

Índios do Nordeste: temas e problemas 3



Luiz Sávio de Almeida
Marcos Galindo

OS ENCANTADOS, A SAÚDE E OS ÍNDIOS PANKARARU

Renato Athias¹

INTRODUÇÃO

A Saúde Reprodutiva é um tema bastante vasto e abrangente que vem sendo muito bem trabalhado, não só pelo movimento feminista e meios acadêmicos como também pelos organismos oficiais de saúde². Porém, são poucos os estudos sobre saúde reprodutiva entre populações indígenas no Brasil. Não temos conhecimento de nenhum que trate especificamente deste tema entre os índios do Nordeste. Este trabalho é fruto da pesquisa em andamento intitulada "*Sangue Bom, Sangue Mau: Análise das Representações das Doenças Infecto-Contagiosas do Ciclo Reprodutivo*", realizada no período de junho de 1998 a dezembro de 1999 entre os Pankararu, povo indígena do sertão pernambucano, em contato com a sociedade nacional há mais de 400 anos, cujas terras situam-se nos municípios de Tacaratu, Petrolândia e Jatobá. Essa pesquisa faz parte do estudo maior "*Reprodução, Sexualidade e Programas de Saúde em Grupos Sociais Distintos em Pernambuco*" que tem por objetivo geral promover a elaboração e adoção de programas de saúde na área de sexualidade e reprodução que sejam culturalmente adequados e sensíveis às especificidades de quatro grupos sociais distintos: os agricultores indígenas sertanejos, trabalhadores urbanos na periferia de uma cidade de porte médio no Agreste e trabalhadores ou estudantes de dois bairros da Região Metropolitana do Recife.

Trata-se de um estudo antropológico no qual os pesquisadores³ visitaram as aldeias de Brejo dos Padres, Saco

¹ Doutor em Antropologia pela Universidade de Paris X (Nanterre), professor no PPGA/UFPE

² Vale a pena lembrar que em termos de programas de saúde em 1983 nascia o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) com intenção de ir além da contracepção e do pré-natal desenvolvendo, conceitos de Direitos Reprodutivos.

³ Esta pesquisa foi financiada pelo CNPq e FACEPE, com apoio do NUSP/UFPE, e a equipe foi composta por Renato Athias (Coordenador), Marion Quadros, Celane Camarão, Marcela Zamboni e Luzia Albuquerque, do Departamento de Ciências Sociais da UFPE.

dos Barros, Espinheiro, Serrinha, Carrapateira e Tapera, por períodos de 3 a 7 dias em cada visita realizada. A equipe procurou conviver com a população buscando uma melhor interação, trabalhou com um roteiro de entrevistas previamente elaborado e realizou 25 entrevistas individuais ou em pequenos grupos de discussão com mulheres. Também houve a realização de uma oficina sobre saúde reprodutiva com 21 agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem Pankararu. Houve, ainda, a realização de um seminário de Saúde Indígena Pankararu que contou com a participação de 61 pessoas entre agentes de saúde, lideranças indígenas e profissionais de saúde que trabalham na área indígena, na Aldeia de Serrinha, em dezembro de 1999.

Partindo da premissa que existem estratégias de reprodução social diferentes em grupos sociais distintos, identificamos que as estratégias de reprodução social estão relacionadas a dois elementos significativos no trabalho com populações indígenas, habitantes do semi-árido nordestino: a questão da identidade étnica e as questões da adaptabilidade a um ecossistema diferenciado, o sertão. Para estudar a saúde reprodutiva entre os Pankararu, indagamos até que ponto estes elementos desenvolvem estratégias específicas na reprodução biológica, reprodução social e na sexualidade.

