discursivo. No Alto Rio Negro uma das principais características destas práticas é a apropriação do discurso autorizado, a fim de melhor competir na arena social. Esta premissa teórica é essencial para a superação do paradigma funcionalista de comunicação; as pessoas não mudarão seus comportamentos em função da qualidade da mensagem educativa; elas podem se apropriar do conteúdo de tais mensagens em suas práticas discursivas para aprimorar sua capacidade de intervenção na cena social e não para cumprir os desígnios e prioridades do educador. O discurso sanitário é uma prática discursiva entre tantas outras e terá que competir com outros discursos sobre saúde, emitidos por outros atores sociais; nada garante sua hegemonia "a priori".

⁶ O conceito de "ancoragem" foi cunhado por Moscovici (1981) para expressar um processo do pensamento que consiste em classificar, nomear e inteligir, a partir de categorias, imagens e juízos já conhecidos, aquilo que é novo e desconhecido para o sujeito.

⁷ As Organizações Indígenas são fenômenos recentes na sociedade brasileira, existindo poucos estudos sobre as mesmas. Ricardo (1995) e Monteiro (1996), estudaram o tema, no âmbito do Brasil com certa ênfase em relação ao Alto Rio Negro. Dentre as principais características destas organizações observa-se a utilização, pelos índios, de estratégias organizativas próprias das sociedades nacionais, assemelhadas aos sindicatos. Sua direção costuma ser exercida por pessoas jovens cujo foco principal de luta se dá no contexto das relações interétnicas na busca de maior autonomia de decisão na política indigenista e na conquista de direitos sociais. Os mesmos autores identificam certos níveis de tensão entre estas lideranças "modernas" e as hierarquias tradicionais, promovendo um redimensionamento na própria noção de identidade étnica.



⁸ Mercado Simbólico segundo Verón(1980) é o espaço social onde os discursos concorrentes expressam posições, onde os atores negociam sentidos e poder, gerando-se uma alternância de posições sociais e práticas discursivas, que ora ocupam posições centrais ora periféricas, dependendo das relações de poder /saber, nos distintos níveis de articulação das relações sociais.

⁹ Polissemia discursiva é a característica de cada prática discursiva conter em si própria os múltiplos discursos que a compõem, em função de sua trajetória história e de suas posições na cena social.

¹⁰ Nas áreas controladas pelos missionários católicos, um dos maiores focos de tensão e violência se deu em torno da decisão missionária de abolir os costumes tradicionais dos índios, que envolviam atividades coletivas, como a morada em malocas, as festas, os ritos de passagem, etc. Um dos principais argumentos utilizados pelos missionários era o que tais práticas propiciavam a transmissão de doenças, que poderiam ser evitadas pela adoção de moradias por famílias nucleares, a abolição da ingestão coletiva de bebidas fermentadas, etc. Os missionários cultivaram ativamente a assimilação da idéia de sujeira, doença e barbárie à prática de ritos tradicionais e impunham com violência física e simbólica, tais representações às crianças internas compulsoriamente nas suas escolas. Tais crianças são os adultos de hoje. Neste contexto se geraram e se reproduzem as idéias sobre higiene; suas características na cena social investigada, credenciam o higienismo como Discurso Fundador, isto é aquele que funciona como referência básica no imaginário dos sujeitos sociais (Orlandi, 1993).

¹¹ Gallois(1991) problematizou este conceito, demonstrando que não existe uma ruptura no sistema etiológico indígena para explicar as doenças oriundas do contato. A autora demonstra que eclosão das chamadas “doenças de branco” provoca a inserção de conceitos e juízos gerados pelas novas patologias, no conjunto de explicações tradicionais de doença previamente existentes no interior de cada cultura indígena. Partilhamos a opinião da autora, mas preservamos o termo “doença de branco” por ser de uso corrente tanto entre os índios quanto na literatura.

¹² Este tipo de diarreia em geral costuma ser provocado por infecção por amebas e se trata de doença ligada às más condições de saneamento; a freqüência destes quadros deve ter aumentado ao longo dos anos de contato, que favoreceu uma maior sedentarização da população e um aumento da densidade demográfica de muitas aldeias, gerando problemas quanto ao destino dos dejetos. A maior mobilidade da população nos tempos antigos resolvia por si só os problemas de saneamento básico.

