

Ministério da Saúde

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

**O Saber Popular e o Saber Médico-científico na
Construção Coletiva, Democrática e Cidadã do Sistema
Único de Saúde**

Aluno: Lucas Zelesco

Rio de Janeiro
Dezembro de 2005

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

**O Saber Popular e o Saber Médico-científico na
Construção Coletiva, Democrática e Cidadã do Sistema
Único de Saúde**

Monografia apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio para a conclusão do
Curso Técnico de Gestão em Serviços de Saúde

Aluno: Lucas Zelesco

Orientadora: Professora Adriana Geisler

Co-orientadora: Professora Ana Lúcia Abrahão

Rio de Janeiro

Dezembro de 2005

Ofereço esta monografia a Deus.

Agradeço à minha mãe, que me ajudou a escrever a monografia.

Agradeço também à Adriana que me orientou e que me deu muitos textos para ler; e à Ana Lúcia, que me deu grandes ajudas.

Agradeço aos meus amigos gestores Fernanda, Anna e Rodolfo.

Agradeço à Juliana, minha “chefe” de estágio, que sempre me ofereceu todo o apoio que eu poderia precisar, e que é muito legal.

Agradeço à Gestora Honorária Simone, por toda a ajuda que me deu; e à Amiga do Gestão Vanessa, pelo mesmo motivo.

Agradecimentos especiais à bibliotecária do Museu do Índio, minha mãe, que me emprestou livros em primeira mão, que praticamente definiram o rumo de minha pesquisa.

Agradecimentos a todos os meus outros amigos, que agradecerei pessoalmente, quando for a hora, por todo o apoio e a ajuda que me deram (mesmo sem saber).

In memoriam: Clive Staples Lewis, Platão, Oscar Wilde, Sir Arthur Conan Doyle, Machado de Assis e Charles Dickens.



- Sou Ramandu. Mas vejo que se entreolham admirados e percebo que nunca ouviram este nome. Não é para menos, pois quando deixei de ser estrela vocês ainda não existiam, e depois disso todas as constelações mudaram.

(...)

- No nosso mundo – disse o judicioso Eustáquio – uma estrela é uma enorme bola de gás inflamável.

- No nosso também, meu filho, mas isso é de que uma estrela é feita, não o que ela é.

(As Crônicas de Nárnia – A Viagem do Peregrino da Alvorada, páginas 357 e 358, C.S. Lewis, 2002)

RESUMO

Esta pesquisa tem como ponto de estudo a análise de como o saber popular, compartilhado pelos usuários do sistema de saúde, interage na prática com o saber médico-científico, de marca fortemente presente em nossa sociedade, admitindo-se que é a partir da multiplicidade e das trocas entre os saberes que abre-se a possibilidade a uma construção democrática, participativa e cidadã do Sistema Único de Saúde.

Através da análise de um episódio concreto de inserção e participação social de usuários no SUS, faz-se um estudo de caso, onde é apresentada a experiência conjunta das etnias Baniwa e Kuripako, que em um complexo e cuidadoso processo de negociação e pactuação com equipes de agentes indígenas de saúde, conceberam o Projeto Trienal de Medicina Tradicional do Povo Baniwa e Kuripako, criado como uma alternativa frente à baixa qualidade do atendimento à saúde que era então oferecido pelos órgãos públicos responsáveis pela assistência.

Com isso aqui é mostrada a importância de uma assistência de qualidade, que seja voltada para as peculiaridades culturais das regiões onde o SUS está presente, a fim de que se cumpra a demanda cada vez maior de participação comunitária dos usuários em uma nova gestão do SUS.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I - UM SUS EM CONSTRUÇÃO: LEGISLAÇÃO E INSTRUMENTOS DE GESTÃO COLETIVA	8
CAPÍTULO II – SABER POPULAR E SABER MÉDICO-CIENTÍFICO: A EFETIVA PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO	16
CAPÍTULO III – ESTUDO DE CASO - Trienal de Medicina Tradicional do Povo <i>Baniwa</i> e <i>Kuripako</i>	26
CONCLUSÃO	38
BIBLIOGRAFIA	39

INTRODUÇÃO

As tendências atuais do SUS apontam para uma necessidade cada vez maior da participação da comunidade dos usuários em uma nova gestão democrática, participativa e cidadã do SUS. Esta pesquisa consiste em uma análise de como se dá a inserção do saber popular que é trazido pelos usuários no sistema de saúde e suas relações com o saber médico-científico fortemente presente na cultura do ambiente hospitalar, a fim de que se busquem oportunidades para efetivamente pôr em prática a construção de um caminho que leve através da participação ativa de todos os atores à humanização do Sistema de Saúde.

Em um primeiro momento são abordados aspectos referentes ao histórico do processo de construção e pactuação do SUS, juntamente com a legislação que regula a participação popular no mesmo. Assim busca-se construir um arcabouço teórico que situe o leitor em um lugar de onde seja possível compreender o contexto no qual admite-se a inserção do saber popular no contínuo processo de transformação do sistema de saúde.

Nesta perspectiva apresenta-se um estudo de caso, onde é narrada uma experiência na qual lideranças das etnias *Baniwa* e *Kuripako*, juntamente com uma equipe de agentes indígenas de saúde, conceberam o Projeto Trienal de Medicina Tradicional do Povo Baniwa e Kuripako, que surgiu como uma alternativa frente à baixa qualidade do atendimento à saúde que era então oferecido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

O principal objetivo do Projeto Trienal de Medicina Tradicional do Povo Baniwa e Kuripako era a capacitação de agentes indígenas de saúde para o uso da própria medicina tradicional. Porém, como enfatizam as lideranças, isso não significa prescindir dos serviços oficiais de saúde, ao contrário, o acesso a uma assistência de qualidade e voltada para a peculiaridade cultural de cada povo continua sendo uma de suas principais reivindicações.

Deste modo, é como fator de capital importância que o potencial da relação saber popular – saber médico-científico no SUS mostra-se atualmente, uma vez que os diversos conhecimentos que são trazidos pelos atores inseridos no SUS contribuem de modo único na formação de um caminho para a melhoria da qualidade do sistema, sendo esta entendida como o fruto de uma construção coletiva, onde as etapas dos processos de saúde são pensadas por usuários, gestores e trabalhadores.

CAPÍTULO I - UM SUS EM CONSTRUÇÃO: LEGISLAÇÃO E INSTRUMENTOS DE GESTÃO COLETIVA

A saúde no Brasil registra um histórico de desigualdade e exclusão social, com o acesso e usufruto dos serviços de saúde restrito àqueles que pudessem pagar um médico “doutor” ou àqueles que porventura conhecessem algum curandeiro, boticário ou rezador honesto e capaz de tratar a enfermidade que afligisse o indivíduo. Durante um longo período de tempo, praticamente os primeiros 400 anos de nossa história, foi deste modo que o acesso à saúde se dava, e aqueles que não possuíam recursos suficientes estavam, na realidade de fato, impedidos de receber atendimento médico.

No início do século XX tal situação começou a ser alterada, pois devido à péssima condição higiênica do Rio de Janeiro, a então capital federal, muitos dos navios estrangeiros que vinham ao porto da cidade para fazer comércio contaminavam-se por doenças tropicais infecciosas, das quais vinha a morrer mais tarde boa parte da tripulação. Com isso a cidade, principal escoadouro de produtos de várias regiões do país, passou a ser temida e evitada pelos navios mercantes, o que acarretava grave prejuízo para a economia agroexportadora nacional.

Como recurso para o problema do saneamento urbano foi executada uma grande revitalização da cidade no período 1903-06, levada a cabo pelo então prefeito do Rio de Janeiro, o engenheiro Pereira Passos, que veio com uma proposta modernizadora, que para ser cumprida terminou por resultar na derrubada de diversos cortiços e casas, para o alargamento de ruas e a construção de grandes avenidas como a Avenida Central (desde 1912 Avenida Rio Branco) e a Avenida Beira-mar. Tais reformas modificaram profundamente o cenário da cidade, e contribuíram bastante para as novas políticas públicas de saúde elaboradas pelo sanitarista Oswaldo Cruz.

Este foi nomeado pelo presidente Rodrigues Alves como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, com a missão de eliminar as doenças que prejudicavam o desenvolvimento da capital e do país, tendo como principal diretriz a erradicação da febre amarela. Utilizou para isso uma política que ficou conhecida como Modelo Campanhista de Atenção à Saúde, pois as medidas sanitárias – esterilização de ambientes, extermínio de vetores, vacinação – eram realizadas dentro de uma concepção rígida e militar, havendo uma obrigatoriedade de abordagem de toda a população.

Neste modelo as ações eram muitas vezes executadas com o emprego da força policial, esta justificada pela autoridade do Estado e legitimada pela necessidade de novas condições para o desenvolvimento econômico do país. Tais atitudes contribuíram para gerar um profundo sentimento de descontentamento por parte da população, que em 1904 saiu às ruas no movimento conhecido como Revolta da Vacina.

Nas décadas posteriores, devido à economia basicamente agrária de exportação, havia a necessidade de uma política de saneamento destinada aos espaços de circulação das mercadorias, com o controle e a erradicação das doenças que prejudicassem o comércio. Assim, optou-se por dar continuidade a tal modelo, ampliando-o através da criação de órgãos especializados no combate à tuberculose, à lepra e às doenças venéreas, e da criação da propaganda e educação sanitárias.

A expansão da economia agrária cafeeira trouxe consigo, além de uma maior urbanização do país, os imigrantes europeus, que já conheciam uma tradição das bases do direito trabalhista e da história do movimento operário. Com isso passaram a lutar por melhores condições de trabalho, como férias, jornada de trabalho definida e aposentadoria, e em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, que é vista como o início da previdência social no Brasil, uma vez que através desta foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), um sistema no qual operários, empresas e consumidores dos serviços custeavam mensalmente uma contribuição para a CAP da empresa, que provia, além de aposentadorias e pensões, também serviços funerários e médicos.

Durante o Estado Novo (1937-45), ocorre a regulamentação da justiça do trabalho e a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) havendo um movimento por parte do Estado para extensão dos benefícios previdenciários a todas as categorias do operariado, passando o sistema das CAP's, a partir de 1933, a ser substituído gradativamente pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's), que possuíam como diferencial serem os trabalhadores organizados por categoria profissional e não mais por empresa.

Ao converter uma organização da sociedade civil em estrutura do Estado, o controle deste passou a se dar de forma muito mais ativa na área previdenciária, e os IAP's não puderam manter o caráter participativo particular das CAP's, de modo que por fim os trabalhadores foram excluídos da gestão dos institutos.

A intervenção estatal provocou mudanças também no sistema de financiamento que era até então adotado, passando a receita dos IAP's advir, além da contribuição das empresas

e dos empregados, de uma contribuição da União (contribuição tripartite) com os recursos sendo geridos pelo Estado.