A caracterização sócio-econômica feita em etapa inicial da pesquisa auxiliou a entender, por exemplo, que a escolha de parceiros sexuais está relacionada com a posse de terras. Terra e casamento estão intimamente relacionados na área. Ter terra para plantar é uma busca constante entre os Pankararu, sobretudo se o ano é considerado bom. Essa necessidade aumenta em importância à medida em que as terras disponíveis estão diminuindo e as famílias aumentando. Está havendo uma subdivisão de terras entre os filhos. Importa casar os filhos, mais precisamente as filhas, com pessoas que possuam terras. Daí a necessidade dos pais em participar ativamente da escolha dos parceiros dos filhos. Outro motivo em participar dessa escolha diz respeito ao conhecimento sobre quem é parente ou não. Em outras palavras, quem pode casar com quem. Na idade de casar muitos ainda não sabem quem são os casáveis ou não. Por isso, há forte influência dos pais na decisão de casar. Isso também está respaldado em uma tendência a virilocalidade, observada na formação neolocal de um novo grupo doméstico. Essa norma cultural, não se explica apenas pelo costume, é uma maneira de ligar relações econômicas e sociais que regulam a vida reprodutiva do grupo.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Desde a época do Império que as terras Pankararu são reconhecidas oficialmente, porém apenas em 1998, quase quinhentos anos após o contato, é que se efetiva a demarcação do território Pankararu. Ainda existem nesta área, um número significativo de posseiros à espera das indenizações devidas para deixar a área. O atual território Pankararu está encravado em três municípios do sertão pernambucano: Tacaratu, Jatobá e Petrolândia o que dificulta ainda mais o planejamento e a execução de ações de saúde na área indígena.

Estima-se a população dos Pankararu em mais de 4.000⁴ indivíduos distribuídos em treze aldeias distintas no interior de sua área. É uma população que sofre, como todos os sertanejos, do impacto das secas cíclicas e dos movimentos climáticos do semi-árido nordestino. Esta população encontra-se em processo acelerado de empobrecimento a cada ano que passa. Suas terras, mesmo as localizadas nas proximidades do Rio São Francisco, não têm água suficiente para suprir suas necessidades essenciais. A busca pela água é uma atividade vital que envolvem crianças e adultos, ocupando grande parte das energias e do tempo dos Pankararu durante o dia e a noite. Vivem da agricultura de subsistência e de trabalhos diaristas em áreas circunvizinhas e durante a seca recebem (não todos) uma cesta básica do programa assistencial do Governo, estando esta população incluída no mapa da fome.

Nos últimos anos os Pankararu vem se organizando em associações, que funcionam principalmente com o objetivo de angariar recursos de projetos governamentais destinados ao semi-árido. Apesar dessas organizações e de um movimento associativista bastante acentuado, o faccionalismo, existente em muitas áreas indígenas, ali também está presente, e como em todo sertão, as facções são alvos prediletos dos grupos políticos partidários. Não obstante toda essa situação, percebe-se entre os Pankararu um sentimento muito forte de identidade manifestado em festas tradicionais como as celebrações do *Toré*, as celebrações do *Menino do Rancho* e a *Festa da Corrida do Imbu* celebradas anualmente na Reserva Indígena. Pelo menos, uma

⁴ O relatório da FNS estima 4.016.

vez por ano, os Pankararu são reconhecidos e reverenciados a nível municipal, durante as celebrações da festa da padroeira de Tacaratu que ocorre no mês de janeiro. Oficialmente são os Pankararu que fazem a abertura da referida festa.

Os Pankararu se caracterizam por uma população jovem⁵ significando que há um crescimento demográfico importante. Esse crescimento convive também com um processo migratório significativo. Muitos Pankararu migram para São Paulo onde existe um grupo dessa etnia residindo em uma favela na capital paulista. As moradias na Reserva Indígena Pankararu não diferem muito das casas dos sertanejos da região: nota-se precárias condições nas construções das mesmas e na questão do saneamento básico. Observa-se uma razoável adequação na relação entre o número de habitantes e o número de cômodos disponíveis por domicílio. No entanto, apenas 8%, de acordo com a amostra do Diagnóstico Sanitário⁶ (DS), possuem banheiro no seu interior e 8% os possui externamente, significando que 84% das casas não dispõem de banheiro/sanitário. Outro fato que o referido estudo revela refere-se a água utilizada no uso doméstico, apenas 20,8% das famílias utilizam água filtrada ou fervida. A prática de "coar a água" num pano limpo para beber é realizada por 30% das famílias, obedecendo a cultura local sertaneja de retirar "as impurezas" da água para o consumo. Em relação ao lixo, o mesmo é deixado a céu aberto não existindo nenhuma forma de destino adequado ou de tratamento dentro da reserva.

