

Medicina convertida: Entrevista com Luiza Garnelo

*Danilo Paiva Ramos e Stelio Marras
Universidade de São Paulo*

“De repente eu estou me sentindo uma decana dando entrevista para o pessoal da USP”, brinca Luiza Garnelo logo que chegamos para o encontro marcado. Decerto que sua extensa experiência etnográfica junto aos povos amazônicos do Rio Negro contribui para esta jocosa impressão. Como o hábito faz o monge, a etnografia faz decana a antropóloga, replicamos. Nascida em Manaus, Maria Luiza Garnelo Pereira formou-se bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM) em 1980, depois bacharel em Filosofia pela mesma instituição em 1989, ainda mestra em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) em 1992, e finalmente doutora em Antropologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em 2002. Atualmente é pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz em Manaus (FIOCRUZ) e também professora da UFAM. Especialista em antropologia da saúde, Garnelo estuda os sistemas tradicionais de doença e cura de populações indígenas do Alto Rio Negro, em especial dos Baniwa. Médica convertida em antropóloga, não abandonou, contudo, aquela atividade em suas frequentes estadas em campo. Notável trajetória ambidestra, também de engajamentos e reflexões, que podemos captar nesta entrevista realizada em São Paulo, setembro de 2009.

Você poderia traçar brevemente sua trajetória que combina a medicina à antropologia em seu interesse pelos povos amazônicos?

Luiza Garnele: Eu fui fazer medicina porque era o único caminho para ser psiquiatra, mas acabei gostando de medicina ao longo do curso. Durante os seis anos de medicina, trabalhei num hospital psiquiátrico e prossegui, depois de formada, por um longo tempo. Depois resolvi fazer Saúde Pública para ver se, a partir de quem está na gestão, era possível melhorar o serviço público. E foi aí que eu conheci a antropologia, num curso de especialização em antropologia da Amazônia, e achei tudo interessante demais. A sociologia que é oferecida para quem é ou vai ser médico, ou para qualquer outro curso na área de saúde, é muito frustrante. Porque ela não te diz nada sobre a realidade do dia a dia, absolutamente nada. Ela fala sobre coisas muito gerais, muito abstratas, e isso não te permite atuar com aquela pessoa que está na tua frente. E a antropologia permitia. Era um modo para enfrentar, por exemplo, o problema que a gente tinha com os nossos pacientes psiquiátricos da Amazônia: nenhum deles fazia aqueles quadros bonitos que Freud descreveu, quadros estruturados, com aqueles delírios bacanas, nada. Era tudo muito diferente e não batia com o diabo do que os livros tratavam. Então a gente passava o tempo inteiro querendo um paciente daqueles de delírios todos arrumados, mas esses eram exceção absoluta.

Já em 1989 eu estava trabalhando com população indígena no Rio Negro, mas eu tinha muito material com população cabocla. Então eu já trouxe para o mestrado uma pesquisa quase pronta com parceiras caboclas [“Fazendo Parto, fazendo vida. Diss Mestrado. PUC, 1995]. Mas depois do mestrado nunca mais trabalhei com caboclos. Enverei definitivamente para os índios.

Eu fui colonizada pelo André Baniwa, que eu conheci trabalhando na FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro). Eu recebi um telefonema dele dizendo: “Olha, nós precisamos da ajuda de vocês”. E eu digo: “Sim, mas do que é que vocês estão precisando?” E ele: “A gente precisa que vocês deem um curso de medicina tradicional para os agentes indígenas de saúde. Eles não sabem nada sobre a nossa medicina tradicional. Nós estamos ficando nervosos porque eles só querem aprender remédio de branco e isso é muito ruim”. Eu digo então: “Mas eu não sei nada da sua medicina tradicional. Como é que eu posso ensinar isso?” E ele: “Eu não sei, mas a senhora dá um jeito”. Então marcamos uma conversa e achamos que devíamos começar pelas plantas medicinais. Eu nem sequer sabia que existiam na época. O André Baniwa entendia que esse era um tema que iria circular bem, que podia interessar tanto crentes quanto católicos. Fomos atrás dos velhos que sabiam dessa medicina tradicional e o projeto durou quatro anos. Daí eu já estava completamente envolvida com as demandas Baniwa. Inevitavelmente passei das plantas para as doenças e para a terapêutica e as dietas. E da patologia passei para a cosmologia. Nesse período eu produzi um manual de doenças tradicionais Baniwa [Manual de Doenças Tradicionais Baniwa. Ed: EDUA, 2001], destinado aos agentes de saúde. Nós coletamos muitos mitos e sistematizamos muitas informações sobre as doenças para produzir um material acessível aos agentes. Eu tenho feito esse trabalho com escolas e comunidades naquela região.

Como você considera os serviços médicos públicos, normalmente padronizados em seus procedimentos, face à variada realidade indígena? Como conciliar prováveis disparates?