Nos anos 50, a urbanização dos grandes centros gerou um acréscimo da população trabalhadora assalariada, portanto com direito aos benefícios previdenciários, e esta passou a apresentar, devido a transformações que vinham se processando no ambiente das cidades nas últimas décadas, uma premente necessidade de assistência médica individual, fugindo do sanitarismo campanhista até então realizado no país, de modo que os IAP's passaram a destinar grande parte de seus recursos à assistência.

Assim, a um aumento da demanda e prestação de serviços não se seguiu proporcionalmente uma ampliação da arrecadação, levando tal discrepância a uma crise financeira do sistema previdenciário. Com a finalidade de regulamentar os benefícios distribuídos, em 1960 foi promulgada a Lei 3.807/60, conhecida como Lei Orgânica da Previdência Social, que especificamente estabelecia a unificação do regime geral da previdência social, abarcando todos os trabalhadores, exceto os trabalhadores rurais, empregados domésticos e quaisquer outros que já possuíssem um sistema próprio de previdência.

Com o golpe civil-militar de 1964, o poder foi centralizado a nível federal, e em 1967 o novo governo unifica todos os IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), excluindo por completo a participação dos trabalhadores na gestão do sistema, que passaram a cumprir meramente o papel de contribuintes financeiros, e pondo fim a um processo que vinha se arrastando desde 1941, dificultado principalmente por interesses políticos, uma vez que os IAP's eram grandes mananciais de votos.

A partir desse período, as mudanças na demanda assistencial configuram um novo modelo de saúde pública, que passou a ser conhecido como modelo médico-assistencial privatista, por seu caráter fundamentalmente assistencialista, e privilegiador da assistência médica individual especializada, em detrimento de uma saúde preventiva coletiva.

A partir da década de 1970, a previdência destaca-se pela extensão da cobertura de seus benefícios a uma parcela maior da população, originalmente não incluída na Lei Orgânica da Previdência Social, especialmente trabalhadores rurais e trabalhadores autônomos. No entanto isso criou condições nas quais o desvio de recursos foi facilitado, devido em parte aos vários convênios e contratos firmados com particulares, sem uma fiscalização por parte do INPS.

Como este se encontrava sobrecarregado devido ao rápido aumento da demanda, em 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS),

de modo que ao Ministério da Previdência e Assistência Social foram submetidos o INPS, agora responsável somente pelos benefícios e aposentadorias e o INAMPS, responsável pela organização e gerenciamento da assistência médica.

Deste modo cristalizou-se uma diferença estrutural entre a saúde assistencial, especializada e individual e a coletiva. A economia falida dos grandes institutos previdenciários terminou por propiciar uma nova crise econômica e financeira do sistema, que aliada a toda uma conjuntura política no país, fez com que intelectuais e políticos descontentes com o modo que o governo militar estava encaminhando a economia do país expressassem ativamente sua insatisfação, nos mais diversos setores.

Na saúde destacou-se o movimento conhecido como Reforma Sanitária, atuante principalmente a partir da segunda metade da década de 1970, e que possuía como principal frente de ação a formulação de um pensamento crítico na área. O movimento manteve um caráter de oposição ao regime ditatorial, e procurava implantar no Brasil metas para a saúde pública, tais como a Medicina Comunitária, o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), a detecção precoce de doenças, a ampliação da cobertura em uma rede regionalizada e hierarquizada quanto à complexidade, a integração entre as instituições e os organismos públicos e a participação comunitária.

A fim de concretizar uma solução firme para a longa crise da saúde, o governo lança uma série de projetos, que visam principalmente a criação de mecanismos que fortaleçam o sistema previdenciário e de saúde, e para tal, em outubro de 1980 é lançado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que não vinga por um recuo do próprio governo, que afirmou haver falta de recursos. Em seguida é lançado o Pacote da Previdência, que gerou mudanças tanto no âmbito financeiro do sistema quanto no estrutural, ao estabelecer um aumento na contribuição previdenciária para empregados e empregadores.

Porém foi na estrutura do sistema que ocorreram as principais mudanças propostas pelo Pacote da Previdência, como a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), para, principalmente, sanar os gastos com o setor saúde. É lançado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde (Plano CONASP), o qual se destacou sobretudo pela implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas se guiavam por princípios tais como: planejamento e controle sobre o sistema; universalidade, integralidade e equidade; regionalização e hierarquização dos serviços; descentralização e democratização, com participação da sociedade, através do controle social.

Com isso, foi dado um importante passo para a regionalização dos serviços a nível dos municípios, que passaram a receber recursos procedentes da Previdência, e com eles

desenvolver e realizar práticas de saúde locais e descentralizadas. O financiamento das AIS era feito em conjunto com o INAMPS e as Secretarias de Saúde, com fundo único para despesas tanto municipais quanto estaduais. As AIS proporcionaram um significativo avanço no que tange à ampliação da cobertura oferecida pelo INAMPS, cobrindo mais de 2.500 municípios e atendendo cerca de 90% da população brasileira (Oliveira e Teixeira, 1985).

Dando prosseguimento às mudanças na política de saúde no país, foi lançado o Decreto nº 94.657 de 20 de julho de 1987, que implanta o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), consolidador do sistema descentralizado de gestão, fortalecendo o poder nas secretarias estaduais e dando início ao processo de desarticulação do INAMPS.

Nesta época estava-se vivendo um período de grande turbulência no país, devido ao fim da ditadura e ao processo de transição de regime político. Várias ações de cunho democrático e participativo estavam sendo postas em prática, uma delas a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e na qual foram discutidos pontos-chave da saúde pública no Brasil, os quais mais tarde vieram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira.

Este foi levado à Assembléia Nacional Constituinte em 1987, e parte de seus pressupostos e significados estão presentes na Constituição Brasileira de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã” pelo caráter ativamente participativo que a população tomou em sua elaboração.

Pela Constituição brasileira de 1988 passou a ser assegurada a participação do usuário no SUS. Em seu artigo 198, inciso III, a Constituição da República prevê a participação da comunidade como uma diretriz para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

Para regulamentar essa atuação vem a Lei 8142/90 instituir as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde como instâncias colegiadas e privilegiadas na efetivação dessa participação. Diz a lei, em seu artigo 1º parágrafo 2º, que:

“Art. 1º §2º: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (grifo nosso).

Dando uma maior ênfase para a participação do usuário na gestão do SUS, continua a Lei Orgânica 8142/90:

“Art. 1º §4º: A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” e “Art. 4º, II: Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990” (grifo nosso).

Evidencia-se nesta Lei que a participação do usuário no SUS extrapola o controle social no que diz respeito à execução das políticas de saúde, ao mesmo tempo em que amplia a atuação deste ator na formulação de estratégias e políticas para a gestão.

Assim, desde a sua concepção até o momento atual, o SUS vem passando por diversas mudanças tanto de cunho político, como de cunho mais social. Os vários programas e campanhas de saúde implementadas até agora são exemplos de que o SUS está em construção e durante esse processo todo um modo de ser, pensar e atuar na gestão e na atenção à Saúde vem se consolidando.

É necessária, porém, a lembrança de que existe uma dinamicidade em qualquer relação humana, e a de que uma organização que lida com essa relação constantemente, como é o caso do SUS, deve acompanhar as tendências e exigências de seu público-alvo, de seus trabalhadores e do ambiente como um todo para melhor realizar suas propostas.

Atualmente, na saúde, as circunstâncias mostram que “a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro” (MS, 2000). Percebe-se que nas últimas décadas a ciência desenvolveu grandes avanços, traduzidos no campo da saúde pela erradicação de doenças, novos tratamentos e a descoberta da cura de males antes ditos incuráveis. Contudo este desenvolvimento não se observou de modo semelhante no campo das relações interpessoais dentro de uma organização, ou mesmo dentro de um sistema mais complexo.

Ainda predomina uma cultura que tende a individualizar (no sentido de criar um corpo, um indivíduo assim isolado e incapaz de “ver” o entorno) e isolar os atores, delimitando a cada um seu espaço e tarefas, sem direito ou necessidade de intervenção no “espaço” dos demais. Deste modo o trabalho é esvaziado de sua dimensão subjetiva, e quem o executa esquece o “por que?” de seus atos, passando a apenas executá-los; e de tal modo que o trabalho torna-se frustrante e alheio ao indivíduo alienado.

Essa relação fragmentadora do trabalho está presente na gestão do SUS, e destrói lentamente a interação ativa entre os vários profissionais da saúde, e entre estes e os usuários,

de modo que um trabalho em conjunto – que implica levar em conta e lidar com toda uma dimensão subjetiva dos sujeitos envolvidos – fica também impraticável. O atual modelo verticalizado de gestão em saúde dificulta a existência de atores, ou seja, de sujeitos que participem da construção do SUS. Nesse modelo alienante não há, e nem pode haver, uma construção coletiva. Para mudar e adaptá-lo às necessidades atuais que se apresentam no dia-a-dia é preciso ir a fundo e também renovar o modelo de gestão, atribuindo mais valor às práticas coletivas, ao trabalho em equipe e à subjetividade do outro.

Para exatamente garantir a participação dos atores foi pensada a Política Nacional de Humanização (PNH), que pode ser entendida como um conjunto de diretrizes que servem de guia para ações coletivas de saúde nas várias esferas e níveis do SUS. Sua configuração em relação à sociedade é transversal, ou seja, suas ações são fruto de uma construção coletiva, onde as etapas dos processos de saúde são pensadas por usuários, gestores e trabalhadores.

Portanto, a PNH vem com a proposta de, gradualmente, através de planos de metas e estratégias de ação, substituir o modelo vigente de gestão, onde, uma vez que este se revela programático e vertical, não há espaço para a construção coletiva de uma nova realidade. Em relação a este modelo, as principais demandas de mudanças dizem respeito a uma efetiva participação popular na organização do SUS, o que significa radicalizar o papel do usuário, ampliando ao máximo o controle social.

Para isso, antes de tudo, é necessário que se abra um espaço onde os três atores do sistema de saúde possam uma equitatividade efetiva no tocante às tomadas de decisão no SUS (co-responsabilidade). Esse espaço se constrói mutuamente no reconhecimento e na aceitação do outro, e no respeito à sua cultura e às suas peculiaridades. Na admissão do outro se abrem novas possibilidades de um trabalho em conjunto, que passa a ser caracterizado por uma troca de saberes, por um diálogo entre os diversos profissionais de saúde, enfim, por uma *transversalidade* que deve ser característica da de um sistema de saúde que se pretenda democrático e aberto à participação popular.