O referido diagnóstico sanitário apresenta alguns dados interessantes sobre a morbidade no qual as infecções respiratórias(90%) e as dores em geral⁷ (61%), representam as principais queixas feitas pelas pessoas que foram entrevistadas. Outras queixas são: problema de nervos (40%), hipertensão arterial (25%), problemas de pele (20%), fraqueza, fadigas, perda de apetite, irregularidade menstrual, asma, pneumonia, úlcera de estômago, problemas de bebida alcoólica, doenças do coração, diabetes, sarampo, câncer e "loucura". Essas queixas certamente estão associadas, principalmente, as precárias condições de vida

⁵ Praticamente 70% dos Pankararu apresentam idade inferior a 30 anos de acordo com o Diagnóstico Sanitário da FNS.

⁶ Este Diagnóstico foi realizado pela COSAI/FNS/FUNAI em 1995.

⁷ Por exemplo: dor-de-cabeça, dor-no-corpo, dor-nas-juntas

existentes na região do semi-árido, escassez alimentar, falta de saneamento básico e às condições de trabalho físico a que estão submetidos.

Em relação às causas de hospitalização, os dados do referido diagnóstico não são elucidativos quanto aos partos, causas genito-urinárias e as laqueaduras de trompas, apesar dos relatos dos Pankararu indicarem que existe uma procura significativa por hospitalização devido esses agravos.

De 1993 a 1996, o Diagnóstico Sanitário, revela que cerca de 60,7% da população buscou atendimento médico. Destes atendimentos, somente 22,7% foram realizados na própria aldeia por médico visitante, principalmente nos meses que antecederam as eleições municipais de 1996. Verifica-se que a maioria dos Pankararu procurou atendimentos médicos em Petrolândia, Tacaratu, Itaparica e em Paulo Afonso-BA que se caracteriza como a principal referência para atendimentos de maior complexidade na região.

Cerca de 32,5% dos Pankararu procuram os chamados curadores e benzedeiros existentes nas aldeias. Outras referências são as auxiliares de enfermagem do posto da FUNAI (25,7%), as farmácias fora das aldeias (17,8%), líderes comunitários (12,9%) e ainda os vizinhos/parentes (7,4%). Neste contexto, esperava-se que o pajé fosse mais procurado, entretanto este foi responsável por apenas 3,1% dos atendimentos. O pajé, pelo que podemos observar, tem um papel político mais significativo que o de curar, compartilhando com o cacique as responsabilidades de líder político.

Dados do componente epidemiológico, da referida pesquisa, indicam que das 112 famílias entrevistadas, 104 (92,2%) faziam uso de recursos caseiros para o tratamento de suas doenças, indicando ser esta a primeira etapa do itinerário terapêutico utilizado pelos Pankararu. Esses recursos são basicamente fitoterápicos, únicos ou combinados, havendo maior número de citações aos chás de erva-cidreira, mastruz, ameixa e capim santo.

O MUNDO DOS ENCANTADOS

As manifestações culturais e principalmente as religiosas dos Pankararu estão completamente envolvidas com o que eles denominam de *encantados*. Os encantados são entidades que manifestam-se nas práticas de cura e são reverenciados em festas tradicionais Pankararu, juntamente com a dança do Toré

e a jurema⁸. Os encantados são os espíritos protetores pertencentes ao mundos dos heróis míticos. Os Pankararu podem localizá-los como moradores nas serras, no rio e nas cachoeiras⁹. Eles comunicam-se com este mundo através das manifestação dos "praiás", homens iniciados pertencentes ao grupo, que podem servir de intermediários entre o mundo dos encantados e o mundo real. Os *praiás* se apresentam com uma vestimenta que os cobrem da cabeça aos pés (a única parte visível do corpo) confeccionada com a fibra do curuá, uma palmeira existente no sertão.

O *Flechamento do Imbu* é a principal celebração dos Pankararu e ocorre uma vez por ano durante a colheita do Imbu. Esta festa marca a tradição e a identidade Pankararu e é realizada durante 4 finais de semana seguidos durante os meses de fevereiro e março. A cada sábado, pela noite, os *praiás* vão para o terreiro e dançam os passos coordenados e puxados por um cantador oficial que conhece as músicas (toantes) específicas para cada *praiá*. No dia seguinte, domingo pela manhã, inicia-se novamente a festa com os *praiás* percorrendo, em fila indiana, a aldeia. Cantando, eles vão passando nas casas das pessoas que oferecem uma cesta de gêneros alimentícios para a festa, e em seguida, esta cesta é recolhida por aquele que comanda a cerimônia. A celebração encerra-se no domingo, pela tarde, com a cerimônia da *queima da cansação*, um tipo de urtiga utilizada pelos participantes que acompanham os *praiás* e que, dançando, a esfregam no corpo de outro participante como em um ato de flagelação coletiva.

