

Saúde e povos indígenas: tradição e mudança

Clarice Novaes da Mota, Ph.D.

PESQUISADORA ASSOCIADA, CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE,
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE.
PRESIDENTE, ASSOCIAÇÃO NAÇÃO DE JUREMA¹

RESUMO

O trabalho discute alguns conceitos relacionados com o tema, tais como saúde e doença, problematizando também o aporte teórico que entende práticas médicas como sendo determinadas pelo conjunto de idéias veiculadas pela cultura. Uma premissa é de que cultura exerce papel fundamental sobre os estados de saúde e doença, mas se questiona a determinação das idéias sobre a prática. Coloca-se o conceito de experiência da doença e da saúde, voltando-se para o indivíduo doente, o corpo do doente, onde o saber está radicado, e para a estrutura subjacente de significados culturais. O que é *fazer saúde* dentro dos contextos de mudança experimentados pelas populações indígenas brasileiras? No caso indígena é a experiência dupla do rompimento com o hábito da vida quotidiana e da intromissão de práticas médicas modernas, que enclausura “zonas de imprecisão e elementos contraditórios”.

Ao se comprometer com as condições de saúde indígenas, a modernidade co-existe com práticas médicas antigas, baseadas no saber tradicional. O processo de contato com a sociedade dominante modificou o entendimento sobre doença e bem-estar, mas as práticas herdadas através da história oral e da práxis não desapareceram por completo, nem deverão ser destruídas, pois existem contextos médicos plurais dentro das aldeias.

Relata-se a experiência em andamento do projeto de saúde indígena conhecido como “Farmácia Viva Kariri-Xocó” para exemplificar como tradição e modernidade podem caminhar ao encontro do entendimento do processo tradicional de saberes e práticas médicas, ao passo que se capacitam indígenas para revitalizar sua práxis enquanto usam um apparatus tecnológico moderno.

PALAVRAS CHAVE:

Saúde indígena, plantas medicinais, “farmácia viva”, saber tradicional vs. modernidade, Kariri-Xocó

¹ Avenida Francisco Porto, 239, ap. 1202 - Edifício Ouro Velho, Condomínio Villa D’Oro - Aracaju, Sergipe – CEP 49.030-230 – tel (79)-231-9439 – email: clarice@infonet.com.br

1. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A questão que nos foi proposta neste encontro versa sobre tradição e mudança na saúde indígena. Para tanto, gostaríamos de apresentar alguns dados sobre o desenvolvimento de um projeto que envolve tanto pesquisa como uma intervenção direta sobre a vida de uma comunidade indígena nordestina, no que se refere aos recursos de saúde, e que, portanto, poderá servir de exemplo para futuros projetos e intervenções.

Gostaríamos, no entanto, de iniciar nos remetendo a alguns conceitos chave que norteiam a nossa base teórica. Teremos que nos indagar o que se entende por “indígena” no momento atual, um termo que parece estar intimamente vinculado com a idéia de “tradição”. Será que só pode ser considerado “indígena” ou “índio” quem estiver comprometido com a manutenção das tradições culturais de seu povo? Em resposta, queremos estabelecer desde o princípio de que tradição e modernidade não são realidades incompatíveis, nem conceitos que se eliminam mutuamente. Apesar de concordarmos com Berger ² que a modernização rouba o indivíduo da segurança que as instituições tradicionais lhe proporcionavam, acreditamos que as culturas são capazes de re-elaborar as tradições que lhes são estruturalmente imprescindíveis para que possam conviver com as inovações provenientes da modernização. Argumentamos, portanto, que as mudanças culturais impostas pelo simples fato de uma sociedade existir, assim como pela sua inserção nas experiências inovadoras da modernidade, não eliminam suas tradições e memórias, como não eliminam a consciência étnica herdada através da história de um povo.

Em sua constituição, a Organização Mundial de Saúde declarou que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.³ Este conceito, no entanto, tem sido continuamente conectado a contextos culturais específicos, visto que é preciso se entender a forma de perceber e representar doença e saúde nas sociedades. Isto por estarem saúde e doença ancoradas conceitualmente em experiências que são permitidas e veiculadas pelo meio social.

² Berger, Peter L., “Pyramids of Sacrifice: political ethics and social change”, Doubleday: New York, 1976.

³ Gould, J. & Kolb, W.L. (eds.), “A dictionary of the Social Sciences”, Free Press: New York, 1964.