LG: Nem todo sanitarista do SUS (Sistema Único de Saúde) concorda em segmentar a política de saúde para uma população específica. Há alguns problemas políticos, teóricos e ideológicos nessa concepção. Existe muita gente que tem uma ideologia de redução da desigualdade, de redução das diferenças. A antropologia, particularmente a mexicana dos anos 50, tende a tomar índio e pobre (ou campesino) como a mesma coisa. Junta tudo na chave dos subalternos, da classe dominada. Há um viés marxista totalizante subjacente a essa concepção. A solução para os índios é a mesma solução para os pobres. “Vamos melhorar a distribuição de renda, vamos melhorar o acesso aos bens públicos”, e por aí vai. Esse raciocínio aparece de vez em quando. Eu já tive alguns problemas com sanitaristas importantes no país por conta desse tipo de visão. No entanto, a gente tem uma arma prevista pelo próprio princípio do SUS, que é o da equidade, o que significa o seguinte: já que há uma desigualdade na sociedade, então é preciso dar suporte diferenciado para aqueles que estão em situação de maior desigualdade para que eles possam ter mais chances de ser iguais. É nisso que a gente se pega toda vez que alguém resolve implicar com o DSEI (Distrito Sanitário Especial Indígena).

O DSEI é um produto inacabado da proposta do SUS (Sistema Único de Saúde), ainda um espaço de branco. Os agentes de saúde atualmente são convidados indesejáveis no DSEI. Por mais que eu não goste, isso é um fato. Não há espaço para eles. No Rio Negro observamos uma implosão do papel de agente de saúde desde que o DSEI foi implantado. E a FOIRN (Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro) tem uma visão claríssima sobre essa grande insatisfação do papel dos profissionais de saúde, desse papel de ser logístico, ser carregador do motor de popa, ser apenas o cara que fecha o posto. E toda a riqueza do conhecimento que ele tem sobre a população não ser-

ve para nada. Não é usado para nada. O sistema de saúde é excludente mesmo. Ele tenta ao máximo objetivar as relações, retirando contexto. Ele está estruturado assim.

O que tínhamos em nosso país quando o SUS foi instituído era uma diversidade brutal de prestadores de serviços sem nenhum comando, sem nenhum tipo de articulação, nenhum tipo de coordenação que integrasse. Ou seja, não era um sistema de saúde, mas muitas instituições fazendo as coisas mais despropositadas. A utopia era articular os esforços, inclusive para evitar desperdícios. Era o que estava subentendido pela noção de único (Sistema Único de Saúde). Também devemos lembrar quem criou e operacionalizou o SUS. A maioria absoluta dessas pessoas era de sanitarista ligado a partidos comunistas. Ou seja, aquela noção do centralismo e do planejamento central está na raiz do SUS. E isso é, em grande medida, necessário num contexto extremamente capitalista. O capitalismo em saúde é particularmente cruel porque se ganham bilhões de dólares em cima da morte e do sofrimento das pessoas, oferecendo medicamentos e equipamentos que, nem sempre, são aqueles que as pessoas precisam. Por isso o SUS não era algo mal vindo, já que precisávamos de ordenação política, necessidade de coordenação centralizada. Agora, o problema passa a ser o de fazer conviver com a democracia: aí um dos calcanhares de Aquiles do SUS. Nós que somos profissionais de saúde – e agora eu estou abstraindo meu lado de antropólogo –, queríamos que o Ministério da Saúde mandasse mais, interviesse mais nos estados, para fazer corretamente coisas que o dirigente não está fazendo, inclusive para evitar desvio de recursos. Basta lembrar a magnitude do desastre que o Maluf fez em São Paulo com o PAS. As pessoas foram extremamente prejudicadas e foi preciso esperar o governo subsequente para reverter o estrago. Mas e o prejuízo já feito? Daí que, desse ponto de vista, o sanitarista não pode mesmo

ser muito democrático. Mas como fazer com a questão da diversidade? O princípio do SUS é o mais ambíguo possível: promover equidade e diversidade ao mesmo tempo. E aí há nuances infinitas na gestão do dia a dia. Por exemplo, vamos pensar num programa como o programa de controle à tuberculose. É um dos mais antigos, muito anterior ao SUS, um dos mais bem estruturados do país, com um pacote de normas objetivas, claras. Então, se você tem um paciente com sintomas respiratórios, ou seja, tosse há mais de quinze dias, você segue esse e aquele procedimento. Tudo amarradinho, tudo bonitinho, tudo muito bem conceitualizado, tudo muito bem operacionalizado. Num programa como esse, tecnicamente está tudo muito bem resolvido. Não tem muito para onde fugir. A gente precisaria de um tratamento um pouco melhor, mais curto, com drogas um pouco menos tóxicas, mas afora isso a parte técnica e normativa desse programa está muito boa. Só que, no entanto, ele não funciona. Quando era menos democrático do que hoje, quando era menos SUS, funcionava bem melhor. Era um programa vertical que intervinha nas unidades de saúde. Quando se democratizou e se entregou as responsabilidades para a gestão local, o negócio afundou. Houve uma série de razões para isso, mas nós apontamos as razões ligadas à cultura médica, como a recusa dos médicos em atender pacientes com tuberculose. Isso é profundamente irracional. Eles não deixam de atender toneladas de pacientes com tuberculose todos os dias, mas que vêm com outras queixas; parece que todos fingem que a tuberculose não existe. Os pacientes não são nem diagnosticados como tal. Isso acontece cotidianamente no serviço de saúde. Quer dizer, a gente tem um programa padronizado, mas as coisas não funcionam. Problema de falta de organização dos serviços para buscar o paciente em casa, recusa dos pacientes, o estigma. Então o SUS tem um patamar de normas técnicas, generalizantes, calcadas

na ideia de uma natureza igual em qualquer lugar, e uma realidade que não é padronizável, mas estritamente dependente dos contextos locais. Aí não tem estratégia para lidar com isso; o SUS falha, os profissionais de saúde não sabem o que fazer.