Com esta proposta de abertura à capacidade de criação e aplicação de outras formas de participação popular que não estejam explicitamente inscritas nas leis orgânicas 8080/90 e 8142/90, foi atribuída ao usuário uma participação com ares de “tomada de decisão”, sendo esse processo de ampliação da participação um meio e um fim para o estabelecimento de um SUS humanizado.

Meio, pois é somente com a participação ativa de todos os atores do sistema que a PNH pode seguir com sua proposta renovadora do sistema de saúde; fim por que um dos

pontos-chave da humanização é a participação dos usuários, logo não há como imaginar a manutenção de um SUS humanizado sem a presença firme e decisiva de seu público-alvo.

Essa presença ativa dos usuários que leva em conta ao mesmo tempo as necessidades sociais destes e suas aspirações relativas à saúde é manifestada através de diversos instrumentos de gestão coletiva, e por isso mesmo apenas utilizáveis quando transversais ao sistema de saúde. Esses instrumentos são tecnologias que, ao aumentarem o grau de coresponsabilidade dos diferentes atores, refletem na saúde uma necessidade nova de “mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (MS, 2003, p. 2), de modo que os usuários - já que a eles nunca foi atribuído um papel no qual realmente pudessem contribuir com o SUS - sejam estimulados a conquistar sua posição de protagonistas no sistema de saúde.

E é importante assinalar que o protagonismo que se busca nos usuários não pode ser encarado como um ponto a ser alcançado para solucionar um problema momentâneo, mas sim deve ser compreendido pela sociedade como um passo para a formação “de uma grupalidade que sustente construções coletivas” (MS, op.cit, p. 3), mantendo-se vinculada ao SUS. Para isso a autonomia individual e a consolidação de uma nova interação entre os sujeitos devem ser as bases subjetivas desse processo.

CAPÍTULO II – SABER POPULAR E SABER, MÉDICO-CIENTÍFICO: A EFETIVA PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO

A renovação do relacionamento entre os sujeitos e a partir de então a formação de uma grupalidade (Ministério da Saúde, 2003) capaz de produzir construções coletivas é, como foi exposto no capítulo anterior, um processo que está em função de dois pontos-chave, quais sejam, a autonomia individual e a interação entre os sujeitos. Por autonomia, entenda-se a capacidade de análise e de intervenção sobre as relações que se estabelecem entre as limitações dadas pelo contexto e pelas características inerentes e próprias e inerentes a cada sujeito (Campos, 2005). Autonomia individual é, portanto, a capacidade de dentro de limites definidos pelo ambiente saber intervir e criar novos espaços de negociação entre os sujeitos, sendo estes fatores fundamentais como bases subjetivas para a não reprodução de indivíduos capazes apenas de produzir bens e serviços, ignorantes de seu potencial de criação e intervenção nos processos, mas sim a formação de um coletivo, no qual cada indivíduo é sujeito ativo dos processos com os quais lida e é consciente de que o saber que porta consigo o legitima a atuar como um agente que modifica e inova o universo ao seu redor (Campos, 2005; Boltanski, 1989).

Para possibilitar esta intervenção sobre a realidade, a legislação brasileira apresenta dois mecanismos de controle social, os Conselhos e as Conferências de Saúde previstos na Lei 8.142/90, nos quais os três distintos atores – usuários, gestores e trabalhadores – têm a possibilidade de, através da discussão e da deliberação nos espaços adequados, intervir e modificar as ordens existentes.

Porém mesmo com esses instrumentos, nem sempre o usuário assume uma posição a partir da qual efetivamente modifique o sistema de saúde, isto em parte ocorrendo devido ao limitado grau de abertura que os Conselhos e as Conferências de Saúde proporcionam aos atores, pois suas possibilidades de ação estão já previamente definidas, e a comunicação entre eles, sujeita a canais específicos, os quais nem sempre são adequados ou respeitam a realidade de uma determinada população.

Por outro lado, a legislação da saúde prevê, como visto no capítulo anterior, uma abertura a outras formas de participação que não estejam explicitamente inscritas nas Leis Orgânicas, o que promove a valorização de uma gestão do sistema participativa e democrática, na qual todos os atores, a partir da realidade que vivem, são capazes de fazer a gestão e adequar às suas necessidades um SUS mais regional e humanizado.

Para isso é preciso uma mudança estrutural em alguns conceitos, como por exemplo o de Humanização, que se apresenta atualmente como um agregado de programas, expressando-se em ações fragmentadas e ligado às idéias de assistencialismo e paternalismo. É um conceito que, aplicado à realidade, se reduziu a alterações que não põem em xeque os modelos de atenção e de gestão, limitando-se a padronizar ações e repetir modos de funcionar, perdendo o movimento de mudança das práticas de saúde que foi característico da Reforma Sanitária, paralisando e reproduzindo um conceito já exposto de forma sintomática, adquirindo o aspecto de um conceito-sintoma (Benevides e Passos, 2005).

Em oposição ao conceito-sintoma e derivado da crítica deste existe o conceito-experiência, oriundo da necessidade de escapar da tendência a uma impraticável materialização de um ideal, e cuja principal característica é que ao mesmo tempo descreve, intervém e produz a realidade, em um processo que, pela proximidade com a vivência quotidiana, caracteriza-se por estar permanentemente em movimento (Benevides e Passos, 2005). Com esta configuração o “conceito” perde grande parte de suas definições *a priori*, pelas quais julga, regula e fixa uma realidade antes mesmo de esta se afirmar como tal. O conceito-experiência é portanto uma forma de lidar com a realidade, e que atribui ao Sujeito um elevado grau de autonomia, ao permitir uma inversão de espaços de atuação: não são mais normas que definem o que se há de fazer, mas sim *o que é feito* é que define normas, estas unicamente acordadas com o fim de afirmar aspectos do ambiente onde estão aplicadas, porém sem jamais impedir a fluente mudança destes.

Para uma melhor visualização do que é a autonomia supracitada pode-se utilizar a seguinte metáfora: imaginemos que o ambiente onde o Sujeito está inserido é um Cubo, fechado e de paredes internas lisas, que impõe limites (os próprios do cubo) ao Sujeito. Estando ele dentro deste Cubo, no que pode intervir são unicamente as faces internas, podendo porém, movimentar-se por todo seu volume. Como é que este Sujeito, consciente das limitações a ele impostas, pode ampliar sua área de atuação? A resposta nos é indicada na própria pergunta e sua efetuação é sugerida e almejada pela Política Nacional de Humanização, quando “A humanização como *política transversal* supõe necessariamente *ultrapassar as fronteiras*, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde” (pág. 2) (grifo nosso). O Sujeito deve, por conseguinte, simplesmente ampliar a área interna do cubo, para isso podendo se utilizar de tábuas (as que estão forrando o piso do Cubo, por exemplo), postas *transversalmente*, de modo a atravessar o Cubo de ponta a ponta, em todas as direções. Deste modo há uma ampliação real da capacidade de intervenção do indivíduo na realidade, sendo também mantidos os limites do contexto.

Quando corrompida na forma de conceito-sintoma e do mesmo modo aplicada aos Serviços de Saúde a humanização torna-se nociva para as práticas sociais, uma vez que “uma teoria e seus conceitos têm implicações, ainda que não absolutas, sobre as práticas sociais” (Donnangelo, 1983; Bourdieu, 1983; Testa, 1993 apud Campos, 2000). Destarte, à prática em humanização busca-se atribuir um perfil idealizado, que tende a repetir o princípio da integralidade, não condizendo com o exercício real dos atores nos diversos espaços em que estão inseridos no processo de produção da saúde, havendo, portanto, uma cisão entre Prática e Gestão, quando na verdade humanização não é, e não pode ser assim (Benevides e Passos, 2005). É a constituição de práticas e medidas efetivas que proporcionem a todos os atores participar tanto da gestão quanto da produção de saúde, em um processo capaz de criar e organizar espaços coletivos (Campos, 2005), nos quais seja promovida a inseparabilidade entre Gestão e Prática nos processos de saúde, entre o “pensar” e o “fazer”, idéias que verdadeiramente não têm sentido real se isoladas.

Ao pensar deste modo a humanização, como conceito-experiência atrelado à realidade e a ela ligada permanentemente, cabe pensar também a relação que os usuários, trabalhadores e gestores mantêm entre si e com o sistema de saúde humanizado como um todo, para que com isso haja uma mais ampla compreensão por parte de todos os atores de seu papel e do que é em seu sentido mais completo, humanização. Admitindo o caráter democrático inerente à gestão participativa e à política em saúde humanizada, está-se acolhendo um público composto por variados atores, cada qual com interesses, anseios e expectativas diversas, o que torna a discussão nesses espaços um processo de negociação e pactuação complexo, porém extremamente rico e com elevado potencial de efetivamente provocar transformações no sistema de saúde.

A inserção de diferentes atores na gestão participativa e democrática legitima-a, uma vez que em um processo político, como o é a discussão em torno do sistema de saúde e a gestão dos serviços, a avaliação e a tomada de decisões se dão basicamente em função de, primeiro, “o que se deve fazer” ou a identificação, a partir dos problemas existentes, de possíveis mudanças a serem realizadas, e segundo, “quando se deve fazer” ou a análise do momento e condições mais favoráveis à realização do projeto. Pode-se facilmente observar que estes dois pontos são bastante gerais, e para respondê-los é suficientemente necessário participar, estar inserido, enfim, conhecer o sistema, no seu dia-a-dia.

Platão em seus Diálogos tratou de diversas matérias, aludindo sempre às Virtudes, qualidades necessárias aos indivíduos para que possam viver em uma sociedade justa. Em Protágoras (2000), ao narrar uma discussão entre Sócrates e Protágoras, o autor discorre a

respeito da virtude da política, considerada uma arte que Zeus deu a conhecer a todos os seres humanos, indistintamente, por ser absolutamente indispensável à existência humana em coletividade, uma vez que, nas palavras de Zeus “todo homem incapaz de pudor e de justiça sofrerá pena capital, por ser considerado flagelo da sociedade” (Platão, 2000).

Em determinado trecho Sócrates observa que, nas assembleias onde a cidade se reúne para tratar de assuntos de interesse público, caso em uma discussão alguma pessoa se levanta para debater um determinado assunto técnico no qual não é considerada entendedora, é ridicularizada e expulsa do espaço, por tentar intrometer-se em matéria que não conhece.

“Quando, porém, a deliberação diz respeito à administração da cidade, qualquer indivíduo pode levantar-se para emitir opinião, quer seja ferreiro, sapateiro, mercador ou marinheiro, rico ou pobre, nobre ou vil, indiferentemente, sem que ninguém apresente objeção” (Platão, 2000).

É esta “arte da política” da qual trata Sócrates, essencial para a boa convivência humana e inerente a todas as pessoas que legitima a participação dos atores sociais nos processos decisórios do SUS. Esta virtude, compartilhada *a priori* por todos os seres humanos pode ser considerada, de acordo com a definição de campo e núcleo de Campos (2000), como um campo de saberes do qual se constitui, como um dos núcleos de saber, o popular, havendo portanto estreita ligação entre este e a gestão participativa.