Perguntamo-nos aqui: o que significa bem-estar físico, mental e social? O que significa estar doente? Em estudos antropológicos sobre a questão da saúde, já se tem proposto que o levantamento e análise das representações sobre doença e saúde existentes em um dado meio social exercem papel fundamental sobre as práticas médicas prevalentes. Ou seja, há um mundo de significações sobre o corpo e seu bem-estar, seu equilíbrio físico e mental, sendo que as mesmas se introduzem no campo da ação médica, determinando a prática, por assim dizer. Entende-se, portanto, que as práticas médicas dos povos em geral, aqui especificamente dos indígenas, são determinadas por suas concepções e seu imaginário particular sobre doença e saúde. Embora concordemos de início que a cultura de um povo exerce papel fundamental sobre o fluxo e refluxo entre estados de saúde – ou bem-estar – e estados de doença – mal-estar – questionamos a determinação das idéias sobre a prática, para que possamos trabalhar com uma compreensão mais profunda sobre como os povos indígenas atuais vivem o processo de saúde e doença.

Em trabalho recente, Alves e Rabelo problematizam esta questão, trabalhando “a necessidade de se re-elaborar as relações entre pensamento e ação; consciência e corpo; cultura e individualidade”.⁴ Esses autores colocam o conceito de experiência como o “campo em que se entrecruzam essas dimensões” (id), o que nos parece bastante esclarecedor, ao voltar-se para o ponto crucial que é o corpo doente, ou o corpo do doente, e conseqüentemente, a consciência do indivíduo sobre a doença. Ao nos debruçarmos sobre o corpo do indivíduo doente, vamos entender o curso da doença que atingiu o corpo a partir da idéia da intersubjetividade. Coloca-se o doente fazendo parte da doença, sendo não só seu receptáculo, ou hospedeiro, mas seu intérprete, aquele que incorpora o que os demais atores sociais entendem como o “espírito da doença”. Ou seja, o que utiliza o arsenal de conhecimento à sua disposição para curar-se. Ali está a estrutura subjacente de significados para elucidar o caráter do processo tanto de se enfermar como de se curar, assim como estão as relações entre consciência do indivíduo e seu próprio corpo, para um saber radicado no corpo, vivenciado pelo corpo, além do intelecto. Isto porque “... na base da dificuldade, enfrentada por muitos doentes, de mudar seus comportamentos a partir das prescrições e explicações médicas, não está tanto uma dificuldade

⁴ Alves, P.C. & Rabelo, M.C. “Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde e doença”, in *Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Relume/Dumará: Rio de Janeiro, 1998: 108.

de entender tais prescrições, mas a experiência de uma resistência imposta pelo corpo, enquanto assento do hábito.”⁵

É nessa resistência que interagem os processos de mudança. O que faz o doente, a partir de sua experiência de desconforto? Numa cultura em processo de mudança como se engajam os indivíduos no seu *fazer a saúde*? A experiência da doença, a partir do corpo – a consciência do mesmo - do doente existe dentro e a partir de um contexto cultural pré-reflexivo ou anterior à ação⁶. A doença enquanto experiência, e não apenas como dado empírico ou mesmo idéia conceitual, torna-se o foco da pesquisa sobre saúde. O que isto implica nos estudos sobre saúde e doença na vida atual das sociedades indígenas brasileiras? Trata-se de compreender que as representações encontradas sobre os fenômenos de saúde e doença “estão longe de ser um sistema fechado que determina as práticas: constituem um conjunto aberto e heterogêneo que comporta zonas de imprecisão e elementos contraditórios e que é continuamente refeito – aplicado, deslocado, problematizado – ao longo das práticas e relações dos indivíduos com seu meio e entre si”⁷ (ênfase nossa). Pois são justamente estas “zonas de imprecisão” que nos chamam a atenção continuamente.