¹³ Bebida fermentada utilizada nos rituais tradicionais na região.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERT, Bruce. *O Ouro Canibal e a Queda do Céu: Uma Crítica Xamânica da Economia Política da Natureza*. Brasília. Ed. UNB, 1995, Série Antropologia.

ANDEZIAN,S. “Nouvelles représentations de la santé et de la maladie: la dialectique entre traditions et modernité” in: RETEL-LAURENTIN, Anne (coord.). *Etiologie et Perception de la Maladie*. Ed. Hármattan, Paris, 1997.

ARAÚJO, Inesita, *A Reconversão do Olhar*, Diss. Mestrado, UFRJ, RJ, 1995.

_____. *A Batalha do Alto Rio Negro*, Texto apresentado ao GT de estudos do Discurso, para a 6ª reunião da COMPÓS, 1997.

_____. *A Dupla Ilusão. Uma leitura possível das relações discursivas entre brancos e índios*. Texto apresentado ao GT de Comunicação e Etnia, no XXI Congresso Brasileiro de Ciências de Comunicação, INTERCOM/98.

ATHIAS,R., *Análise das Representações de Doenças Contagiosas entre os Hupdë-Maku do Alto Rio Negro (Amazonas)*, mimeo, 17 pp.



- AUGÉ, Marc. "L'Anthropologie de la Maladie" in: *L'Homme*. XXVI(97-98):81-89, 1986.
- BAKTHIN, Mikhail . **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. HUCITEC, SP, 1992.
- BARBERO, Jesus M. **De los Medios a las Mediaciones: Comunicación Cultura y Hegemonia**. Ed. Gustavo Gilli. Barcelona, 1987.
- BATALLA, Guillermo Bonfil. "Las Nuevas Organizaciones Indigenas (Hipotesis para la Formulación de un modelo analítico). ,In: **Indianidad y Descolonización en America Latina**. Ed. Nueva Imagen, Mexico, 1979
- BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Ed. DIFEL, Lisboa, 1989.
- BUCHILLET, Dominique. **Contas de Vidro, Enfeites de Branco e "Potes de Malária"**, Ed. UNB, 1995.
- _____. **Os Índios da Região do Alto Rio Negro: História, etnografia e situação de terras**. Brasília, 79pp. 1991 (mimeo).
- _____. **Malladie et Memoire des origenes chez les Desana du Uaupes (Brésil)**. Tese de Doutorado, Universidade de Paris, Nanterre, 1981 (mimeo).
- _____. "Interpretação de Doença e Simbolismo Ecológico entre os Índio Dessana". *Rev. Mus. Para. Emilio Goeldi. (série Antropologia)*, 4(1), Belém, 1988.
- _____. **Pari Cachoeira: o laboratório Tukano do Projeto Calha Norte**. CEDI/Aconteceu Especial, Povos Indígenas do Brasil 1987/88/89/90/91, 18:107-115.
- CHERNELA, Janet M. "Estrutura Social do Uaupés", **Anuário Antropológico 81**. Ed. Tempo Brasileiro/ UFC.RJ, 1983.
- FAUSTO NETTO, Antônio. "Percepções acerca dos campos da saúde e da Comunicação", In: PITTA, Aurea R.(org.), **Saúde e Comunicação: Visibilidades e Silêncios**. Ed. HUCITEC/ ABRASCO, SP, 1995.
- GALLOIS, Dominique. "A Categoria Doença de Branco: Ruptura ou Adaptação de um Modelo Etiológico Indígena?", in: **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Ed. CEJUP/MPEG/UEP. Belém, 1991.
- GARNELO, Luiza, **Representações Sociais e Saúde Indígena**. Texto preparado para o I Curso de Atualização em Saúde Indígena. Manaus, 1995, 15pp.
- _____. **Representações sobre DST/AIDS no Alto Rio Negro. Aspectos Preliminares**. Texto apresentado no I Encontro da Região Sul/Sudeste para controle das DST/AIDS em área indígena, Londrina, 8 pp.
- _____. "Lutas e Políticas de Saúde no Alto Rio Negro", in: **Anais do I Simpósio dos Povos Indígenas do Rio Negro: Terra e Cultura**. Ed. Universidade do Amazonas, 1997:35-52.
- GRIZE, Jean-Blaise. "Logique naturelle et représentations sociales". " in: JODELLET, D. (org.). **Les Représentations Sociales**. Ed. PUF, Paris, 1989.