Esta, nos serviços de saúde, se constrói como a atuação, no âmbito político, de representações e membros delegados pela sociedade civil em mecanismos do Estado responsáveis pela gestão das políticas públicas, sendo que essa participação, ao mesmo tempo em que legitima a política deste diante da população, em grande parte devido ao seu aspecto democrático, também abre um canal para as entidades populares disputarem o controle e o destino da verba pública, através da prática do controle social (Valla, 1998).

Há portanto nesta relação entre o saber popular e os canais de controle social uma “força social” (Valla, 1998) capaz de operar mudanças que efetivem conquistas e impulsionem as transformações necessárias para que, em oposição à deficitariedade do serviço público, desacreditado pela própria população que o mantém, valorize-se uma cultura de resgate da importância do saber popular. É necessária esta nova visão do que é o saber popular, pois ocorre em relação à parcela da população trabalhadora de baixa renda (maior fração dos usuários do sistema de saúde) uma transferência da responsabilidade, originalmente do governo, de prover os serviços básicos (saúde, educação, saneamento, e

outros) para estes, em um movimento que os torna culpados pela sua própria situação de pobreza, sendo assim a individualização da culpa explicação de uma prática coletiva (Valla, 1998).

Uma eficiente maneira de realizar essa culpabilização dos usuários é através da desvalorização formal do saber que portam. Segundo Victor Valla “uma das justificativas para se culpar as vítimas é a desqualificação do saber popular. Assim, o monopólio do saber técnico, seja médico ou de outro tipo, põe em segundo plano o saber acumulado da população trabalhadora, ao lançar mão da escolaridade como parâmetro da competência” (Valla, 1998). Deste modo, com o não reconhecer a completa realidade do saber popular, nega-se aos portadores deste uma capacidade própria com a qual estariam aptos a desempenhar o controle social como real instrumento de intervenção e contribuição popular na gestão do SUS.

A “força” que cria tal impedimento, capaz de reduzir o saber popular a apenas uma penca de crendices e uma butique de ervas medicinais é feita, por assim dizer, a quatro mãos, executada tanto pelos setores dominantes, sejam sociais, corporativos ou outros, que possuem algum interesse em manter as classes populares desconhecedoras do potencial de seu saber quanto pela sociedade como um todo, que através de uma subjetividade disseminada por esta induz aos próprios portadores do saber popular uma visão desvalorizadora daquilo que eles próprios formaram ao longo dos séculos.

Sendo assim destituído de valor o saber dos usuários, as possibilidades de que estes sintam-se seguros e capazes de manter um diálogo de negociação e pactuação com os “doutores” e os “de mais estudo” são baixas, uma vez que, contribuindo para esta não-ação tem-se uma idéia formada pela sociedade, na qual apenas os detentores formais da técnica ou de um determinado saber acadêmico estão aptos e autorizados a exercer a prática da mesma; ocorre como se estruturas fossem apenas projetáveis por engenheiros e somente os médicos fossem capazes de fazer saúde.

De acordo com Boltanski (1989), a relação usuário – saber médico-científico possui como uma de suas manifestações um respeito quase que religioso que o leigo nutre por um saber que é, em seu entendimento, misterioso e terrível, incompreensível e ao mesmo tempo dotado de um fantástico poder sobre a vida e a morte. O autor diz que “o usuário da medicina familiar hoje não esquece nunca o caráter ilegal dos atos médicos que executa” (Boltanski, 1989), e, segundo suas palavras:

“o respeito pela ciência, o respeito por aquilo que é, e ficar-lhes-á, para sempre, inacessível, respeito que deve se manifestar pela recusa da pretensão, ou seja, por

uma clara consciência de sua própria ignorância, pela submissão aos detentores legítimos do conhecimento médico, os médicos” (Boltanski, 1989, pág. 29).

“Os membros das classes populares, conscientes de sua ignorância não são livres para desenvolver um discurso sobre a doença, sendo suas tentativas de explicação freqüentemente seguidas de uma constatação da ignorância ou do apelo ao único especialista autorizado a falar da doença: o médico” (Boltanski, 1989, pág. 29).

Tal “respeito” exerce assim nos usuários uma influência repressiva sobre a manifestação de seus próprios saberes, que termina por provocar um afastamento destes enquanto atores do sistema. A influência repressora se dá através de um processo que desconsidera a singularidade do conhecimento de cada um. Assim, após comparar dois saberes totalmente distintos, um deles (o saber acadêmico) é legitimado enquanto “saber” e “científico”, enquanto ao outro (o saber popular) é considerado (e quando muito, reconhecido) “saber”. Porém mesmo que o saber popular não seja científico (e não o é), isso não impede que através dele se possa trabalhar em conjunto com o saber médico-científico em um processo contínuo que é a construção e melhoria do SUS.

Porém a gestão precisa ser compreendida e acolhida por todos os três atores sociais, de modo que a interação entre os sujeitos venha a se caracterizar pela aceitação do outro, com suas diferenças, reconhecendo sua cultura, suas qualidades e saberes, a fim de que ocorra não uma fusão, mas sim uma busca permanente do consenso entre os diversos interesses e pontos de vista, muitas vezes conflitantes, que estão presentes no sistema de saúde, um consenso que preserve a integralidade do saber de cada um e assim permita uma difusão e uma aplicação prática dos saberes envolvidos.

Garantindo aos usuários do SUS um espaço onde possam participar concretamente da gestão do sistema sem que, contudo, seja alterada sua identidade enquanto atores (permanecem usuários) estes singularizam-se, ou seja, diferenciam-se da “ideologia” corrente, da subjetividade social, gerada, fornecida e imposta pelos setores dominantes da sociedade, o que ocorre segundo Guattari e Rolni (1999) por um processo no qual o indivíduo discerne os processos com os quais está envolvido e sua importância na sociedade, passando a produzir sua própria “subjetividade”, ou melhor dizendo, singularizando-se.

Para compreender a como ocorre este processo, é preciso antes analisar a produção de subjetividade em um meio social, o que segundo Guattari e Rolni (1999) impescinde abstrair da idéia de *sujeito*, e adotar o conceito de *agenciamento coletivo de enunciação*. Este pode ser entendido como não correspondendo “nem a uma entidade individuada nem a uma

entidade social predeterminada” (Guattari e Rolni, 1999, pág. 31), mas sim existindo em um espaço entre o indivíduo e a sociedade; do agenciamento coletivo de enunciação participam, ao mesmo tempo, o indivíduo e toda a sociedade no qual este está inserido, sendo estes agenciamentos coletivos de enunciação os reais produtores da subjetividade.

Esta subjetividade é porém produzida de maneira industrial, sendo criadas e postas em circulação muitas e muitas subjetividades, serializadas, *prontas para o consumo*. É neste ponto que faz-se necessária a dissociação entre o sujeito e a subjetividade, pois, assim como esta, “os indivíduos são o resultado de uma produção de massa” (Guattari e Rolni, 1999, pág. 31), não sendo factível que a subjetividade seja associada e centralizada no indivíduo. (Guattari e Rolni, 1999).

A subjetividade não está deste modo inserida no campo individual, mas sim nos processos de produção social e material, e portanto *está em circulação* dentro da sociedade, qualquer que seja, estando os indivíduos dela participantes relacionados à subjetividade corrente a partir de dois lugares radicalmente opostos: ou participam de um relação de “alienação e opressão” (Guattari e Rolni, 1999, pág. 33), absorvendo a subjetividade social do modo mais simples, ou seja, o indivíduo “se submete à subjetividade tal como a recebe” (Guattari e Rolni, 1999, pág. 33), ou então participa-se de uma relação de “expressão e criação” (Guattari e Rolni, 1999, pág. 33), onde, em um processo criativo e pessoal, é capaz de se apropriar de componentes das várias subjetividades que estão circulando nos ambientes onde está inserido, produzindo o próprio processo de singularização.

Com isso, ao diferenciar-se e criar sua própria singularidade pode-se dizer que o indivíduo passa por um processo através do qual converte-se em um ator do sistema, consciente, participativo e cidadão, processo este que compreende uma tripla valorização do sujeito.

A primeira dessas valorizações pelas quais passa o usuário do SUS ocorre quando este se insere ativamente no sistema de saúde, não apenas através da prática dos diversos mecanismos já existentes de controle social e de gestão participativa, mas também, e inclusive, gerando e desenvolvendo seus próprios mecanismos, pensados dentro das reais necessidades que o usuário possui, e por isso mesmo adequado à realidade vivida pela comunidade à qual pertence.

É para isso essencial que o saber que o usuário porta consigo seja respeitado, assim como é, um saber não-científico e autônomo. De modo ilustrativo, Boltanski (1989) expõe o fato de que os médicos, diferentemente de outros especialistas, não exercem sua atividade diretamente sobre objetos ou coisas inertes; não combatem a doença, mas sim procuram curar

o doente como for possível. Porém o doente, diferentemente de um carro para um mecânico, é para o médico alguém que pode saber-se doente, ter consciência de sua situação e desejoso de vir a adquirir conhecimentos a respeito de seu estado e de como lidar com ele (Boltanski, 1989). Deste modo, assim como o paciente pode saber-se doente e querer conhecer aspectos do mal que o aflige, também o usuário do SUS pode, e deve, buscar uma maior compreensão do sistema no qual está inserido, e assim abrir um caminho onde possa desenvolver mais sua participação como ator. A primeira valorização passada pelo usuário é quando este, ao deslocar-se do papel dele esperado, o de paciente meramente passivo, e migrar conscientemente para um novo papel, de ator do sistema, singularizado e capaz de realizar processos criativos, modifica e intervém nos processos do SUS.

Ao participar concretamente da gestão do sistema o usuário também é valorizado enquanto cidadão, uma vez que, ao buscar modificações que venham a melhorar um sistema público de saúde mostra que possui uma consciência bem formada de cidadania e coletividade, sabendo reconhecer a necessidade, pela sua própria natureza, que o SUS tem de ser construído em conjunto pelo coletivo.

Um problema que é enfrentado nesse caso é que há certa dificuldade por parte da parcela detentora dos conhecimentos acadêmicos em aceitar que pessoas (utilizando uma expressão completamente inadequada) “mais humildes”, com menor escolaridade e baixa renda “sejam capazes de produzir conhecimento” (Valla, 1998), de fazer uma interpretação da realidade cotidiana que seja apropriada para contribuir com o sistema de saúde.