A antropologia da saúde no nosso país foi construída a partir da demanda do SUS e da área da Saúde Coletiva. Uma parte grande de nós é sanitarista tentando fazer antropologia. É de fato mais voltado para o mundo prático, o mundo operativo, menos que para o acadêmico. Quando comecei a trabalhar com a FOIRN, eu me incomodava bastante com a ausência de interesse da Federação nos assuntos da saúde. Os índios não davam a mínima para esse assunto porque era o tempo áureo da demarcação. Depois sim a saúde entrou na pauta, porque é um tema que realmente une as pessoas independentemente das diferentes matrizes culturais. Quando se começou a pensar no subsistema de saúde, não havia muita adesão dos índios porque não era uma bandeira de interesse naquele momento. Claro que sempre importou, mas uma coisa é demandar voadeiras e remédios, e outra coisa é criar um novo protagonismo, uma nova política pública. Quando começou a ter essa movimentação, a primeira expressão pública de que me lembro aconteceu na Primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1986. É quando surge essa ideia de se fazer um subsistema. Os índios indicaram tomar para si a autogestão da saúde, criar um sistema indígena de saúde, como, aliás, aconteceu no Canadá, e os militares tiveram, na época, um verdadeiro chique. Daí que ficamos com um sistema do governo para os índios, regido pela legislação brasileira, com as leis de licitações plenamente vigentes, e com as contradições próprias do SUS. Daí também que o Ministério da Saúde acumula um problema que nunca foi resolvido – e à luz da legislação brasileira atual ele não tem solução. O Ministério da Saúde é construído no âmbito do Sistema Único de

Saúde, mas quando fundem o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência, surge a utopia da descentralização. E descentralização, na linguagem do Ministério da Saúde, significa municipalização. O município se torna a unidade mínima de gestão político-administrativa e operacional do SUS: é a ideia de que o município está mais perto do cidadão. Sim, vamos acabar com essa centralização de Brasília, com esse federalismo radicalizado do governo brasileiro, mas ninguém pensou em índio quando pensou nisso. O foco sempre foram os espaços urbanos. Eu me lembro de uma conferência de saúde estadual em Manaus em que o mote daquele ano era “A municipalização é o caminho”. Daí os índios fizeram uma faixa bem grande com o bordão contrário: “A municipalização não é o caminho”. Foi um choque na plenária, cheia de municipalistas que não se relacionavam com o problema indígena. Esse é um problema estrutural do subsistema, que até hoje não está equacionado. Há um consenso na maior parte do Brasil de que o município, pelo menos para a questão indígena, não é o caminho. E os índios moram nos lugares mais pobres em termos de desenvolvimento econômico, de rede saúde, falta de acesso, assistência de péssima qualidade. É esse o sistema que desejamos para as pessoas? Não. Isso tudo para não falar das contradições, das oligarquias, dos problemas todos do etnocentrismo, até violência física. Quando participei da implantação dos DSEI aqui no Amazonas, entre 1991 e 1994, vi os índios vetando pessoas que faziam atendimento a eles porque eram filhos de matadores de índios; essas pessoas tinham pais ainda vivos, que tinham como profissão ser matador de índio no vale do Javari. Como é que se constrói um sistema com esse tipo de parceiro, de funcionário? Não dá.

Então essa contradição da municipalização não teve nenhuma solução. Não apareceu ninguém que conseguisse equacionar. Porque isso implicaria mudança de lei. E hoje o Ministério da Saúde está engessado

nessa política de distribuir a gestão dos serviços de saúde, seja para o município, para o estado, para uma ONG ou quem for. Em 1990, no governo Collor, apareceu uma solução que na época pareceu ser a mais fácil: a de passar para a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) a incumbência de gerir a saúde indígena. A FUNASA era um braço executivo do Ministério da Saúde sem função naquele tempo, porque o que ela fazia, que eram as ações das antigas fundação Sesp (Serviço Especial de Saúde Pública) e da Superintendência de Campanhas (SU-CAM), estava sendo municipalizado. Parecia uma solução perfeita. Ou seja, você contornava os problemas sem ferir a legislação, de modo que a entidade assumia autonomia para executar serviços que estavam em vias de extinção. Ótimo se a FUNASA não fosse um órgão em estado moribundo.

Quando eu trabalhei na FUNASA ela já estava em franca inanição e sem rumo, e assim continuou por muito tempo. Tem sido assim desde a época que eu acompanho o processo; uma instituição em que o presidente da FUNASA não tinha ingerência sobre o coordenador regional. Era deputado tal, ou qual, que escalava quem quisesse; era senador que tirava quem quisesse, e não tinha nenhum tipo de coordenação técnica. Aí entra o problema do “único” no Sistema Único de Saúde. A gente fica com vontade que fosse um pouco mais único para tirar aquele cara dali, botar aquele outro, que é melhor, lá. Mas não tinha essa combinação. Então a FUNASA sofreu um grande descompasso em relação à sua missão. Não se aparelhou para lidar com a questão indígena.

