

Ciência e saúde indígena: os paradigmas de saúde e a produção de imagens.

JAMES ROBERTO SILVA*

Introdução

O estudo que venho desenvolvendo, e de que esta comunicação é um dos primeiros produtos, vem dando a perceber a lacuna existente no conhecimento acerca das representações visuais, formuladas no âmbito político-institucional, sobre as atividades oficiais junto às populações indígenas na área da saúde coletiva. A produção de imagens continua se vendo livre de quase toda reflexão crítica, como se elas não fizessem parte do universo das coisas que mais modelam a consciência coletiva (ou o inconsciente coletivo, se é que isto existe). A par disso, a dimensão científica que atravessa as práticas no campo da saúde indígena fica, da mesma forma, livre de julgamento.

Interessa-me, pois, aprofundar a investigação acerca daquilo em que resulta a combinação dessas duas dimensões, pouco ou nada elucidadas entre os cientistas sociais brasileiros, com vistas a problematizar e compreender a produção de sentidos pelas imagens e o que isto tem a ver com a evolução histórica dos paradigmas de saúde no meio científico brasileiro.

Saúde e política

As políticas institucionais voltadas para as comunidades indígenas no Brasil apresentam uma peculiar riqueza para a reflexão histórica. De um lado, conformam, pouco a pouco, o comportamento desses grupos e suas respostas no quadro geral da sociedade; de outro, servem à exposição de como os princípios que emanam do interior do pensamento do Estado modelam o comportamento desse mesmo Estado ao colocar em prática suas

* Professor da Universidade Federal do Amazonas; Doutor em História Social; Coord. de Projeto e Bolsista FAPEAM; Pesquisador do PRONEX/FAPEAM/CNPq. Trabalho financiado com recursos FAPEAM/CNPq.

concepções. Um dos traços mais fortes que, desde o advento dos aglomerados urbano-industriais do século XIX, marcam a ação dos órgãos estatais sobre a sociedade é aquele ligado ao controle das doenças e dos hábitos de higiene.

Nesse Estado contemporâneo, as doenças – que, por longo tempo tinham sido tratadas de forma contingente, quando das terríveis epidemias ou quando um indivíduo era acometido (LAPLANTINE 1991) –, ganharam lugar na agenda dos governos, sendo objeto de preocupação sistemática. O Plano Nacional de Saúde, instituído na Era Vargas (cf. CARVALHO 2005), já constituía uma forte centralização, mas os paradigmas que informavam aquele Plano não eram concebidos em termos de “políticas públicas”, conforme a conotação atual que a expressão tem. Serão os anos de 1980, mas, principalmente, o início dos de 1990, que irão conformar as plataformas de ação das novas concepções de saúde (cf. SEGRE e FERRAZ 1997 e BRAVO 2001). Nas décadas finais do século XX, essa preocupação se expande para todos os quadrantes do país, tocando não somente as sociedades urbanas, mas, também, as da zona rural e das florestas. Essa cobertura que se quer universal, tocará também os grupos indígenas, vivendo na cidade, na zona rural ou na mata, e aparecerá embutida nos discursos e nas práticas voltados à promoção da saúde, que surgem como parte do “reconhecimento dos direitos indígenas”, tal como ratificado, em 1989, na Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes da Organização Internacional do Trabalho (LANGDON 1999).

Uma década mais tarde, o conjunto dos cuidados voltados para os indígenas passou também a abranger as questões relativas à saúde. Em 1999, o então deputado federal Antônio Sérgio da Silva Arouca propôs e viu aprovada a lei nº 9.836/99, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que, ao ser criado, ficou sob o encargo da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, surgida, anos antes, em 1991. Essa lei, tratada como o “marco regulatório da atenção à vida das populações indígenas do Brasil” (BRASIL/FUNASA 2009:10), foi de autoria do mesmo médico sanitário e doutor em Saúde Pública que, em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, propôs o Sistema Único de Saúde (BERTONE 2002:76-80). É o momento em que, no horizonte das concepções de saúde em vigor no Brasil, afirma-se a noção de saúde como um direito, em contraste com os cenários anteriores, herança das instituições

nascidas seja sob a jovem República liberal (cf. MERHY 1987 e IYDA 1994, para os quais a saúde, em seu conjunto de ações, era um dos recursos garantidores dos interesses do grande capital nascente e, o indivíduo enfermo, reificado, um elemento de risco para esse sistema), seja sob o Regime Militar, quando uma combinação de ações previdenciárias totalizadoras com medidas macroscópicas (como as campanhas: vide a SUCAM e as campanhas contra-epidêmicas) ocupou o cenário brasileiro (BRAVO 2001).