Ao firmar sua posição enquanto ator que intervém no sistema de saúde, e marcando seu lugar de cidadão na sociedade, o usuário também é valorizado e se fortalece enquanto portador e representante de um saber único, o qual tem muito a contribuir em um SUS democrático e regionalizado: o saber popular, a respeito do qual Boltanski (1989) (ao representá-lo através da medicina familiar) afirma a possibilidade de interação profunda com a medicina científica, visto que “A prática médica oficial (...) e a prática médica familiar (...) não se excluem mutuamente; pelo contrário, parecem ser essencialmente complementares” (Boltanski, 1989, pág. 17).

Existem diversos fatores que credenciam a participação dos usuários e a inserção de seu conhecimento no SUS, sendo que um desses fatores, fundamental, pode ser considerado de natureza intrínseca aos próprios saberes envolvidos nos processos de disputa e consenso na realidade dos serviços de saúde, consistindo na própria diversidade básica que estes saberes apresentam entre si. Essa diferença tem potencial para atuar como um fator de agregação entre a tradição e as vivências cotidianas dos usuários e o conhecimento prático e acadêmico

predominante no ambiente do SUS, pois como as peças de um complexo quebra-cabeça social, apenas onde há distinção entre os saberes é possível que ocorra uma verdadeira busca pelo interesse coletivo, com as diferentes partes completando-se mutuamente.

Essa propriedade de completude possível de se encontrar na relação entre o saber popular e o saber médico-científico é devida menos pela afinidade que os distintos conhecimentos apresentam entre si do que pelos diferentes pontos de vista, interesses e valores postos em jogo. Ademais, é o fato de cada indivíduo constituir-se portador de um conjunto de conhecimentos que, independentemente destes serem diferentes da tradição médico-científica (nem por isso são “menos saber” que aquela), são credenciados e legitimados a participar da construção coletiva do SUS.

No saber popular, várias atitudes e crenças são seguidas e observadas de modo inconsciente por seus detentores, que muitas vezes apenas possuem o conhecimento de substâncias e alimentos que causam danos à saúde humana, sem, contudo, atestar ou conhecer cientificamente sua origem. Em relação a isso Scliar (1987), em seu livro ‘Do Mágico ao Social’, afirma que “A medicina mágica e religiosa envolve componentes instintivos e empíricos (...) Assim, o uso de plantas traduziu-se na descoberta de substâncias terapêuticas (...) Por outro lado, a ascendência dos feiticeiros sobre os pacientes traduzia-se em poderoso efeito psicológico” (Scliar, 1987, pág. 12).

Esse saber, adquirido através de observações cuidadosas e mantido por tradição dentro da comunidade que o gerou mostra que o conhecimento popular é construído e sustentado por um processo que, embora não-científico, desmente a hipótese de que este permanece sem nenhuma base que o fundamente enquanto saber, uma vez que este insere-se na sociedade como um núcleo de componentes não incorporados pela racionalidade médico-instrumental, posto que esta, dominante em nossa sociedade, trabalha seu saber, credita e apenas reconhece a legitimidade dos conhecimentos experimentalmente comprovados.

Devido a essa força que a ciência e seus representantes, de modo especial o corporativismo médico, fazem para “ilegalizar” a medicina popular e garantir espaço para a exclusiva realização de práticas médicas por médicos, o usuário da medicina familiar hoje em dia não é capaz se esquecer do caráter “ilegal” dos atos médicos que executa, devido a uma consciência que vai sendo montada e inculcada nos membros das classes populares desde a escola primária, uma consciência que ensina o respeito pelo científico, em algo que deve se manifestar pela recusa da pretensão, com um claro reconhecimento de sua própria ignorância

e principalmente pela total submissão aos “legítimos” e “verdadeiros” detentores do conhecimento médico: os médicos (Boltanski, 1989).

Se atualmente não é mais possível para os membros das classes populares tomar elementos da medicina científica e integrá-los à cultura do povo através de releituras, reinterpretações, e reformulações do saber médico, é porque o mesmo respeito infundido pela ciência e pelos sábios se constitui como impedimento às reformulações do saber. Além disso, a frequência de ida ao consultório médico não permite que se esqueça facilmente da legitimidade do saber médico, havendo uma confusão entre o respeito à ciência e o respeito ao médico, representante da ciência e das classes cultas.

Tudo se passa, deste modo, como se esse saber – “legítimo” – tivesse coagido os membros das classes populares a se desfazer de um importante conjunto de conhecimentos e receitas – a medicina popular – que ao menos lhes permitia um discurso coerente sobre a doença, explicá-la e compreendê-la, e o principal, integrá-la ao universo comum das coisas cotidianas (Boltanski, 1989).

O saber popular, segundo Boltanski (1989), possui como uma de suas características essenciais a ascendência direta do saber científico, ou seja, para o autor:

“Se é verdade que a medicina familiar moderna é em primeiro lugar imitação da medicina oficial, a antiga medicina popular era também enraizada na medicina científica (...) e resultava, pelo menos parcialmente, da difusão da medicina científica de épocas anteriores” (Boltanski, 1989, p. 26).

Com isso, primeiramente, o autor reconhece que o saber popular é, de fato, um saber autêntico; em seguida, ao afirmar que a base da medicina popular é formada através de uma “imitação” da medicina científica, fica aberta a possibilidade de interação entre os saberes. A partir daí é por essa relação de completude entre eles que a medicina popular (apta a interagir com outras formas de conhecimento) passa a ser reconhecida como não-inferior e análoga ao saber científico.

CAPÍTULO III – ESTUDO DE CASO - Trienal de Medicina Tradicional do Povo *Baniwa* e *Kuripako*

No início do século XVI, a relação entre os recém-chegados colonizadores portugueses e as distintas etnias indígenas que habitavam o território brasileiro caracterizou-se por um choque entre culturas. Mesmo onde a princípio havia harmonia ou uma convivência pacífica, é necessário reconhecer que a cultura da civilização europeia, ao legitimar-se como “superior”, reprimiu progressivamente a autóctone, que por uma diferença de desenvolvimento tecnológico ou pelo fascínio do novo, mas principalmente através da força bruta e violência, foi coagida a incorporar crenças e hábitos completamente estranhos à sua cultura.

Esta inserção de fatores alheios aos costumes dos nativos na tradição destes não se deu somente pelo simples contato, mas também devido a um movimento deliberado por parte dos colonizadores, que desvirtuando os alicerces da cultura indígena, minaram as bases de uma resistência capaz de expulsar os europeus.

Podemos ressaltar que Caminha (1997) já observara a ascensão moral que o europeu exercia sobre o indígena, e fez referência ao modo como o rei de Portugal poderia se aproveitar de tal fato para expandir seus territórios, aproveitando-se da simplicidade do índio, visto como, segundo o escrivão, “Parece-me gente de tal inocência que, se homem os entendesse a eles e a nós, seriam logo cristãos” (Caminha, 1997). Com a perda de sua memória étnica, “imprimir-se-á com ligeireza neles qualquer cunho, que lhes quiserem dar. (...) Portanto Vossa Alteza, que tanto deseja acrescentar a santa fé católica, deve cuidar da sua salvação” (op. cit.).

Cinco séculos se passaram, e a visão de “raça superior” e “raça inferior” ainda é amplamente aplicada para caracterizar “civilizados” e “indígenas” (a própria denominação “civilizado” é um fator que confere legitimidade a determinada cultura, pondo todas as “não-civilizadas” em um lugar de ilegalidade, como se tais não fossem civilizações).

É possível observar essa visão segregadora no diálogo mantido entre a sociedade índia e a não-índia, sendo que próprio governo brasileiro, em um ato de “proteção” aos indígenas que habitavam o Brasil no começo do século XX, sancionou o decreto nº 5.484 de 27 de junho de 1928, que em seu artigo 23 diz:

“Art. 23: Os crimes de qualquer natureza, commettidos por **civilizados** contra **índios**, considerar-se-hão sempre como **praticados por superior contra inferior**, e,

como taes, terão suas penas agravadas pela circumstancia do art. 59, §9º, *in fine*, do Código Penal vigente, além das demais em que porventura incorram os autores” (grifo nosso).

Avançando no mesmo decreto, segue-se o artigo nº 27 deste, que trata dos crimes contra a liberdade pessoal do índio:

“Art. 27: Todo aquelle que, abusando da **boa fé, ingenuidade** ou **atrazo mental** do índio, sujeital-o á exhibição ou espectaculos, deante de terceiros, com o fim de tirar disto lucro ou proveito, será punido de accôrdo com os arts. 180, 181, ou 182 do Código Penal” (grifo nosso).

Tal segregação não se justifica de modo algum, porém suas origens e causas podem ser elucidadas em uma retrospectiva da visão que o Brasil mantém de seus índios.

Primeiramente, nosso país nunca teve um olhar respeitoso para o indígena, sendo uma “verdade” nacional a preguiça deste. Na literatura brasileira encontra-se, sob a forma do caboclo (descendente de branco e índio), várias referências à suposta modorrice de nossos nativos vistos como um “parasita, um piolho da terra, peculiar ao solo brasileiro (...) pois que onde ele assiste se vai despojando a terra de sua coma vegetal (...) Este funesto parasita da terra é o CABOCLO” (Lobato, 1959). É interessante observar-se que, embora Lobato nomeie “caboclo” o indivíduo acima descrito, é possível, em sua própria obra, encontrar referências a uma analogia entre caboclo e índio. Em “Urupês” o autor diz que: “O indianismo está de novo a deitar copa, de nome mudado. Crismou-se de ‘caboclismo’” (op. cit.).

Ademais, tal distorção da realidade se deve em grande parte à educação que é passada pelas escolas, inoculadoras de estereótipos criados e aceitos pela sociedade a respeito do índio, de nossas lendas, costumes e crenças, de nossa história, de nossa memória nacional em geral e como um todo. Complementando o fator educacional, tem-se o cultural, que origina e é resultante do anterior, uma vez que pode ser adotado como oriundo de um processo retroalimentativo, onde as imagens criadas pela sociedade a respeito de algo mantêm-se dentro da mesma, favorecendo sua perpetuação.

Essas imagens pré-concebidas do índio começaram a ser instituídas durante os primeiros séculos após a descoberta, quando se fez necessário, para a expansão da área de influência da metrópole, o enfraquecimento e a redução dos territórios indígenas, ação que podia se dar tanto pelo extermínio de seus habitantes quanto através do acultramento forçado, com a negação de sua história cultural.

Tudo isso fez com que o índio fosse visto como um alguém incapaz de pensar e de se inserir na sociedade em que vivemos, portanto necessitando de um tutor, no caso o estado

brasileiro, que atribuiu a si esta tarefa. Assim, sem ter seus direitos de cidadão reconhecidos, as etnias indígenas habitantes do país não têm sido politicamente fortes ou atuantes na sociedade, sempre sendo manejadas por interesses dos mais poderosos, como diz Lobato, “ao caboclo toca-se”.