Nessa conjuntura do funcionamento do subsistema de saúde indígena parece que as autoridades entendem que a mão de obra tem que ser municipal ou estadual, ainda que isso contrarie uma das bandeiras históricas do movimento indígena. Para isso, até agora, não houve solução, porque nunca se criou um quadro para a saúde indígena. São

coisas que precisavam de um nível de gestão e de poder de decisão bastante elevados. E aparentemente essa não é uma bandeira muito simpática para os ministros. Ninguém parece dar muita atenção a isso, a não ser quando as denúncias dos índios incomodam.

Esses problemas estruturais continuam sem solução. Quem vai executar, como vai ser feito isso, qual é a relação com o município, qual será o modelo de assistência para a saúde indígena? Nada disso está equacionado. Os índios da Amazônia foram claramente preteridos ao longo desse processo de gestão. As entidades indígenas esmoreceram na militância no campo da saúde indígena, e eu acho que esse processo não foi ainda devidamente analisado por nós. Muitas entidades foram acusadas de nepotismo. Mas nepotismo do ponto de vista do branco, não é? Do ponto de vista do índio do Rio Negro, são os irmãos as únicas pessoas confiáveis para contratar. Como é que nós lidamos com isso? Eu não sei. O irmão do pode ser ótimo, mas politicamente pode ser uma negação em termos gerenciais. Como fazer com isso? É preciso refletir. Como os políticos brasileiros resolvem esse problema? Eles dizem: Claro que eu tenho que chamar a minha mulher para ser minha assessora, é a pessoa em que eu confio, com que eu durmo. Não foi isso que o Mão Santa disse quando foi interrogado a respeito de nepotismo? Mas parece que pra branco pode. Só os índios não podem fazer nepotismo. Se, no caso indígena, os irmãos são os de maior confiança do dirigente, quem sabe então não devemos qualificá-los tecnicamente? Não sei qual a melhor saída, mas não podemos ignorar o problema, particularmente se dissemos que o sistema de saúde deve ser “culturalmente adequado”.

Se levarmos às últimas consequências os achados teóricos da etnologia contemporânea, segundo os quais é preciso abandonar a noção

de mononatureza, que confere unidade a todo corpo humano, em favor de uma multinatureza, que por sua vez aposta na diversidade ontológica dos corpos, conforme se apura etnograficamente, como então imaginar uma interface entre a concepção da unidade e a da diversidade dos corpos na atuação das políticas médicas e sanitárias junto aos índios?

LG: Acho muito interessante essa noção de diversas naturezas, mas os antropólogos precisam explicar bem o que significam essas diversas naturezas, porque em termos da biologia nós não temos ferramentas para operacionalizar isso. O que imagino, sobretudo pensando na biologia contemporânea, é que temos algo como um sistema musical: um conjunto finito e limitado de notas fazendo mil arranjos. Possivelmente temos um conjunto finito e limitado de elementos biológicos que nos constituem com arranjos infinitos. O esforço da biologia até hoje foi entender o que é invariante, e nós não temos ferramental ainda para entender como esses invariantes se combinam em múltiplas formas de expressão fenotípica. De fato não foi esse o ideal sempre perseguido pela biologia. Só hoje a gente está tentando começar a entender essas interfaces. Nesse sentido, eu acho a ecologia mais interessante que a biologia, porque a ecologia já surge com a tarefa de enfrentar interfaces. É preciso entender os elementos que estão interagindo ali, o ambiente sistêmico e aberto a mil repercussões contínuas.

Em todo caso, eu acho que, paradoxalmente, esse próprio sistema de medicina mercantilizada pode nos levar para a atenção às diferenças. É quando a indústria farmacêutica chega num patamar de exaustão com venda de medicamentos a partir desse modelo [da mononatureza] e então começa a se mobilizar. É o que se vê hoje na indústria de cosméticos, que se tornou, nesse sentido, ponta de lança das inovações.

Já se começa a produzir medicamentos personalizados em larga escala. Personalizá-los significa entender a variação da função biológica. Quem sabe por aí se reencontre a noção de natureza múltipla com que os antropólogos sempre estão trabalhando. O fato é que para se produzir uma ação em saúde é preciso ter um encontro entre as duas coisas, a unidade e a diversidade. É condição para se conseguir uma ação efetiva no sentido de alterar corpos, intervir neles. Acho que essa é uma tendência para as próximas décadas. É o caso da dinâmica das proteínas no metabolismo das pessoas. Por que essas reagem de um jeito e aquelas de outro? Por que o estresse ambiental faz com que se tenha determinadas reações aqui e outras reações ali? E a antropologia aparece como especialmente precursora dessas coisas. Toda vez quando leio a aula inaugural do Lévi-Strauss, eu fico pasma de admiração. Como foi possível que ele compreendesse essas coisas numa época em que não havia nenhum estudo sobre neurotransmissores? Ou seja, ele antevia esse tema a partir da perspectiva da cultura. Ora, a genética de ponta está fazendo exatamente isso que Lévi-Strauss antecipou há décadas. Não há determinismo genético, mas muitas modulações que o ambiente natural ou socionatural vai favorecer, na interação entre o sujeito e a estrutura social e ambiental que lhe dá contexto. São estudos assim que nos permitiriam entender, por exemplo, a razão de uma pessoa ser mais depressiva que outra.