Por outro lado, ao se partir do princípio de que as práticas médicas dos povos em processo de integração à sociedade nacional mudaram como consequência do mesmo, partimos também na busca das representações tradicionais sobre saúde e doença. O estado de mudança não é simplesmente linear, nem apenas cumulativo, como se existisse sempre uma coerência interna de idéias, valores e práticas com a qual pudéssemos contar, para que pudéssemos sempre separar o hábito e as práticas decorrentes da tradição milenar e aqueles provenientes de mudanças, num sistema cumulativo de rupturas. As mudanças nos hábitos quotidianos, na expressão da cultura de um povo, não seguem um paradigma racional e idealizado de transformações sequenciadas em teoria e prática social. Ao buscarmos um entendimento sobre tradições teóricas e práticas relativas ao adoecer-se e curar-se, a análise não reivindica somente a compreensão do “todo cultural”, projeto fadado a um fracasso parcial, mas entender a experiência intersubjetiva da doença, levando em conta as incoerências e ambiguidades que envolvem os processos de entedimento da doença em qualquer situação, especialmente

⁵ Ibid: 110

⁶ ...como também dentro e a partir do indivíduo que age sobre seu momento particular de entender-se em um estado físico, social e mental específico.

⁷ Ibid: 115.

naquelas marcadas pelo contato entre sociedades e saberes diversos. A doença é a consciência do *vir-a-ser* posta em questão, que interrompe momentaneamente a razão quotidiana e que precisa ser re-explicada. Novas normas e valores externos podem determinar mudanças na prática das ações médicas, mas não supõem a experiência intersubjetiva da doença.

No contexto do encontro entre diversas interpretações do ser, diferentes modos de olhar as experiências do dia-a-dia, ploriferam contextos médicos diversos que, ao tratar da doença, procuram estabelecer um processo único tanto de significação, como de prática, processo este virtualmente impossibilitado pela própria experiência da doença.

No caso das práticas exercidas dentro de sociedades indígenas contemporâneas no Brasil, especialmente daquelas onde o processo de integração regional é intenso, estas se concretizam dentro destes contextos médicos plurais, assim como acontece no continuum social adjacente. No entanto não explicam totalmente as divergências e dissonâncias que aparecem no discurso tanto dos doentes como dos que cuidam dos doentes. Assim sendo, como colocar a pesquisa e a prática relativas à questão da saúde indígena? Sem colocar a determinação sobre a prática, ação que interfere sobre a doença, nem nas representações, ou domínio das idéias, que também interfere sobre a doença, mas na interação reflexiva destes elementos da experiência social e humana, podemos considerar a complexidade dos processos de atualização da vida dos descendentes de nativos como fazendo parte intrínseca da construção da doença e da saúde no interior dessa vida. A questão, portanto, não se limita a buscar por “tradições perdidas” ou a tempo de perder-se, ou por representações em processo de transformação. Na dialética entre representações e práticas, as mudanças fazem parte do próprio processo individual de lidar com a doença, com o rompimento do hábito quotidiano, assim como são decorrentes de uma história mais ampla e coletiva, onde os hábitos se destróem e reconstróem continuamente.

2. SITUAÇÃO ATUAL DAS POPULAÇÕES INDÍGENAS E A QUESTÃO DA SAÚDE.

De acordo com dados publicados pelo Instituto Socioambiental⁸, hoje no Brasil sobrevivem cerca de 218 povos, que falam mais de 180 línguas diferentes, totalizando cerca de 350 mil indivíduos. A maior parte dessa população distribui-se por aldeias situadas no interior de 589 Terras Indígenas, de norte a sul do território nacional. Neste momento, vou usar como

⁸ Página da Web: www.socioambiental.org

exemplo um trabalho que envolve a questão da saúde e que está sendo realizado entre os Kariri-Xocó, de Porto Real do Colégio, em Alagoas.⁹

Voltando ao geral, verifica-se que uma boa parte da população indígena no Brasil, especialmente aquela que vive no Nordeste, experimentou uma série de mudanças culturais cumulativas, impostas pelo processo colonizador, tais como a ruptura com o passado e suas tradições, miscigenação étnica intensa, e adaptação a novos meios socioeconômicos e ambientais. As matrizes culturais mais antigas certamente sofreram o impacto da colonização, tendo sido superimpostas por novos modos de viver e de conhecer o mundo. Isto não quer dizer que foram irremediavelmente perdidas, mesmo nos casos dos grupos mais fortemente integrados aos caminhos do ocidente, mas que foram, isto sim, re-elaboradas de acordo com as novas regras impostas pelo grupo dominante, com um processo diferenciado de estar consciente para com o mundo, tanto individual como coletivamente. A isto se juntou um crescente empobrecimento material, que se traduz na falta de acesso aos recursos que permitem à coletividade experimentar o bem-estar, ou de usufruir, com autonomia e poder, das benesses oriundas do meio-ambiente natural. Quanto à saúde desses povos, a colonização trouxe também a intromissão de agentes patogênicos derivados do contacto, das mudanças no meio-ambiente social e natural, tais como a poluição dos rios e lagoas, devastação das matas com conseqüente desequilíbrio ecológico, prostituição das mulheres, desnutrição e fome, decorrentes do processo de exaustão de recursos alimentícios. Acontece que a história, os graus e as formas do contato que os povos indígenas têm estabelecido com outros segmentos da sociedade brasileira têm sido bastante diversos, pois há grupos ainda considerados como “isolados” da sociedade nacional.¹⁰ Somente aquelas sociedades indígenas afastadas, do ponto de vista tanto geográfico como político, dos grandes centros urbanos e dos projetos desenvolvimentistas da sociedade capitalista, e que pouco ou nenhum contacto tiveram com as frentes econômicas e tecnológicas, conseguiram resistir mais ao avanço das grandes mudanças