Atualmente, a situação sanitária dos índios no Brasil se deve a dois grandes conjuntos de fatores: o primeiro, e já acima explorado, a descaracterização da cultura nativa, com a incorporação de uma cultura alienígena, destrutiva dos valores das antigas sociedades, e o segundo, o próprio modelo de atenção hospitalocêntrico existente no Brasil ainda aplica à saúde.

A visão paternalista, habitualmente aplicada aos povos indígenas do Brasil é intrínseca a tal modelo de atenção à saúde, que em conjunto com a não-memória cultural, ao vazio de tradição resultante dos anos de colonização, termina por consolidar um modelo de assistência que não leva em conta as particularidades de cada etnia, e impõe um mesmo modo de pensar a saúde para todos, novamente realizando um violento processo de acultramento.

Assim foi durante muito tempo, com a saúde preventiva e assistencial dos povos indígenas sendo de responsabilidade do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que não possuía nem um serviço bem estruturado e nem uma legislação competente para atender às necessidades sanitárias dos índios do Brasil, conforma exemplificado a seguir pelo Decreto 8.072/10, que em seu artigo 17 diz:

“Art. 17: São extensivos aos índios localizados em ‘Povoação Indígena’ os auxílios conferidos no presente regulamento às tribus cujos terrenos forem medidos e demarcados pelo Governo Federal, além de alimentação, nos seis primeiros meses de estabelecimento na povoação, socorros médicos e outros recursos, sempre que forem necessários”.

Com esse sistema da atenção emergencial muito poucas eram as “Povoações Indígenas” que recebiam uma assistência na prática, ou que pelo menos fosse efetiva no tocante às reais necessidades de saúde de seus habitantes. Em 1949 existiam, em todo o país, apenas vinte enfermarias do SPI destinadas a atender toda a população indígena brasileira. Mesmo após a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), em 1967, este quadro não sofreu alterações substanciais, tendo sido mantida a mesma linha de atenção à saúde.

As mudanças começaram a surgir a partir dos anos 80, sob a influência da Reforma Sanitária e da redemocratização do país, após anos de ditadura militar. Um importante avanço legal na assistência à saúde indígena foi a promulgação do Decreto N° 23 de 4 de fevereiro de

1991, que dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde das populações indígenas. Este, em seu artigo 2º diz que, para tal,

“serão elaborados projetos específicos, de caráter estratégico, destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, **segundo as peculiaridades de cada comunidade**” (grifo nosso).

Dando prosseguimento ao acima exposto, segue o artigo 3º, incisos V e VI do mesmo decreto, que expõem pontos a serem contemplados por tais projetos:

“Decreto 23/91, art. 3º, inciso V: **a restauração das condições ambientais**, cuja violação se relaciona diretamente com o surgimento de doenças e outros agravos à saúde” e “Decreto 23/91, art. 3º, inciso VI: a assistência médica **integral**” (grifo nosso).

A importância e a necessidade de reconhecer e aceitar as diferentes culturas é uma marca do Decreto 23/91, que pode ser visto como uma mudança de rumo da visão mantida a respeito das comunidades indígenas, que agora estão passando a atuar cada vez mais, e de maneira mais participativa nas questões nacionais.

Em consonância a esses princípios a Lei 9.836 de 23 de setembro de 1999 promove uma transformação na assistência à saúde indígena a nível nacional, ao acrescentar dispositivos à Lei no 8.080/90, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Este Subsistema está subdividido e organizado em trinta e quatro Distritos Sanitários, distribuídos por todo país de acordo com as peculiaridades culturais, as relações existentes e a distribuição demográfica tradicional das etnias que habitam as regiões, sem necessariamente seguir a divisão político-geográfica do Brasil. Os DSEI são importantes conquistas para a saúde pública indígena, pois, operando com um público diferenciado, é capaz de também se diferenciar, reconhecendo a complementaridade entre a sociedade índia e a não-índia.

“Art. 2º, Inciso I, a): a organização de cada distrito deve ser entendida como um processo a ser construído com a participação dos povos indígenas, observando os seus próprios conceitos e práticas relativos às suas condições de viver e morrer” (Portaria 1.163/99).

É este reconhecimento da diferença que permite admitir o saber dos povos indígenas como um saber autêntico e legítimo, inerente a eles e a seu modo de vida, e passível de contribuir, em maior ou menor grau, para o desenvolvimento de um sistema público de saúde participativo, onde efetivamente haja a inserção de quaisquer atores do sistema.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, instrumentalizado através dos DSEI, é um dispositivo que visa permitir uma efetiva participação e colaboração das etnias indígenas em questões de grande importância para as mesmas, como a baixa qualidade do atendimento à saúde. Que era, até 1999 oferecido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI) era bastante precário, pois, de acordo com a FUNASA, exige um planejamento e uma definição de ações preventivas a serem aplicadas nas localidades necessitadas, o que não é feito. O principal ponto a ser considerado para a melhoria da assistência é a especificidade e a diferença entre as diferentes culturas que vêm a se relacionar no processo de manutenção da saúde.

Nas terras indígenas tanto a assistência à saúde prestada pelo governo quanto aquela prestada pelas missões religiosas, que contribuem através da implantação de alguns hospitais que atendem aos pacientes do SUS, é muito voltada para o modelo hospitalocêntrico, não abrangendo as reais necessidades das populações locais, além de haver uma abordagem da saúde muito vinculada ao aspecto curativo e não adaptada às realidades e situações regionais.

Essa não adaptação a uma cultura diversa e seus problemas é ilustrada pela grande incidência de doenças desconhecidas as quais os índios não estão acostumados a tratar, como tuberculose, diarreia e algumas moléstias dermatológicas. Para combater essas enfermidades os índios recorrem aos recursos terapêuticos da ciência moderna, que na maioria das vezes, curam essas doenças. Deste modo, a eficácia dos remédios industrializados é superestimada, formando progressivamente uma dependência em relação aos mesmos.

O estado caótico do sistema de saúde deu origem, por parte dos índios *Baniwa* do Rio Negro, a uma necessidade de reverter desses dois processos (baixa qualidade no atendimento à saúde e desvalorização cultural). Para compreender como foi possível essa reversão é necessário antes compreender a visão que esta etnia tem do universo a seu redor.

Na visão de mundo destes, o cosmos ancestral era atemporal, e espacialmente indiferenciado, tendo sofrido importantes mudanças que vieram a configurar o mundo atual devido principalmente às ações de seres miraculosos que se sucedem até os dias atuais, sendo que as ações destrutivas, executadas e vivenciadas por tais seres naquele tempo, como a guerra, o estado de caos permanente e o não-cumprimento de regras do convívio social são fatores que cujos “componentes disruptivos permanecem latentes e são responsáveis pelo aparecimento da doença e da desordem que enfeiam e maculam o mundo atual” (Wright, 1996 *apud* Garnelo, 2003, pág. 35).

Nos relatos míticos a busca de poder mágico sempre foi envolvido por lutas sangrentas dos ancestrais (proto-humanos) e dos animais-espíritos, de tal modo que essas lutas “se atualizam hoje nos episódios de doença, nas guerras mágicas” (Garnelo, 2003, pág. 39).

De acordo com a autora, a busca do saber / poder é uma fonte de doenças, caso não se saiba como lidar com ele, pois todo conhecimento deve ser usado de forma socialmente responsável, sem visar apenas benefícios pessoais, posto que “o poder é obtido sobretudo na alteridade, mas o risco que sua obtenção acarreta exige salvaguardas que limitem suas potencialidades destrutivas e viabilizem sua apropriação pelos membros do grupo” (Garnelo, 2003, pág. 39).

No mundo *Baniwa* os procedimentos de prevenção e cura estão muito relacionados com procedimentos mágicos, tais como rezas, jejuns, uso de plantas medicinais e rituais de curas xamânicas, atos que se confundem nestes dois campos, uma vez que os métodos terapêuticos têm como principal objetivo não curar o doente, mas sim afastá-lo de um comportamento socialmente descontrolado, reconduzindo-os para perto da sociedade e isolando-os do contato com espíritos canibais, contribuindo para a restauração da ordem cósmica.

As plantas medicinais, como será exposto mais adiante, têm um importante lugar dentro da sociedade *Baniwa*, sendo que tanto as selvagens quanto as cultivadas compõem um extenso conjunto de saberes disseminados por todos os níveis desta. Ainda que a literatura trate o uso de plantas medicinais como um recurso apenas sintomático, existem no repertório *Baniwa* ervas capazes de atuar em níveis mais profundos, utilizadas para tratar doenças reconhecidas na taxonomia destes, com cada planta indicada para um tipo específico de doença.

De acordo com Garnelo, as plantas são bastante disseminadas em todas as aldeias, sendo utilizadas para, além da cura de doenças conhecidas, também vistas como capazes de alterar comportamentos socialmente inadequados. Sendo assim, as plantas não se restringem ao tratamento patológico, mas são “mais um componente num conjunto de cuidados que visam auxiliar pessoas a retomar o desempenho dos papéis que lhes são socialmente designados na vida cotidiana da aldeia” (Garnelo, 2003, pág. 72).

A partir desse saber, disseminado por toda a sociedade *Baniwa*, as lideranças indígenas perceberam a necessidade de modificar o quadro no qual estava posta a saúde pública nas terras indígenas do Rio Negro, área onde esta etnia está localizada. Ao pensar a valorização da cultura local como uma estratégia a ser desenvolvida para lutar contra a desassistência do serviço público de saúde, foram ao mesmo tempo resgatados os antigos valores culturais que estavam se perdendo.

As ações tomadas para que isso fosse realizado iniciaram-se em 1992, quando a equipe local de agentes de saúde juntamente com lideranças *Baniwa* e *Kuripako* conceberam

o Projeto Trienal de Medicina Tradicional do Povo Baniwa e Kuripako, que possuía como finalidade principal a “capacitação de uma rede de agentes indígenas de saúde para o uso de medicamentos e plantas da medicina tradicional dos Baniwa e dos Kuripako, a serem cultivadas em hortas comunitárias” (Barboza e Graveiro, 2004).

Ao longo dos quatro anos de construção e detalhamento do Projeto houve precisão de identificar e sensibilizar os principais detentores dos saberes das doenças e de suas curas, para que o conhecimento fosse transmitido para os agentes indígenas de saúde, apoiando-os e estabelecendo com estes uma parceria e uma continuidade do processo de capacitação. Ademais foi feito cuidadoso registro escrito de informações que os mais velhos das aldeias consideravam “adequadas à circulação pública” (Garnelo, 2003, pág. 205), além de serem discutidas estratégias para a comercialização de plantas medicinais sem que fosse violado o seu caráter sagrado e/ou secreto, dentro de padrões socioculturais aceitáveis (Garnelo, 2003).