Eu tenho mesmo a impressão de que vai chegar o dia em que vamos concluir que não há invariantes. O que importará serão menos as bases do DNA (Adenina, Guanina, Citosina, Timina) e mais o arranjo entre elas, a maneira como se combinam e as nuances proteicas dentro de cada uma delas – a infinita singularidade que é cada pessoa.

As bases do DNA dão uma unidade muito provisória, apenas a partida para construir um ser humano. Mas quem disse que todas as bases

proteicas do meu corpo são exatamente iguais entre si? Não são. A gente capta claramente o etnocentrismo da ciência na produção de medicamentos. Todas as doses de medicamentos, todos os efeitos colaterais previstos nas bulas ou nos livros de farmacologia, se referem a experiências que têm como parâmetro o homem branco com sessenta quilos. E assim também se ensina na escola de medicina. Os estudos clínicos também têm esse parâmetro. As variações hormonais das mulheres, por exemplo, nunca são contempladas. Pessoas que pesam 48 kg, como eu, também não estão contempladas. Apenas se faz uma continha de matemática para registrar o tamanho da dose. O que nós fizemos como sociedade de massas foi transformar tudo num parâmetro standard para poder repassar melhor. Nuances são exceção estatística. A estatística unicausal, unilinear dominante, não permite lidar com as variações. Nem com as pessoas excepcionais e nem com a exceção em nossa tecnologia.

Mas também é verdade que hoje o ideal da ciência parece contrariar aquele antigo ideal da ciência positivista, a busca dos invariantes, o universal em todo lugar. Nunca foi projeto científico buscar a variação. Mas agora isso mudou. O mercado acumulou essas contradições e é possível que, felizmente, possa se tirar bom proveito disso.

Pode dar um exemplo de como esses encontros ou desencontros entre matrizes cosmológicas tão distintas ocorrem na prática?

LG: Se você está trabalhando num ambiente como o da UTI de um hospital, ambiente super especializado, ali não tem muito espaço para a cultura não. Nesse tipo de situação, em que a pessoa está grave, perto de morrer, você deve fazer intervenções muito violentas no corpo, intervenções que

devem ser muito precisas. Eu entendo perfeitamente o ponto de vista do profissional que está ali. Não tem outro jeito: o doente cala a boca e aguenta. Você não pode se dar ao luxo de ficar fantasiando sobre o que a pessoa pensa, ou sobre a cultura dela, quando ela está ali com o coração parando. Esse é o estresse da coisa. Mas claro que há muitos gradientes na saúde. Há muita coisa relacionada principalmente com relações contratuais, ou relações de partilha entre pessoas, e a Saúde Pública também deve se preocupar com isso. Esse conceito de relação médico-paciente, por exemplo, precisava ser completamente reestruturado, porque essa relação supõe a ideia de um contrato livre entre dois sujeitos descontextualizados. E isso não existe. Por isso que quando o Luc Boltanski recoloca o problema do ponto de vista da cultura francesa, considerando as classes sociais do corpo, aí de fato se cria uma abertura para os gradientes. O que nós não temos é conhecimento acumulado sobre quem são os pacientes com quem nós estabelecemos, ou imaginamos que estabelecemos, relações contratuais. Quem são essas pessoas? Aliás, e quem sou eu que estou no serviço de saúde atendendo? O serviço de saúde faz isso: ele retira o contexto das pessoas, e isso é muito ruim. Mas quando você tem uma proposta como a da Saúde da Família, em que médico, enfermeiro e agente de saúde saem do serviço para ir à casa do sujeito, a coisa muda completamente. E aí as surpresas: o que você vai fazer lá? E se a casa do sujeito for uma casa indígena que exige uma etiqueta danada para receber alguém? Como se faz isso? Não sabemos; não tem discussão acumulada sobre o assunto.

Se o médico acha que o paciente é capaz de entender o que ele está dizendo, então ele explica. Se o médico acha que o paciente é incapaz, ou seja, que o paciente pertence a um outro extrato sociocultural distinto daquele do médico, então ele não explica, porque ele julga inútil; porque ele não vai jogar pérolas a porcos. Isso está subentendido nessa relação. Mas têm ainda outras nuances nesse cenário. Por exemplo, as

chamadas terapias alternativas. O paciente “branco” de classe média, que partilha de matriz cultural semelhante ao do médico, é quem procura essas terapias alternativas. Não são os pobres. São os pacientes de classe média que, em tese, deveriam ter mais afinidade com a medicina tecnicizada. E por que a pessoa vai para a yoga, para o xamã, para as terapias orientais? Porque ela não tem acolhimento na medicina convencional. Porque, de fato, o treinamento médico é para ser eficaz sobre o sintoma de um corpo a-histórico, um corpo biológico. Tirando os psicoterapeutas, que não se pode nem ser considerados médicos num sentido mais geral, nenhum outro profissional tem bom treinamento para lidar com o sofrimento das pessoas.