Significa que o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena nasce num contexto de ampliação da concepção mesma de saúde, doravante associada a um conjunto de condições que inclui, além do acesso aos serviços de saúde, propriamente ditos, a alimentação, a habitação, a educação e a renda, o meio em que se vive, o trabalho, o transporte, o lazer e a liberdade e o acesso à terra (BERTONE 2002:78-79).

Saúde: quando ela vira uma “questão”

Pelas particularidades que a condição dos indígenas brasileiros apresenta (a história de seu contato com o tipo europeu, sua condição primitiva, sua pretensa ingenuidade, o interesse na preservação de sua cultura, etc.), o Estado costuma ter a compreensão de que, a esse grupo deve corresponder um tratamento especial. Por tratamento especial, entenda-se legislação específica para definir seu estatuto político-civil, estratégias educacionais especificamente pensadas, política de demarcação de terras, cuidados de saúde diferenciados daqueles que recebem os demais brasileiros. Nesse último campo, em especial, pode-se observar o quanto a evolução das concepções em saúde pública e higiene intervêm nas propostas de atendimento aos grupos indígenas.

Ironicamente, esse mesmo aparato de cuidados acaba por modular a condição indígena, tornando-a ainda mais em um caso de exceção e de afirmação de diferenças, aparentemente mal resolvidas, relativamente aos demais indivíduos do Brasil. O fenômeno já compreende uma considerável extensão histórica. Desde a época do Serviço de Proteção ao Índio, instituído, em 1910, no governo do presidente Nilo Peçanha e a cargo de Cândido Mariano da Silva Rondon (DIACON 2006).

Cândido Rondon tinha por princípio que os índios constituíam nações autônomas, com as quais convinha que o estado brasileiro mantivesse amizade (conforme sua própria declaração, citada em GOMES 2009:173). Mas, a despeito dessa posição manifesta, a finalidade do SPI era a de integrar as populações indígenas à sociedade nacional. A proteção ao índio, que consta desde o título da instituição, vai se constituir em um traço dominante no tipo de relação que o Estado brasileiro irá, doravante, manter com os indígenas. O que mudará será a inflexão, ora integracionista, ora criando as condições pretensamente necessárias à sua autonomia em território brasileiro, ora tuteladora, buscando preservar as diferenças.

Embora não constasse entre suas finalidades, a preocupação com a saúde dos índios estava presente na Comissão Rondon (GOMES 2009:178). Não havia, contudo, considerando-se sua copiosa produção de fotografias, uma disposição em objetivar a doença – ou seu reverso, o estado sadio.

Os contatos travados por Rondon foram, no entanto, contemporâneos àqueles realizados pela expedição de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas. Ambos cortaram o interior do país, em 1912-1913, também percorrendo parte da região Norte, onde, atentos às condições de salubridade e às doenças menos comuns, produziram registros cujo modo e o teor estavam de acordo com as práticas documentais do período que tinham a fotografia como suporte. São deles, por exemplo, as fotos de doentes de leishmaniose, em cuja legenda não consta nenhuma menção ao indivíduo portador da moléstia, mas, tão somente, à própria doença (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ 1991:133).



Figura 1. “Leishmaniose. Manaus, AM, 1912.” FIOCRUZ, *A ciência a caminho da roça*, 1991.

Saúde: uma questão de toda a nação

O Serviço de Proteção ao Índio deixa poucos traços diretos relativos aos cuidados com as doenças e, menos ainda, com as condições de saúde dos indígenas brasileiros. A instituição que a sucede, a FUNAI, criada em 1967, embora não se dedicasse expressamente ao cuidado com a saúde dos índios, dispunha boa parte de sua logística para dar conta dessa tarefa em meio a tantas outras, como a compra de gêneros alimentícios¹; transporte e comercialização de artesanato indígena; conseguir trabalho para os índios; avaliar concessão de permissão para entrada de antropólogos, jornalistas, técnicos, empresas privadas e estatais nas terras indígenas; tratar de conflitos entre os próprios funcionários da FUNAI e indígenas; cuidar do sepultamento de indígenas falecidos fora de suas comunidades de origem, etc.