O Projeto, com previsão de execução no triênio 1997 – 1999 contou com o apoio de toda a parte financeira pelo *Comité Catholique contre la Faim et pour le Développement* (CCFD), uma ONG francesa, que ajudou a revitalizar a medicina tradicional destes povos, ao mesmo tempo especializando e desenvolvendo o SUS em relação às questões de dois universos, que tratam de modo bem distinto a saúde.

Do Projeto participaram ao final cerca de dezessete comunidades *Baniwa*, muito próximas cultural, social, histórica, geográfica, lingüística e politicamente dos *Kuripako*, habitantes da mesma região. Foram capacitados 30 agentes de comunidades distintas, sendo que cada um deles havia implantado em sua aldeia hortas de plantas medicinais; até 1998 ano já haviam sido identificadas 130 plantas medicinais, sobre as quais foi organizado um acervo de desenhos e fotos, além de serem gravadas 35 horas de narrativas dos *Baniwa* e dos *Kuripako* sobre os mitos e a história das doenças e de seus medicamentos. Todos os que participaram do Projeto eram povos indígenas da região do Rio Negro, representados em suas instâncias pela FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro).

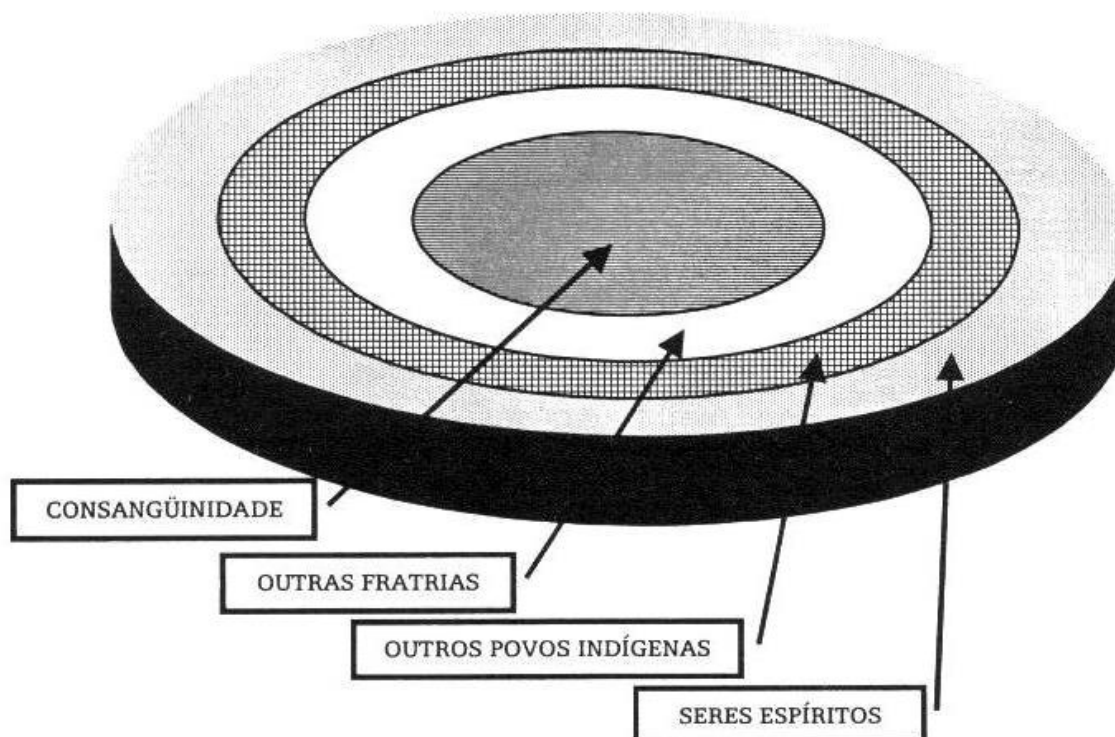
A existência do Projeto, como enfatizam as lideranças, não significa que os indígenas prescindiram dos serviços oficiais de saúde, ao contrário, o acesso a uma assistência de qualidade e voltada para a peculiaridade cultural de cada povo continua sendo uma de suas principais reivindicações. Através da experiência foram abertos espaços e proporcionaram-se oportunidades para mobilização e organização dessas comunidades em relação à saúde, com uma participação efetiva de seus membros nas instâncias regionais de controle social do SUS, e mesmo para além destas.

Deste modo a OIBI (Organização Indígena da Bacia do Içana) e as comunidades indígenas deixaram de apresentar uma atuação meramente reivindicatória e passaram a assumir a posição de sujeitos autônomos, executores de ações independentes. Do contrário de muitos projetos que apenas pesquisam as plantas medicinais como “alternativas” a um simples tratamento da doença, este trabalha ao mesmo tempo com a organização política das comunidades, visando a superação de seus problemas de saúde e o acesso e participação no próprio SUS.

Conforme o acordo com o CCFD, o financiamento do projeto terminou em 1999, e no ano seguinte o Governo Federal implantou no país os chamados Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

O cosmos *Baniwa* compreende não somente o mundo como é reconhecido em nossa sociedade, povoado de seres humanos, outros animais e plantas, físico e palpável, mas também um mundo tão próximo a nós quanto aquele no qual estamos acostumados a viver, povoado de seres espíritos que possuem um lugar na comunidade *Baniwa*. De acordo com a ilustração abaixo, vemos que o espaço social está dividido em quatro círculos imaginários concêntricos, organizados a partir de como é o mundo para um indivíduo.

FIGURA 3.1¹



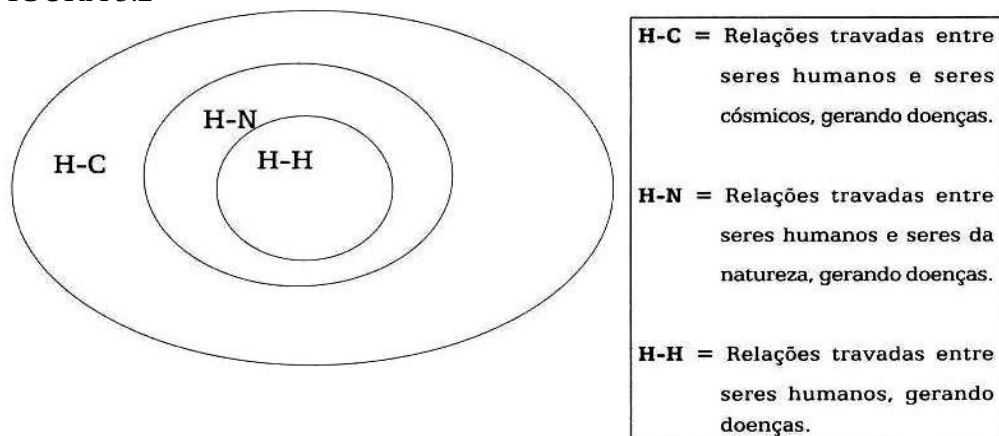
¹ Fonte: GARNELO, Luiza. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Página 32

Nesta concepção os círculos concêntricos que “compõem” o mundo trazem, para o indivíduo, uma divisão entre o “nós”, os consangüíneos, e os “outros”, que são os não-parentes, categoria que se decompõe em membros de outras fratrias, outros povos indígenas e os seres espíritos. Na “categoria” de seres espíritos estão inseridos também os seres da natureza, e os brancos que se identificam com os seres espíritos do panteão *Baniwa* (Garnelo, 2003). É importante notar que os seres espíritos são reconhecidos pelos *Baniwa* como ‘pessoas’, “na medida em que, tal como os humanos, ocupam espaço na estrutura social, produzem ações deliberadas, não-aleatórias e têm capacidade de julgamento fundada em padrões morais partilhados por sua sociedade e pela dos *Baniwa*” (Garnelo, 2003, pág. 31).

O espaço social *Baniwa* diferencia-se da estrutura de nossa sociedade principalmente pelo fato de que ele próprio é capaz de explicar satisfatoriamente todo o ciclo de doenças que pode se abater sobre um indivíduo, uma vez que estas estão mais ligadas a comportamentos e relações sociais do que, como em nossa sociedade cientificista, obrigatoriamente relacionadas a uma cadeia lógica de causa e efeito, em um tempo linear e encadeado. Existe, portanto, um universo muito mais amplo e completo (dentro da concepção *Baniwa*) que gera o discurso sobre a doença. As causas dos diversos males e infortúnios que se abatem sobre os indivíduos podem ser maldições/vinganças entre os membros de uma sociedade, conflito com elementos da natureza, tais como os *Yoopinai* (espíritos da mata, da água e do ar) e a transgressão das *Whiókali* (regras alimentares) ou até mesmo os sopros *Hiwiathi*, provocados pela invocação dos espíritos dos mortos *Inyaimé* (Garnelo, 2003).

Abaixo tem-se a ilustração, que representa esquematicamente o circuito de relações sociais que podem ser origem de doenças e males diversos.

FIGURA 3.2²



² GARNELO, Luiza. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Página 62

As doenças que originalmente não pertenciam à taxonomia *Baniwa*, ou seja, aquelas transmitidas pelo contato com uma civilização alienígena (os ‘brancos’) e para as quais os índios não possuem defesas naturais são consideradas como “doenças de branco”, e englobam grande parte das doenças com potencial epidêmico. São doenças chamadas de *Ialanawi idzmikathi*, cuja tradução literal para o português seria “doença passageira”, no sentido que é um mal que “passa” de um indivíduo para o outro com relativa rapidez, ou seja, configuram micro ou macro epidemias (Garnelo, 2003).

Estas possuem mesmo assim um lugar dentro do discurso *Baniwa* sobre a doença, e são consideradas como males adquiridos no espaço de relacionamento com os não índios, sendo assim “consideremos que o que está agrupado sob o rótulo de doenças de branco são as representações baniwa sobre o tema, ou seja, a forma como eles interpretam a expressão destes eventos patológicos” (Garnelo, 2003, pág. 57).

Um ponto essencial para a compreensão de como é visto o processo saúde-doença tanto pela ótica *Baniwa* quanto pela ótica do pensamento médico-científico é a concepção do formato do tempo, pois enquanto para os “brancos” o tempo é linear, mantendo permanentemente uma relação de causa e efeito, para os Baniwa este se apresenta como uma espiral; é um tempo não-linear, de modo que todo o raciocínio subjetivo de causa e efeito que existe na sociedade cientificista não pode ser, da mesma maneira, aplicado ao mundo *Baniwa*, no qual como visto anteriormente, as doenças não têm uma relação unívoca com suas causas, podendo ser originada por fatores distintos e independentes.

O que pode-se afirmar que há de semelhante entre os dois discursos é o fato de que, a despeito do conhecimento sobre o processo saúde doença ser vivenciado sob uma ótica distinta, este trata essencialmente de um mesmo assunto, os males que atingem o ser humano, podendo-se identificar nos dois discursos muitos pontos que, se não estão em comum acordo, possuem em sua diferença uma capacidade mútua e ímpar de combater a doença.