⁹ É possível usar esta experiência como exemplo de trabalho, visto que, ao estudarmos ou trabalharmos com uma comunidade, não se está estudando somente a comunidade, mas o problema social enfocado.

¹⁰ De acordo com o Instituto Socioambiental, no seu *website*, “No Brasil de hoje, há pelo menos 42 evidências de “índios isolados”. Assim são chamados aqueles cujo contato com o órgão indigenista oficial (Fundação Nacional do Índio – Funai) não foi estabelecido. Não se sabe ao certo quem são, onde estão, quantos são e que línguas falam.”

sociais, mantendo-se razoavelmente bem abastecidas por sua cultura tradicional e seus modos de extrair o sustento da natureza.

Nas sociedades indígenas consideradas “aculturadas”, e que estão já inseridas no contexto da sociedade nacional moderna, estão sendo introduzidos novos modelos de atendimento à saúde, embora já há algum tempo as práticas médicas ocidentais estejam sendo utilizadas no tratamento das doenças, - e das experiências de doença - , que vêm ocorrendo em área indígena. Com a introdução dessas novas práticas médicas, a relação entre provedor de saúde e cliente mudou substancialmente, assim como o uso de produtos farmacêuticos industrializados. Para a obtenção destes últimos necessita-se de recursos financeiros ainda que mínimos. No entanto, estas mudanças impostas pela modernização não eliminaram o uso de recursos terapêuticos tradicionais. O entendimento sobre a experiência da doença e a concepção de bem-estar podem ter sido modificadas, mas as práticas médicas herdadas através da história oral e da práxis desses povos não desapareceram por completo, assim como não desapareceu a própria experiência que o doente tem do processo. O que vemos na atualidade são contextos médicos plurais, dentro das aldeias, onde os saberes e práticas se entrelaçam e se suportam mutuamente, sem maiores contradições.¹¹

As chamadas zonas de imprecisão são criadas. Através delas as várias contradições provenientes de maneiras diversas de conhecer o mundo permeiam a práxis terapêutica de forma estável e sucessiva. Não queremos dizer com isto que exista sempre uma forma conciliadora entre estas experiências culturais diversas, mas que elas co-existem “apesar dos pesares”. Ou seja, a modernidade das sociedades dominantes não opera uma transformação total, nem exerce um domínio inabalável sobre as consciências de povos nativos, embora estejam aquelas imersas numa implacável e incessante necessidade de exercer seu domínio sobre estas, por acreditaram no projeto modernizador como o único capaz de trazer o bem-estar físico e social para as populações consideradas marginais ao processo de desenvolvimento tecnológico.

Uma das características encontradas na maioria das práticas médicas tradicionais indígenas são os chamados rituais de cura, momentos em que os provedores tradicionais de saúde – pajés, rezadeiras, curandeiros – utilizam um conhecimento anterior à inclusão da