Entre 2005 e 2008 fizemos um trabalho interessante num projeto de avaliação da atenção primária à saúde na cidade de Manaus [Programa de Avaliação da Atenção à Saúde da Família em Municípios com mais de 100.000 habitantes – PROESF]. Na verdade, era um grande projeto do Ministério da Saúde e nosso grupo ficou responsável pela Amazônia Ocidental. Fizemos pesquisa etnográfica, entramos no serviço de saúde e passamos dois meses acompanhando diariamente o atendimento das pessoas. Eles permitiram que nós entrássemos nos consultórios dos médicos, na enfermaria. E nós temos algumas etnografias muito minuciosas do atendimento. Publicamos um trabalho. O outro as revistas rejeitaram. Até agora, três revistas já rejeitaram. A reação dos pareceristas da área da Saúde é desesperadora. Dizem que estamos falando mal do serviço, que escrevemos em tom acusatório, porque, na verdade, os resultados da pesquisa mostram uma enorme violência simbólica no atendimento que é feito aos frequentadores das unidades básicas de saúde. Eu ainda não tive paciência para reestruturar os artigos de uma forma que eles possam ser publicados, sem que os pareceristas das revistas entrem em surto.

Como você avalia esse desafio de se considerar o contexto de surgimento ou superação de doenças frente à prática médica ocidental da descontextualização do paciente, tão expressa na produção e circulação dos produtos farmacêuticos laboratoriais?

LG: O que observamos nas etnografias é que as pessoas falam do seu sofrimento na consulta do médico e da enfermeira, e perceptivelmente o profissional troca de assunto. A pessoa apresenta cinco ou seis sintomas. Por exemplo, sintoma de sofrimento: o marido que espanca, problemas em casa, filho que é drogadoicto, e uma dor que está sentido bem aqui, na barriga. A reação do médico é imediata: “Como é a sua dor aí?”. Ou seja, os profissionais de saúde não têm ferramentas para lidar com o contexto que promove a doença. Ao contrário, eles têm que ignorar. Na pesquisa vimos médico se confrontando com pacientes, reagindo agressivamente porque o paciente não voltava todo mês para pegar o remédio de hipertensão. Mas ele era um trabalhador marítimo, que viajava durante dois meses em barco pelos rios da Amazônia. Ouvimos médico reclamando que esse negócio de “questão cultural” era muito importante, mas que essa cultura não atrapalhasse o serviço. Essa é a inocência de alguém que está querendo que o serviço melhore. Tudo ficaria bem se tirasse a cultura do meio da história. Tomam a cultura como obstáculo, ao invés de entendê-la como cenário, contexto, no qual se vai atuar. Já vi “a cultura como obstáculo” aparecer até em materiais da OPS (Organização Pan Americana de Saúde). A gente encontra uma postura etnocêntrica nos lugares e situações mais imprevistos.

Hoje tem uma mudança do perfil epidemiológico da população mundial. No nosso país, em particular, acumulamos dois grandes tipos de desgraça: doenças transmissíveis, que é doença de pobre, com doenças crônicas não transmissíveis, que são doenças de quem come demais e é sedentário;

é doença de que se estressa demais, de quem é infeliz. Então nós acumulamos as duas coisas. Esse cenário das doenças crônicas não transmissíveis é o cenário de doenças completamente relacionais. Os comprimidos que nós temos não serão capazes de fazer com que as pessoas lidem com as suas infelicidades, com a sua sobrecarga de trabalho, com a sua ambição, com todas as coisas que fazem com que você fique mal. E o que fazer com a solidão das pessoas na cidade grande? Médico nenhum resolve isso. Esse é um cenário de interesse para o campo da antropologia da saúde.

Eu estou mais íntima com o cenário indígena. Dos índios que eu conheço, todos acham muito interessante o remédio de branco, porque permite a eles fazer um parêntese nesse contexto tão complexo com que têm que viver diariamente. Eles gostam, mas isso não quer dizer que abram mão das outras coisas. Já o ponto de vista dos médicos nunca conta com a existência de diferenças na medicina não hospitalar. Os médicos não fazem ideia de que na medicina comunitária, na medicina indígena o paciente é sujeito; ele não é paciente de nada, porque ele decide exatamente o que ele quer fazer. Num hospital, num dos espaços de maior subalternização que alguém pode vivenciar, você perde até o nome; é instituição total, no sentido de Foucault. Você não tem privacidade, as pessoas invadem o teu corpo diuturnamente, você não tem hora para ser picado, furado, espetado. Você está dormindo, alguém acende a luz para medir a tua pressão, tua temperatura. A violência sobre a pessoa no hospital é uma coisa terrível.

De alguma forma nós temos que achar uma saída para isso. Não podemos continuar com essa divisão: o contexto é lá e o remédio aqui. Pouco se pensa sobre os limites da medicação farmacêutica. Os remédios são eficientíssimos. Eu não viajo sem remédio para a área indígena. Eu não vou abrir mão disso. Agora, uma coisa é você tomar remédio numa situação aguda, outra coisa é você estruturar as suas respostas sociais em torno de

um limite: precisa tomar o remédio para resolver tua vida. É isso o que nós estamos fazendo como sociedade.