Os cuidados com a saúde indígena podiam ser compreendidos em ações como a de remessa de remédios para as comunidades indígenas, realizada de forma conjuntural e contingente, não sistemática, ou mesmo na elevação de enfermarias nas localidades, como a que foi mandada construir anexa a um Posto Indígena, que também estava para ser edificado, na comunidade indígena de Cauaburis, no município de Santa Isabel do Rio Negro, distante cerca de 770 km de Manaus por via fluvial, como consta de contrato, datado de 07 de agosto de 1973, celebrado entre um empregado da FUNAI e o construtor que executaria as obras².

Outra forma, ainda indireta, de a FUNAI se envolver com a saúde indígena, era pela facilitação do deslocamento de indígenas enfermos para tratamento médico ou cirúrgico. Em parceria com as Forças Armadas, nas décadas de 70 e 80 do século XX, fez uso freqüente de locações do exército e de aviões Búfalo, nos quais indígenas eram transportados das várias comunidades espalhadas pelo Amazonas para se tratarem na capital, Manaus. Como mais uma das faces da tutela exercida pelo Estado brasileiro sobre o índio, essa tarefa de leva-e-traz assumia ares de intermediação entre o indivíduo indígena doente e as instituições de saúde capazes de atendê-lo nos centros urbanos.

¹ Cf. C.I. n. 16/OCA/FUNAI/89, do Chefe de Assistência ao Índio para o Chefe do NUAD - fotograma P6035426.

² “Contrato particular de locação de serviços celebrado entre Pedro de Paula Ramos e Edmilson Silva Rosário”, de 07/08/1973. Cx. “Saúde - Guia Medicamentos - Ano 1973 – 1ª DR”, CEDOC-FUNAI - Manaus

Como forma de dar apoio a esses índios, na capital, havia um lugar especialmente destinado para abrigá-los e lhes oferecer cuidados elementares de saúde para o restabelecimento – a Casa do Índio (CASAI). Como ela, existem, hoje, cerca de quarenta espalhadas em cidades brasileiras³. Por sua finalidade, era nesse local que o índio tendia a passar a maior parte de seu tempo enquanto estivesse em tratamento ou em recuperação na cidade.

A Casa do Índio de Manaus fica situada às margens da cidade, no quilômetro 25 da Rodovia AM-10. Lá, muitos índios, que um dia chegaram apenas para passar uns dias, acabaram ficando, o que veio a comprometer tanto o bem estar destes como daqueles que lá estavam para tratar de sua saúde. Comida, remédio, acomodações começaram a faltar, tudo isso agravado pela limpeza precária, afetando as condições de higiene do lugar. A situação, nos anos de 1990, chegou a tal ponto que atraiu a atenção da imprensa.

Essa exposição nos jornais de Manaus vai representar importante elemento de divulgação de certa imagem da Casa do Índio, em geral contra institucional, isto é, avessa aos esforços da FUNAI, seja por manter a CASAI sob a sombra, seja por tentar sanar seus aspectos interiores. Era um tempo em que promover uma exposição visual das ações da FUNAI não constituía um claro interesse institucional. Ainda sob a responsabilidade da FUNAI, poucos anos antes de transferir a incumbência das CASAI para a FUNASA, EM 1999, essa imagem irá, em parte, ser construída fora do domínio do órgão protetor dos índios: na imprensa escrita. Desde o final dos anos 1980 e durante quase toda a década seguinte, a Casa do Índio vai agonizar com as críticas freqüentes nos jornais, em tom de denúncia, acompanhadas de fotografias cujo teor só desprestigia a entidade.

A amostra que passarei a apresentar é representativa do tipo de associação que, nos anos 90, a imprensa é capaz de fazer entre o meio em que se vive a as condições de saúde, este próprio termo já aludindo a uma concepção ampliada de saúde. Em outros momentos, o apelo será diretamente dirigido para a figura do doente, compondo

³ http://www.funai.gov.br/ultimas/materias/abri_indios.htm; página visitada em 10/06/2011.

quadros que descontextualizam, mas que intensificam a carga dramática ao individualizar a dor e o sentimento de abandono a que, seguidamente, se faz referência.