Enquanto a medicina tecno-científica trata a doença como um corpo estranho a ser extripado do organismo, para isso se utilizado de remédios industrializados e intervenções medico-cirúrgicas, os *Baniwa* vêem as doenças mais como um *estado*, do qual a pessoa precisa sair, para então ficar curada. Deste modo, ao enxergarem a enfermidade como algo que atinge tanto o corpo físico quanto o espírito, presente através de ligações com a vida social e o comportamento da pessoa, em uma visão holística procuram não somente *curar* o doente, mas do mesmo modo mudar seu comportamento, o modo de proceder que possa ter gerado o estado em que se encontra.

Um bom exemplo de como é o processo de obtenção da saúde nestes dois universos distintos pode ser visualizado através de um caso particular e pontual, como o de um indivíduo que seja picado por cobra. Utilizando-se do tratamento científico para este caso, a busca da cura se concentraria única e exclusivamente em anular o efeito do veneno no corpo, através do uso de um antídoto específico para o caso. Os *Baniwa* porém, vêem os picados por cobra como pessoas que estão em uma posição fronteira entre a humanidade e a animalidade, sendo que uma alma enfraquecida é tendente a ser tomada por um espírito animal, e sendo assim não só o doente, mas também seus familiares mais próximos (consangüíneos) passam por uma rigorosa dieta com o fim de purificar e demarcar para o doente uma separação entre os dois domínios que se confundem durante o evento patológico (Garnelo, 2003).

Embora a concepção *Baniwa* utilize suas próprias formas de tratar a doença, e seja muito mais abrangente no que tange à área de influência desta, abarcando desde o aspecto mais físico até implicações sociais do estado de não-saúde, isso não impede, porém, que haja uma troca de conhecimento entre estes dois universos diferentes, do saber *Baniwa* e do saber científico. É precisamente em um espaço de abertura e de negociação que estes dois saberes se relacionam, observando, porém, a cultura do outro, seus costumes e maneiras de proceder, respeitando as diferenças.

A relação entre a sociedade “branca” e os povos indígenas do Alto Rio Içana (região onde está localizada a etnia *Baniwa*) é marcada por uma história de violência cultural, onde os “civilizados” procuraram impor seu modo de pensar, chegando ao ponto de mesmo descaracterizar a cultura e a história dos índios, posto que algumas missões promoveram a substituição da diversidade lingüística original pelo *nheengatu*, língua geral do tronco Tupi.

Sem suas tradições, seus ritos, sua língua, estes povos estariam condenados a uma não-história, e por fim ao esquecimento e à extinção. Não foi isso, porém, o que aconteceu com os *Baniwa*. Estes, a partir de um problema grave que acometia aldeias da região da Bacia do Içana (a baixa qualidade da assistência à saúde oferecida pela FUNASA), compreenderam que a solução de seus problemas estava em, ao mesmo tempo que era promovido um resgate cultural, realizar também a melhoria das condições de trabalho e do modo como era conduzido o processo de acompanhamento da condição sanitária das aldeias.

Este objetivo não poderia ser alcançado sem que houvesse um nível mínimo de politização e inserção dos índios em espaços de negociação e pactuação, como por exemplo as organizações do movimento indígena como a FOIRIN e a OIBI. Segundo Barboza e Graveiro (2004) “em decorrência da mobilização propiciada pelo Projeto, a vaga do representante das

comunidades indígenas do Içana/Aiari no Conselho Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira era ocupada pela OIBP” (Barbosa e Graveiro, 2004, pág. 26).

Tal organização foi um dos principais fatores que contribuíram para a manutenção e o resgate da cultura tradicional destes, o que possibilitou uma atuação e uma participação enquanto usuários no SUS para além de simplesmente uma presença nos meios tradicionais de controle social, tais como os Conselhos e as Conferências, mas sim uma verdadeira inserção no sistema de saúde, modificando e adaptando o SUS às necessidades regionais e às características próprias da cultura *Baniwa*, com o desenvolvimento do Projeto Trienal de Medicina do Povo *Baniwa e Kuripako*.

Com o movimento de reapropriação do saber promovido na sociedade *Baniwa* diversos conhecimentos e histórias da etnia foram resgatados, através da escuta do que os mais velhos (detentores de maior conhecimento tradicional) tinham para transmitir às gerações mais jovens, através de uma cuidadosa pesquisa, com posterior registro das informações coletadas.

Este saber não é, porém, livremente disseminado mesmo dentro das comunidades, uma vez que para os *Baniwa* o conhecimento fundamenta o poder político, e a posse de conhecimentos rituais “propiciam a capacidade de intervenção nos processos produtivos e reprodutivos” (Garnelo, 2003, pág. 33). Portanto, ao detentor do conhecimento é atribuído poder sobre as pessoas, poder este que pode manifestar-se sob a forma de uma perigosa influência sobre a vida e a saúde das pessoas. Por isso a transmissão do saber é feita, pelos mais velhos, somente depois de uma seleção do que estes consideram como adequado à circulação pública.

No entanto, embora os saberes tradicionais não sejam livremente disseminados, isto não significa que os *Baniwa*, indistintamente, não possuam alguma base comum de saber, como por exemplo, os ritos dos quais toda a aldeia participa e as ervas medicinais conhecidas por todos. Assim, apesar da distribuição do saber ser desigual, e nem todos puderem participar dele do mesmo modo, este não deixa de ser uma realidade comum a todos os indivíduos da etnia, que podem se utilizar dele, aí em maior ou menor grau, para resolver as diversas situações que se apresentam no dia-a-dia.

CONCLUSÃO

A relação entre o saber popular e o saber médico-científico encerra uma potencialidade que permite aos atores do sistema de saúde, ao compartilharem seus saberes específicos, contribuírem de modo singular na construção coletiva do SUS, ampliando a qualidade da assistência e melhorando o sistema de saúde como um todo. Esta relação deve ser entendida como fruto de uma construção coletiva, onde as etapas dos processos de saúde são pensadas por usuários, gestores e trabalhadores.

No entanto, para que esta troca de conhecimentos seja permanente e efetiva, muitas ações e mecanismos ainda têm de ser desenvolvidos e ampliados, para que seja possível compreender a relevância da atuação dos diversos atores, cada qual contribuindo com o seu saber. Esses, apesar de seu caráter diverso e por vezes contraditório, são na realidade a base de um processo no qual a compreensão mútua e a pactuação constroem a rede de saúde.

Neste estudo procuramos denotar a potencialidade destes processos no interior tanto da dinâmica assistencial quanto dos espaços onde articulam-se os diversos poderes que perpassam as instituições. Demonstrando a relevância do campo social no processo de singularização (Guattari e Rolni, 1999) do indivíduo, haja vista a interdependência entre o indivíduo e a sociedade.

Nesse sentido a experiência dos *Baniwa*, traz à tona questões referentes às compatibilidades e incompatibilidades no conhecimento do processo saúde-doença. Desse modo é reforçada a idéia da importância e da capacidade do popular de participar do SUS; no entanto os dois discursos (popular e médico-científico) são semelhantes, pois a despeito do conhecimento sobre o processo saúde doença ser vivenciado sob uma ótica distinta por cada um deles, tratam essencialmente de um mesmo assunto, a doença, podendo-se identificar nos dois discursos muitos pontos que, embora não sejam congruentes, possuem a capacidade de se relacionar para a promoção de práticas que complementam-se no dia-a-dia da saúde.

No entanto, os saberes tradicionais não se apresentam de modo igualitário na sociedade, tal fato não impede que os indivíduos possuam bases comuns de saber, como por exemplo, os ritos e outros pontos de conhecimento comuns à toda a sociedade, de modo que é possível transpô-los através do saber popular nas dinâmicas do Sistema Único de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

ALESSIO, Nelson Luiz Nouvel, FARAH, Marta Ferreira Santos e FUJIWARA, Luis Mario (orgs.). *20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania*. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania 1999

BARBOZA, Hélio Batista e GRAVEIRO, Silvia (orgs.). *Na trilha da cidadania – Iniciativas para a promoção dos direitos das comunidades indígenas*. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, 2004

BENEVIDES, Regina e PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? . *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 2005, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989

BRASIL, 1910. Exposição de Motivos e Decreto N. 8.072, de 20 de junho de 1910. Crêa o Serviço de Protecção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionaes e approva o respectivo Regulamento. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1910

BRASIL, 1988. Constituição Federal de 1988

BRASIL, 1990. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL, 1990. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

BRASIL, 1999. Portaria 1.163, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

BRASIL, 1999. Lei 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

CAMINHA, Pero Vaz de. *Carta ao Rei D. Manuel*. Rio de Janeiro: Ediouro, 1997

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 2000, vol.5, no.2, p.219-230.

Estampas do Rio: a cidade nas décadas de 1940 a 1960. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2001

GARNELO, Luiza. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003

GUATTARI, Félix e ROLINI, Suely. *Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Editora Vozes, 1999

LEWIS, Clive Staples. *As Crônicas de Nárnia*. São Paulo: Martins Fontes, 2002

LOBATO, José Bento Monteiro. Velha Praga in *Urupês*. São Paulo: Editôra Brasiliense, 1959

LOBATO, José Bento Monteiro. Urupês in *Urupês*. São Paulo: Editôra Brasiliense, 1959

Ministerio da Agricultura, Industria e Commercio, 1928. *Decreto n. 5.484, de 27 de Junho de 1928. Regula a situação dos indios nascidos no territorio nacional*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1928

Ministério da Agricultura, 1949. *Atividades do S.P.I.*

Ministério da Saúde, 2000. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*

Ministério da Saúde, 2003. *Política Nacional de Humanização*

Ministério da Saúde, 2004. *Por que uma Política Nacional de Humanização?*. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390. Acessado em: 11 de nov. 2004

MUSEU DO ÍNDIO, Rio de Janeiro. *Museu do Índio: 30 anos, 1953-1983*. Edição Comemorativa. Rio de Janeiro, 1983

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira. *(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985

PLATÃO. *Protágoras*. Belém: EDUFPA, 2000

PLATÃO. *A República*. Belém: EDUFPA, 2000

SCLIAR, Moacyr. *Do mágico ao social*. São Paulo: L&PM Editores, 1987

Senado Federal, 1993. *Legislação Indigenista*. Brasília: Subsecretaria de Edições Técnicas, 1993

UJAVARI, Stefan Cunha. *A história e suas epidemias - a convivência do homem com os microorganismos*. Rio de Janeiro: editora SENAC rio; editora SENAC são Paulo, 2003

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública*, 1998, vol.14, supl.2, p.07-18

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cad. Saúde Pública*, 1999, vol.15, supl.2, p.7-14