Os índios têm muita informação sobre medicina de branco. Eles são clientes de medicina de branco. E não só com medicina feita por médico. Eles se automedicam. Eles compram remédio de regatão e, atualmente, eles consultam a internet como qualquer sujeito urbano na sua casa faz quando ele quer saber as coisas. O que eu percebo é que precisamos trabalhar melhor a nossa teoria para refletir sobre o que são essas interfaces entre a saúde que é praticada nos estabelecimentos dirigidos à população indígena, as demandas que eles têm para nós, e o que eles fazem de fato com esse contato, com essa interação com o serviço de saúde do branco. Aí eu acho que a gente precisa ser modesto. Nós precisamos trilhar o caminho da antropologia. É preciso ter muito trabalho de campo para investigar sobre essas situações para, depois, e só depois, produzirmos teoria. Está faltando etnografia sobre o que são os sistemas indígenas de doença e cura, que são pouco conhecidos. Atualmente já nem falo mais com o Ministério da Saúde sobre a questão de DST e AIDS. Eu entendo que, enquanto não tivermos um conjunto mínimo de informações, pelo menos em relação a algumas culturas, sobre o que seja a sexualidade indígena e sobre o que são as doenças ligadas a esse campo não adianta ficarmos com papo furado sobre promoção à saúde, prevenção de DST e AIDS. O que nós sabemos sobre o comportamento sexual indígena? Nada. Não sei bem por que. Será que puritanismo dos Antropólogos? Por que ninguém quer mexer com isso? E eu nem acho que os índios são tão resistentes a esse tipo de papo. Eu acho que nós somos puritanos. E também há os limites da língua, porque é preciso ter um domínio excelente da língua para trabalhar com esse tema.

No sistema de saúde se está falando bobagem sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre indígenas. Não temos a me-

nor ideia sobre padrões valorativos e de comportamento relacionados à sexualidade. Não temos conhecimentos suficientes sobre esses sistemas. Há algumas monografias excelentes, mas precisamos sistematizar esse conhecimento, induzir algumas pesquisas para isso, gerar um corpo de informações consistentes.

A relevância da antropologia é toda, mesmo correndo o risco de meus colegas antropólogos ficarem furiosos comigo por eu dar a entender que a antropologia pode ser instrumentalizável para o trabalho em saúde. Mas eu me sinto, de fato, nessa interface. Como alguém que pensa a antropologia como instrumento para a saúde e a saúde como instrumento para a antropologia. Eu não acho que seja irrelevante você ter uma formação técnica em qualquer área e virar antropólogo. Isso lhe dá muito menos tendência de ser um viajante eventual numa determinada realidade. Claro, isso pode ser vantajoso, ou não, dependendo de como se faz uso das suas ferramentas teóricas. Chamo a atenção para o fato, nada incomum, de que o profissional de ciências humanas recebe um condicionamento férreo para não se envolver com a realidade. Isso faz parte mesmo de seu ethos profissional. Quer dizer, precisamos melhorar a comunicação entre as profissões. Em geral, acontece que o profissional de saúde quer um antropólogo “porta de cadeia” para lidar com índios rebeldes. Quando surge um problema assim, eles dizem: “Fala com o antropólogo para colocar esses índios no jeito”. Já o antropólogo, por sua vez, tem dificuldade em aceitar as contingências do dia a dia, como a necessidade de algumas intervenções.

Como imaginar, por exemplo, uma maior ou mais eficaz colaboração entre práticas xamânicas e práticas médicas modernas no trato das doenças indígenas?

LG: Sou contra a presença de xamã em hospital, a não ser para uma situação específica, digamos, emergencial, em que a família ou o doente solicita o xamã. Sou contra o xamã estabelecido como serviço. Você consegue imaginar isso? Você entra no hospital e ali estão o Doutor Fulano, o Doutor Sicrano e o Doutor xamã. Isso é uma maluquice. Agora, eu conheço alguns índios profundamente entusiasmados com isso. Alguns, no Alto Rio Negro, conheceram isso na Colômbia, onde havia o consultório do xamã. Eu sou absolutamente contra, porque xamã é um sujeito que só faz sentido no contexto da cultura que o gera. Que diabo ele está fazendo na cultura do hospital? Para mim isso é muito esquisito. Além disso, vamos lembrar que xamã é mais especializado do que o super especialista médico. Alguém é xamã da fratria fulana de tal, dos Baniwa. Não se pode ser xamã de todo o Alto Rio Negro. O xamã não é médico, é um guerreiro. Não pode se entregar para o inimigo assim, sem mais. E desconhecer isso significa criar o xamã genérico. Então, daqui a pouco a gente está vendendo serviço de xamã genérico pela internet – isso existe nas cidades, sabemos disso. Agora, desejar isso como ideal para a saúde indígena me parece muito ruim. Não sei se os índios têm uma reflexão acumulada sobre isso. Mas sei que isso vai ser aceito em determinadas situações de determinadas áreas indígenas. Não porque as pessoas acreditem nas propostas, mas porque a população indígena está permanentemente em busca de créditos econômicos, e ninguém recusará um cargo remunerado. Assim como ninguém está recusando a pré-escola – e para mim é um desespero você colocar pré-escola em aldeia. As comunidades não estão recusando, mas eu espero que elas não estejam levando a sério. Uma coisa é você empregar o professor e receber a merenda, outra coisa é você integrar as pobres criancinhas de 2 ou 3 anos dentro da escola. Eu espero que haja um monte de xamãs por aí para sempre, mas para fazer, como diz

o meu amigo Márcio Silva (professor de antropologia da USP), referência terceária, ou seja, para cuidar do que é importante como evitar que o cosmos caia sobre nossas cabeças, para garantir que as árvores continuem frutificando – e não tratando as diarreias, inclusive porque aí se estaria diminuindo o papel dele.