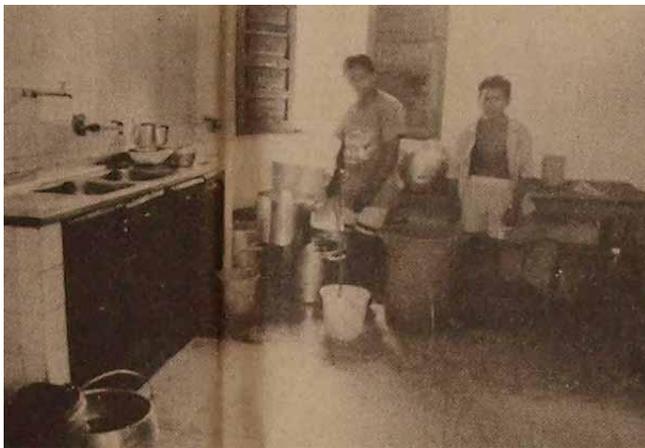


Figura 2. “Grupo Yanomâmi assa banana verde e peixe para amenizar a fome”. *Amazonas em Tempo*, Manaus, 20/06/1993.



Figura 3. “Aspecto da cozinha da Casa do Índio”. *Amazonas em Tempo*, Manaus, 20/06/1993.

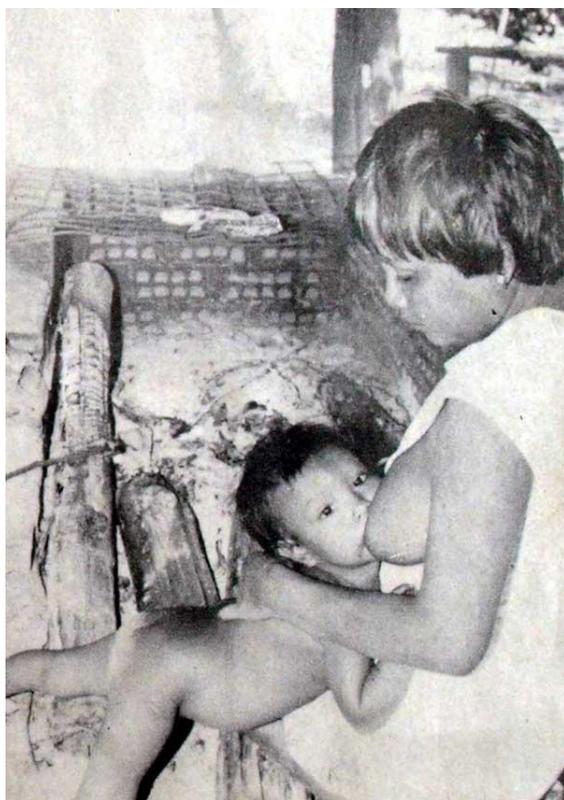


Figura 4. “Índia Yanomâmi alimenta seu filho na Casa do Índio”. *Amazonas em Tempo*, Manaus, 20/06/1993.



Figura 5. "Abandono. apenas dois médicos e uma enfermeira tratam de todos os tipos de problemas de saúde, como a fratura do índio Yanomâmi". *Amazonas em Tempo*, Manaus, 08/11/1998.



Figura 6. "Sem assistência, os índios ficam jogados à própria sorte". *A Crítica*, Manaus, 18/10/1998.

Em 1999, a agonia sofrida pela FUNAI será transferida para a FUNASA. Esta é instituída em 1991 (Decreto n.100, de 16/4/1991), assumindo as tarefas antes a cargo da SUCAM, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública e da FSESP, Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, com a finalidade de promover campanhas de saneamento e implantação de políticas públicas de saúde. Ao completar 15 anos, em 2006, Paulo Lustosa, seu então presidente, lembra as experiências de que a FUNASA foi herdeira:

Deve-se reconhecer, num primeiro momento, que existiu um temor de que não se preservasse o que fora construído a duras penas, muitas vezes sob a inspiração do heroísmo num Brasil de incipiente estrutura científica e tecnológica, não muito diferente do resto do mundo que também engatinhava no conhecimento das doenças tropicais. Era, então, importante valorizar as conquistas no campo de tantas carências. A Funasa estaria absorvendo as campanhas e os serviços de saúde pública disseminados por este imenso país, ao longo de décadas de ações de combate a endemias urbanas e rurais, de saneamento público e domiciliar. Era preciso respeitar as tradições, era preciso não desprezar os frutos do conhecimento adquirido. Era necessário impedir que caísse por terra todo um trabalho de imensas repercussões favoráveis ao povo brasileiro. Convinha que se apreendesse e se incorporasse o precioso legado das instituições que se extinguíam para dar lugar a outra. (BRASIL/FUNASA 2006:3)

Ela foi criada, como deixa manifesto o seu presidente, para representar as ações na área da saúde em um novo momento político, com estatuto novo, mas com pessoal antigo. Sendo a fusão daqueles dois órgãos, resultou numa nova instituição de caráter híbrido: os funcionários das antigas SUCAM e FSESP foram mantidos na FUNASA. Dentro dela, duas concepções de ação passaram a conviver; não necessariamente a se integrar.