modernidade em seu meio, manipulando plantas, animais e instrumentos que os ajudam no processo de restabelecimento do bem-estar do paciente e que transforma a experiência da doença em algo compreensível pelo doente. Ao experimentar a doença no contexto tradicional, isto é, ao compreender a doença de acordo com os postulados antigos, o mesmo doente percebe a cura também da mesma forma, sem, no entanto, deixar de optar pelas medidas profiláticas da medicina moderna. Quanto ao trabalho do curador tradicional, ambos compartilham, com a comunidade inteira, de uma visão da doença que admite e aceita a cura pelos métodos tradicionais. Quando um pajé toca o maracá do ritual da saúde, rompe com o ciclo da doença, instaurando a instância conhecida como cura, que não quer dizer, necessariamente, o fim do sofrimento físico, ou o escapar da morte. Certa vez, ao indagarmos a um pajé da etnia Xavante se o paciente submetido ao ritual de cura sempre se curava, fomos brindados com uma resposta positiva. Perguntamos também se algum paciente havia falecido, mesmo após ter passado por um ritual de cura realizado por toda a aldeia. A resposta também foi positiva, com a seguinte explicação: “morreu curado”. Para quem achar esta resposta incoerente, ou sem sentido, lembramos então que o significado do que é estar curado implica numa visão sobre vida e morte, sobre corpos físico e espiritual, diferenciando-se fundamentalmente da idéia ocidental de que a morte é o final de tudo, representando, portanto, a extinção do indivíduo, que deixa de ser, para sempre, membro da sociedade onde vivia.

Na atualidade, para vários grupos indígenas, especialmente aqueles em contato mais constante com a sociedade moderna, a cura do corpo físico parece estar mais nas mãos do médicooficial, enquanto que a cura do ponto de vista tradicional, ou espiritual, depende do curandeiro indígena, onde as medidas tomadas são aquelas prescritas pelos antepassados. Junto a estas medidas, está um modo de viver, de entender o mundo da natureza e dos homens, que permeia os procedimentos curativos, sem necessariamente determiná-los. Assim sendo, o lixo atirado nas ruas das aldeias, os animais que defecam em quintais onde crianças brincam descalças, o beber da água contaminada, tudo isto faz parte do contexto de saúde e doença, pois tais hábitos costumeiros não foram ainda assimilados como comprometedores do bem-estar.

2. OS KARIRI-XOCÓ E SUA “FARMÁCIA VIVA”.

¹¹ Embora os médicos modernos nem sempre concordem com este ponto de vista, e busquem eliminar a existência de práticas e remédios tradicionais, sob o pretexto de que são “crendices” desmerecedoras de confiança e até

De acordo com dados fornecidos pela FUNAI, em 1997 a população Kariri-Xocó estava estimada em 1.500 pessoas, número que vinha sendo repetido desde, pelo menos, 1993. Hoje em dia, calcula-se que este número tenha aumentado para 2.500 pessoas habitando na aldeia conhecida como Sementeira às margens do Rio São Francisco. Nessa aldeia, onde habitam os descendentes de 7 etnias nordestinas, mas principalmente os Kariri e os Xocó, deu-se início, em junho de 2002, um projeto conhecido como “farmácia viva”, coordenado por pesquisadores da Universidade Federal de Sergipe e financiado pelo Banco Mundial. Trata-se de um projeto que trabalha essencialmente com os conceitos e práticas indígenas, com os usos de plantas medicinais locais. Assim sendo, é um experimento de junção do saber tradicional, herdado dos antepassados por séculos de conhecimento empírico da flora regional, com o saber médico moderno, baseado em pesquisa científica laboratorial. Por esta razão, usamos alguns dados sobre o desenvolvimento do projeto para ilustrar um trabalho contemporâneo com a saúde indígena.

O projeto visa melhorar o acesso da comunidade a recursos de saúde da aldeia, ao passo que resgata e valoriza o conhecimento e uso de plantas medicinais da região, implantando um horto coletivo de plantas medicinais e um laboratório de manipulação de fitoterápicos que será dirigido por pessoas da comunidade que tenham sido treinadas para tanto.

O projeto se baseia em pesquisa anterior, realizada a partir do ano 2000, quando começamos a levantar dados epidemiológicos, incluindo conhecimentos sobre práticas médicas entre os Xocó, da ilha de São Pedro em Sergipe, e os Kariri-Xocó de Alagoas. De acordo com a pesquisa, as plantas mais utilizadas pelos habitantes da aldeia Kariri-Xocó como remédios são:

Tabela 1. Plantas medicinais mais citadas na comunidade Kariri-Xocó

Nome Vulgar	Nome Científico	Família	Usos	Partes Usadas
Acerola	<i>Malpighia glabra</i> L.	Malpighiaceae	Resfriado, gripe	Folhas e frutos
Alfavaca de vaqueiro	<i>Ocimum incanescens</i>	Lamiaceae	Gripe, febre, alergias, tirar cisco do olho.	Raízes e folhas

mesmo contraproducentes.