GODELIER, Maurice. "Mito e História: Reflexões sobre os Fundamentos do Pensamento Selvagem", in: **Horizontes da Antropologia**. Ed. 70, Lisboa, 1973.

_____. **Godelier**. Ed. Ática, SP, 1981.

JACKSON, Jean. "Cultura Genuine and Spurious: The politics of Indianness in the Vaupés, Colombia". **Am. Ethnologist**, 1995 a. 22, 1:2-27.

_____. "Preserving Indian Culture: Shaman schools and ethno-education in the Vaupés, Colombia". **Cultural Anthropology**, 1995 b 10,3: 302-329.

JODELET, Denise. "Représentations sociales: un domaine en expansion", in: **Les Représentations Sociales**. Ed. PUF, Paris, 1989.

JOVCHELOVITCH, Sandra e GUARESCHI, Pedrinho (orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Ed. Vozes. Petrópolis, 1984.

LAPLANTINE, François. "L'Ethno-médecine Propositions thématiques et théoriques" in: RETEL-LAURENTIN (org.). **Une Anthropologie Médicale en France?** Ed. CNRS, Paris, 1983.

_____. "Des représentations de la maladie et de la guérison à la construction de modèles étiologiques et thérapeutiques" in: RETEL-LAURENTIN (org.). **Ethiologie et Perception de la Maladie**. Ed. L'Harmattan, Paris, 1987.

_____. "Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie" in: JODELET, D. (org.) **Les Représentations Sociales**. Ed. PUF, Paris, 1991.

MOSCOVICI, Serge. "Des Représentations collectives aux représentations sociales" in: JODELET, D. (org.). **Les Représentations Sociales**. Ed. PUF, Paris, 1989.

LEVI-STRAUSS, Claude. **O Pensamento Selvagem**. Comp. Edit. Nacional. SP, 1976.

NIMUENDAJU, K. "Reconhecimento dos rios Içana, Ayari e Uaupés (1927)", in: **Textos Indigenistas**, Ed. Loyola, SP, 1982.

OLIVEIRA, Ana Gita. **O Mundo Transformado. Um estudo da cultura de Fronteira no Alto Rio Negro**. Ed. MPEG/PR/MCT/CNPq, Belém, 1995.

ORLANDI, Eni P., **O Discurso Fundador: A Formação do País e a Construção da Identidade Nacional**. Pontes, Campinas, 1993.

_____. "Uma Retórica do Oprimido: O Discurso dos Representantes Indígenas", in: **Terra à Vista – Discurso do Confronto: Velho e Novo Mundo**. Cortez/UNICAMP, SP, 1990.

PITTA, Áurea R., "Interrogando os Campos da Saúde e da Comunicação: Notas para o Debate", In: PITTA, Áurea R. (org.), **Saúde e Comunicação: Visibilidades e Silêncios**. HUCITEC/ABRASCO, SP, 1995.

SÁ, Celso P. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Ed. UERJ, RJ, 1998.

SPINK, Mary J. "O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial" in: **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9(3):300-308, 1993.



_____.(org.). **O Conhecimento Cotidiano.As representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social**. Ed. Brasiliense, SP, 1995.

VERÓN, Eliseo. **A Produção do Sentido**. Cultrix/USP. SP, 1980.

WRIGHT, Robin. **History and religion of the Baniwa People of the upper Rio Negro Valey**. Tese de Doutorado, 1981 (mimeo).

_____. "História indígena do noroeste da Amazônia: hipóteses, questões e perspectivas", in: CARNEIRO DA CUNHA, M. (org.) **História dos Índios no Brasil**, Ed. Companhia das Letras, SP, 1992.

ZEMPLÉNI, Andras. "La Maladie et ses Causes", in: **L'Ethnographie**, LXXXI (96-97):13-44,1985-2

_____. "Entre 'Sickness' et 'Illness': de la Socialisation e l'Individualisation de la 'Maladie', in: **Soc.Sci.Med.** 27(11):1171-1182, 1988.