Você nos dizia que esses impasses reaparecem na escola indígena...

A escola é uma instituição brutalmente competitiva. Não é possível colocar crianças na escola para fazer coisas que não fazem parte do contexto cotidiano das comunidades indígenas. E, na verdade, quando a gente olha bem para os nossos filhos, é a mesma coisa. Nossos filhos convivem e aprendem muito pouco conosco. É bem diferente do aprendizado numa aldeia, em que as crianças aprendem diuturnamente com os adultos, partilhando das pequenas coisas da vida. Quanto nossos filhos de fato partilham essas coisas conosco? Pensando na minha própria filha, quanto ela de fato partilha o que eu faço? Pouquíssimo. Porque ela está lá nas coisas dela e eu estou aqui com as minhas. Isso faz parte de aprender a ser indivíduo. Na nossa sociedade não existe nenhum espaço, nenhuma instituição de aprendizado para ser pessoa. A gente, aliás, nega isso. Daí que no mundo indígena, como eu observo hoje, isso vira uma contradição fundamental. Muito do que é levado do mundo do branco – como a escola – é desejável. A escola é uma ferramenta importantíssima para eles se posicionarem como sujeitos do lado de cá da cortina. Porque se não aprendem a ler e a escrever, vão ter muita dificuldade depois. É como dizem os Baniwa: a escola tem pontos positivos e pontos negativos. Eu percebo que esse bonito pacote da escola guarda uma bomba relógio, que é a canalização das pessoas para serem indivíduos, e não pessoas.

Não dá para ir à escola e estudar todo o ensino fundamental, todo o ensino médio, e fazer xamanismo. Simplesmente não dá. Isso quebraria um monte de regras. A rigidez da vida de um xamã parece pouco desejável para os jovens, particularmente em relação à abstinência sexual e alimentar. Mas eu sou muito otimista. Eu acho que as pessoas vão reconstruir esse papel de outra forma. Em algum momento vão criar um “new way of be xamã”. No momento eles estão sobrevivendo com poucos, e as pessoas reclamam disso, mas é possível que esse negócio seja reconstruído em algum momento. Ou reconstruir um xamanismo sem xamãs, como se vê na literatura. Mas acho que seria uma solução empobrecedora. A ausência do sujeito que realmente domina o xamanismo gera um cenário muito mais empobrecido. De todo modo, os índios do Rio Negro têm feito muitas experiências que são absolutamente extraordinárias. Primeiro, esse anseio por tentar registrar tudo, desesperadamente e de qualquer forma. Eles querem fazer seus próprios livros, eles querem os vídeos, eles querem internet, eles querem materiais, eles querem cartilhas próprias, nossas, de qualquer um. E eles estão tentando a preservação por uma via utópica, que é a via escrita. Ao mesmo tempo, eu tenho me dado conta – e eles também – do grau de perigo das versões escritas. Isso gera um novo empenho para uniformizar a grafia, o que implica também em padronizar uma certa forma de fala e de ver o mundo, em detrimentos de outras.

Eu frequentemente recebo telefonemas ou e-mails dos índios pedindo coisas: “Eu queria ler o artigo tal que você escreveu, porque vem um jornalista falar comigo e eu queria lembrar umas coisas.” Quer dizer, eles estão num processo ativo de reconstruir, de valorizar e de redimensionar a sua própria cultura. Eu acho isso um processo social maravilhoso. As pessoas estão vivas e têm todo o direito de reconstruir sua cultura ou de mantê-la da maneira que bem entenderem. Isso vai

ter prós e contras. Algumas coisas vão ficar empobrecidas. Algumas versões vão se sobressair, alguns clãs vão se sentir prejudicados, porque a sua versão não vai estar lá. Mas o que eu observo entre os Baniwa é que todo mundo quer dar agora a sua versão da história. Não é ótimo? Significa que as pessoas estão à luta para tentar manter a sua cultura do jeito que elas entendem. É o caso da iniciativa de índios evangélicos que estão furiosos com alguns missionários que botaram notícias na internet sobre o que esses índios seriam no mundo atual, e trazendo para si o mérito da conversão. As lideranças indígenas dessa região ficaram furiosas com isso, pois entendem que sua fala e sua imagem foram apropriadas indevidamente pelo missionário na internet. Daí, estão em busca de um antropólogo que os auxilie a construir um site na internet com a versão deles, sobre a religião deles. Aí nós temos um papel mesmo de assessor, de ajudar. E isso é muito legal, porque no mundo indígena se faz coisas extraordinárias.