Na celebração do Menino no Rancho, uma das principais festas dos Pankararu, há uma intensa interação entre identidade, ecossistema, saúde e doenças do ciclo reprodutivo. Essa celebração não tem uma data fixa para sua realização, dependendo exclusivamente do pai de um menino. Está associada a uma cura específica, podendo ainda ser vista como um ato de iniciação para os meninos. Há muito orgulho de um Pankararu ao se referir que ele foi "colocado" no rancho. Esta festa também está associada a procura da noiva, pois, durante a celebração o menino é apresentado a uma menina que participa da festa. E esta menina é chamada de *noiva do menino do rancho*. Nesta celebração os *praiás* dançando no terreiro procuram pegar o

⁸ Bebida feita com raízes

⁹ A principal localização dos encantados são as cachoeiras de Itaparica. Estas desapareceram com a construção da Hidroelétrica de Itaparica.

menino e este é defendido pelos seus padrinhos gerando assim uma luta física entre *praiás* e padrinhos. Quanto maior for o número de padrinhos, menor será a possibilidade dos *praiás* reterem o menino. Também pode estar relacionada ao pagamento de uma promessa associada a cura de doenças da infância: diarreia, sarampo, caxumba, catapora, pneumonia, verme e dor de cabeça, todas identificadas como doenças do ciclo reprodutivo. Nesse sentido, o desmatamento aparece como um fato ameaçador para a saúde reprodutiva pois os Pankararu acreditam que o desmatamento tem afastado o encanto e os encantados.

A morte é vista como um renascimento para o mundo dos encantados. As pessoas que morrem vão procurar moradia nos lugares dos encantados, nas serras e nas cachoeiras do rio. As doenças podem ser tratadas na medida em que os encantados são chamados através das intermediações dos *praiás* em manifestações públicas.

Estão fortemente presentes na cultura Pankararu os curadores e benzedeiros que são os primeiros a serem procurados para tratar as doenças com já nos referimos anteriormente. Estes dominam o conhecimento específico das ervas que curam, e incorporam também os “encantados”, para realizar a cura. Percebe-se nestas manifestações um forte sincretismo religioso relacionado ao catolicismo e as manifestações afro-brasileiras.

SISTEMAS MÉDICOS

Existem poucos trabalhos específicos no âmbito da representação de doenças em áreas indígenas de Pernambuco e sobretudo em relação a saúde reprodutiva. No entanto, existe uma riqueza de informações, ainda dispersas em várias monografias, sobre os sistemas e processos de curas em áreas indígenas. Não temos a segurança em caracterizar os processos terapêuticos vividos nessas áreas indígenas de Pernambuco como sistemas xamânicos tais com definido por Langdon (1994) ou daqueles dos indígenas da Amazônia onde existe todo um conhecimento especializado sendo central a figura do pajé no itinerário terapêutico. O processo doença-cura entre os indígenas está relacionado a uma concepção própria, às práticas terapêuticas que passam por um entendimento da cosmologia própria de cada grupo indígena.

Pode-se perceber que os Pankararu convivem muito bem com a biomedicina, sendo que alguns deles conhecem bem o

vocabulário médico e o utilizam em suas conversas. Essa convivência com a biomedicina não quer dizer que os Pankararu não tenham explicações próprias sobre a etiologia das doenças. Do mesmo modo parece existir um conhecimento bastante difundido entre os Pankararu sobre práticas terapêuticas próprias. Existem também entre eles um número significativo de rezadores e benzedeiros que são referidos e reconhecidos como "bons curadores" pela população. É comum as pessoas se referirem aos curadores em relatos sobre a eficiência da cura e na utilização de remédios tradicionais. Ou seja, existe um reconhecimento de pessoas especializadas em curar ou dar diagnósticos sobre uma doença no interior do sistema médico Pankararu. Os Pankararu que vivem em São Paulo pedem que lhes sejam enviados remédios cuja a eficiência e o poder de cura são comprovados. Pode-se perceber ainda que em cada uma das aldeias existem pelo menos um rezador ou uma benzedeira que detém um conhecimento especializado.