	Mart.			
Aroeira	<i>Schinus sp.</i>	Anacardiaceae	Parto, regrad, hemorragias.	Casca do tronco
Barbatimão	<i>Stryphnodendron sp.</i>	Leguminosae	Coceiras, alergias	Casca
Boldo	<i>Peneumus boldus</i>	Moniamiaceae	Indigestão	Folhas
Capim Santo	<i>Kyllinga odorata</i> H.B.K.	Cyperaceae	Nervoso, febre, dor no corpo, dor de estômago, constipação.	Folhas
Cidreira	<i>Mellisa officinalis</i> , Linn	Lamiaceae	Gripe, insônia, fraqueza, pano branco.	Folhas
Crista de galo	<i>Heliotropium indicum</i> Linn	Boraginaceae	Febre, dor de dente.	Folhas e flores
Erva doce	<i>Pimpinella anisum</i> L.	Apiaceae		
Eucalipto	<i>Eucaliptus globolus</i> Labill	Myrtaceae	Gripe	Folhas
Fedegoso	<i>Cássia ocidentalis</i> Linn	Caesalpinaceae	Feridas, dor de cabeça, tonteira, impingem	Raízes, sementes e folhas.
Goiabeira	<i>Psidium guajava</i> L.	Mirtaceae	Diarréia	Folhas
Hortelã miúda	<i>Mentha piperita</i> L.	Lamiaceae	Cólica, asma, dor de estômago.	Folhas
Imburana de cheiro	<i>Torresia acreana</i> Duche	Fabaceae	Dor de cabeça, cólica menstrual, proteção espiritual.	Casca do tronco
Malva branca	<i>Sida cordifolia</i>	Malvaceae	Inflamações, pós-parto.	Folhas
Mandacaru	<i>Cereus jamacaru</i> DC	Cactaceae	Laxativo, problemas intestinais, febre	Raízes, caule.

Manjeriçã	<i>Ocimum minimum</i> L.	Lamiaceae	Febre, alergia, sinusite.	Folhas e flores
Mussambê	<i>Cleome gynadra</i> L.	Capparidacea e	Gripe, tosse, coqueluche.	Flores, folhas e raízes.
Saião	<i>Kalanchoe brasiliensis</i>			Folhas
Sambacaitá	<i>Hyptis pectinta</i> L. Poit	Lamiaceae	Tônico, gripe, catarro.	Folhas
Segurelha	<i>Mentha sp.</i>	Lamiaceae	Asma, abortífero.	Folhas
Velande (Mijo de Ovelha)			Limpeza espiritual	Folhas

A partir deste conhecimento, adicionado ao trabalho de laboratório feito por professores e alunos de Farmacologia da Universidade Federal de Sergipe, decidiu-se, em comum acordo com os líderes comunitários, estabelecer um horto de plantas medicinais dentro da aldeia Kariri-Xocó. O horto contém as seguintes espécies que servem de remédios populares: sambacaitá (*Hyptis pectinta* L.Poit.), malva-branca (*Sida cordifolia*), cidreira (*Melissa officinalis* Linn.), crista de galo (*Heliotropium indicum* Linn.), manjeriçã (*Ocimum minimum* L.), barbatimão (*Stryphnodendron sp*), erva doce (*Pimpinella anisum*), fedegoso (*Cássia occidentalis* Linn.), alfavaca (*Ocimum incanescens*), hortelã miúda (*Mentha piperita*), segurelha (*Mentha sp.*), capim santo (*Kyllinga odorata* H.B.K.).

O projeto teve início em Junho de 2002, após vários meses de negociações e de preparação, dentro e fora da aldeia. A primeira fase constou da implantação do horto medicinal de onde vai sair a matéria-prima para abastecer o laboratório de fitoterápicos. Pouco a pouco, os dez participantes que implantaram o horto vão incluindo outras plantas que são consideradas importantes para o acervo da medicina local. É a própria experiência que está sendo ativada e valorizada, pois o remédio natural faz parte do dia-do-dia da aldeia, embora ainda esteja longe de constar como elemento de real importância para a medicina moderna.