Em 2009, com a criação, pela *Lei Arouca*, do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a FUNASA, como já aludimos acima, passa a cuidar de mais essa tarefa. Inicia-se, então, pela primeira vez, uma safra inteiramente nova de uma iconografia (sobretudo fotografias) indígena ou, talvez, melhor dizendo, sobre os índios. O que fazia dessa safra algo novo era o tema que passaria a percorrer toda a produção institucional de

imagens sobre os índios: a saúde. Mais que isso, trata-se, daí em diante, de retratar principalmente, as condições de saúde, em consonância com o estatuto de saúde que passará a vigorar desde a já mencionada conferência Nacional de Saúde, cuja oitava edição ocorreu em 1986.

O paradigma de saúde que percorrerá a produção de imagens no interior da FUNASA, recobre os aspectos propriamente científicos que se encontram em sua base. Isto é, por traz do conceito amplo de saúde que passou a vigorar, existem concepções médicas sobre contágio, etiologia, profilaxia, saúde mental que se diluem num discurso que combina a evitação dos termos técnicos com o esbanjamento de palavras de ordem que conotam preocupação social e um engajamento político que se dá no registro das organizações não governamentais, ou seja, um comedido envolvimento nas causas apoiados num jargão levemente integracionista e administrativo: “valorizar as conquistas no campo de tantas carências”, “respeitar as tradições” (BRASIL/FUNASA 2006), ou, como preconiza a Missão da FUNASA:

Realizar ações de saneamento ambiental em todos os municípios brasileiros e de atenção integral à saúde indígena, promovendo a saúde pública e a inclusão social, com excelência de gestão, em consonância com o SUS e com as metas de desenvolvimento do milênio. (BRASIL/FUNASA 2009:15)

Nesse discurso, a saúde se passa por questão social, menos que médica ou “científica”; menos um assunto de doutores que de assistentes sociais. As imagens criadas, em consonância com esse paradigma, se valem da estratégia de alternarem tomadas em que os indígenas ora, aparecem descontextualizados, ora, no meio em que vive, sendo que o conteúdo desse cenário parece se decisivo para a sua inclusão ou exclusão do fotograma.



Figura 7. Brasil/Funasa, 2009.

Nas tomadas fechadas, a tônica recai em retratar a atitude do índio, sua dignidade como índices de seu bom estado de saúde.



Figura 8. Brasil/Funasa, 2009.



Figura 9. Brasil/Funasa, 2009.

REFERÊNCIAS

- BERTONE, Arnaldo Agenor. *As idéias e as práticas: a construção do SUS*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, UERJ, 2002.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Funasa 15 anos*. Brasília: Funasa, 2006.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Brasília: Funasa, 2009.
- DIACON, Todd A. *Rondon: o marechal da floresta*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz, 1991.
- GOMES, Mércio Pereira. Por que sou rondoniano. *Estudos Avançados*, 23 (65), 173-191, 2009.
- LANGDON, E. Jean. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século. Trabalho apresentado no *V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina*, 7-11 de Junio de 1999, Isla de Margarita, Venezuela.
- LAPLANTINE, François (1986). *Antropologia da doença*. Trad. Walter Lelis Siqueira, São Paulo, Martins Fontes, 1991.
- BRAVO, Maria Inês Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: _____; MATOS, Maurílio Castro de; ARAÚJO, Patrícia Simone Xavier de. (Org.). *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. 1ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, 2001, v. 1, p. 21-28.
- IYDA, Massako. *Cem anos de Saúde Pública. A cidadania negada*. São Paulo, Editora UNESP, 1994.
- MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. 2ª edição. Campinas/SP, Papirus, 1987.
- CARVALHO, Antonio C. Duarte de. Saúde Pública: centralização, autoritarismo e expansão dos serviços – São Paulo nas décadas de 1930 e 1940. *Revista de História Regional*, v.10, n.1, p.9-25, 2005.
- SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. USP/FSP, v.31, n.5, p.538-542, out. 1997.