Em termos do que vem acontecendo entre os Kariri-Xocó, quando o doente se utiliza do curandeiro tradicional, o que se espera é o remédio popular acompanhado do gestual que lhes é

familiar. Mas quando o médico é do tipo “moderno”, os remédios esperados não são os populares, nem a medicina que o paciente deseja receber é a tradicional. Espera-se pela injeção, pelo antibiótico, pelo xarope industrializado, enfim por um instrumental que lhe é desconhecido, valorizado como sendo “forte” exatamente por ser “moderno” e “científico”, mesmo que esteja acoplado ao tratamento dispensado pelo curandeiro tradicional indígena.

No momento atual, portanto, a estratégia do projeto é continuar unindo as diversas técnicas e saberes em prol da saúde comunitária e individual. Mas, no final das contas, é o indivíduo – ou seu cuidador - quem vai elaborar as instâncias do seu bem-estar e mal-estar. A percepção do que são estes estados, tanto no nível físico como mental e emocional, é que matiza o processo de busca ou não pela cura. Assim sendo, a mãe de uma criança com febre tende a preocupar-se muito mais com um estado febril, mesmo que a febre seja baixa, e a querer dissipá-lo, do que quando a criança apresenta sinais evidentes de verminose. Esta última é uma experiência do cotidiano, que não interrompe a rotina da criança, nem da mãe, embora possa ser, do ponto de vista médico, uma situação muito mais passível de provocar lesões profundas para o bem-estar da mesma. A febre, no entanto, causa um mal-estar maior na mãe da criança que vê a febre não como um sintoma de algo, como uma forma de defesa do corpo, mas como a própria doença que precisa ser extirpada de forma imediata. Quando perguntamos quais as doenças que mais afligem as crianças, a resposta unânime das mães colocou “febre” no alto da lista. É este o sintoma que faz com que corram para o posto de saúde. Se a criança vomita, mas não tem febre, não há causa para apreensão, segundo as informações colhidas.

No caso de adultos, o alcoolismo não é entendido como doença, ou como causador potencial de um estado mórbido. Pode ser um aborrecimento para a mulher do alcoólatra, algo do qual ela se envergonha e não quer sequer revelar, mas não é causa para levar o marido beberrão ao médico. A hipertensão, causada pela dieta de muito sal na comida, é entendida como algo que pode ser facilmente superado com uma ou duas semanas de uma dieta diferente. Sabemos que as pessoas obesas não são necessariamente saudáveis, e que geralmente ingerem gordura animal, óleos e carboidratos em demasia, que é exatamente o que acontece dentro da aldeia, onde a alimentação, desde a infância, consiste principalmente de farinha de mesa, cuscuz de milho, feijão, frituras, sem incluir quase nenhuma verdura. No entanto, na percepção local o corpo mais “forte” – ou obeso - é considerado mais saudável.¹² Uma mulher bem gorda

¹² Razão pela qual está sendo classificado como “forte” e não como obeso.

é considerada, pelos homens locais, como sendo mais atraente do que uma mulher magra, que é vista como “fraca”, “sem carnes”, e até mesmo “doente”.

O projeto “farmácia viva”, sem embargo, não pretende mudar tais hábitos e crenças. O objetivo principal é habituar os habitantes da aldeia a se perceberem como seus próprios cuidadores da saúde, como parte da história do “fazer saúde” em sua região. O saber tradicional está sendo acoplado ao conhecimento científico, tanto sobre plantas medicinais como sobre as doenças que elas curam. Ao serem confrontados com soluções viáveis para os problemas de saúde, espera-se que se perguntem também que problemas são estes e quais suas causas.

Os treinamentos a serem dados aos participantes serão sobre como manipular as plantas para a produção de fitoterápicos, além do que para que servem as plantas, quais os estados mórbidos sobre os quais elas atuam, e, mais ainda, sobre a etiologia das doenças. É o saber científico se unindo ao tradicional, buscando cooperar, de forma prática, para a gestão de um novo momento na saúde comunitária, buscando inclusive chegar até a experiência individual, de quanto a doença interrompe o status de saudável e inicia um processo na consciência do enfermo.

Espera-se manter o equilíbrio entre o tradicional e moderno, sem deixar de questionar um e outro, nem fugir da responsabilidade de aceitar os erros que se possam fazer ao se implantar um projeto de saúde em área indígena.

Publicado originalmente em: Maria Beatriz Rocha Ferreira (et al). *Cultura corporal indígena*. Guarapuava, Ed. Unicentro, 2003.