Não temos ainda dados suficientes de análise para fazer uma caracterização do sistema médico Pankararu, no entanto, existem elementos significativos observados através da concepção e da crença nos "encantados" que informam aos vivos, aqueles que habitam esse mundo, os possíveis males e até diagnósticos de doenças. Os encantados estão, portanto, no centro do sistema médico Pankararu. Os encantados tem um espaço localizável pelos Pankararu e podem ser encontrados através do praiás, curadores e benzedeiros.

Percebe-se a necessidade de se compreender o sistema médico Pankararu com objetivo de sugerir programas de saúde que sejam culturalmente adequados. Neste sentido a pesquisa em andamento na área, partindo da análise da representação das doenças do ciclo da reprodução torna-se importante e necessária para dar um referencial nas discussões dos programas de saúde a serem desenvolvido em áreas indígenas.

A importância dos praiás como principal manifestação cultural e religiosa, também evidencia relações com a saúde. Essas manifestações, principalmente as relacionadas à cura da medicina tradicional dos Pankararu, estão completamente envolvidas com o que eles denominam de *encantados*. Os encantados são entidades que se manifestam nas práticas de cura e são reverenciados em festas tradicionais, juntamente com a dança do Toré e a bebida feita da jurema. Os encantados são os espíritos protetores pertencentes ao mundo dos heróis míticos. Os Pankararu podem localizá-los como moradores nas

serras, no rio e nas cachoeiras¹⁰. Eles comunicam-se com este mundo através das manifestação dos "praiás", homens iniciados pertencentes ao grupo, que podem servir de intermediários entre o mundo dos encantados e o mundo real. Os *praiás* se apresentam com uma vestimenta que os cobrem da cabeça aos pés (a única parte visível do corpo) confeccionada com a fibra do curuá, uma palmeira existente no sertão.

Quando comparamos as práticas da medicina tradicional indígena e da biomedicina, percebemos que os Pankararu possuem conhecimentos locais sobre parto (dietas, parto de cócoras, acompanhamento de parteiras, contato intenso com os familiares na casa, rezas, benzeduras), contracepção (chás, banhos e asseios com raízes e ervas locais), prevenção e prenatal (banhos e asseios com raízes e ervas locais, rezas e benzeduras) que são praticados no dia-a-dia. A procura pelo acompanhamento biomédico também é valorizada mas há dificuldade de atendimento pela falta de médico no local e escassez de transporte para os serviços de saúde das cidades próximas.

Tanto no itinerário terapêutico quanto nas formas de lidar com doenças de infância, parto, pré natal e contracepção, os Pankararu possuem uma forma particular de se relacionar com a saúde reprodutiva: convivem bem com a biomedicina e, também, valorizam os conhecimentos da medicina tradicional e dos encantados. A boa aceitação do sistema biomédico inclui a valorização do parto em hospital pelas índias mais novas, como maneira de evitar riscos ou ter como socorrê-los a tempo. Mas a assistência hospitalar e o médico são valorizados para a cura de enfermidades ou a prevenção de doenças, de maneira extensiva.

Observou-se, ainda, que a localização das aldeias dentro dos municípios de Tacaratu, Petrolândia e Jatobá prejudicava a eficácia dos programas (PACS e PSF) existentes na área. Há uma necessidade de interação entre os serviços de saúde que atuam na área indígena. A partir das conversas que tivemos sobre a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e da necessidade de agregação dos agentes indígenas de saúde na área indígena como um todo, obtivemos como resultado da pesquisa a criação do Conselho de Saúde Indígena Pankararu

¹⁰ A principal localização dos encantados são as cachoeiras de Itaparica. Estas desapareceram com a construção da hidroelétrica de Itaparica.

que iniciou suas atividades em Julho de 1999. Dando continuidade a esse processo, a pesquisa em saúde reprodutiva entre os Pankararu vem subsidiar os programas de saúde para área indígena incentivando o fortalecimento do Conselho Indígena de Saúde Pankararu, a melhoria dos serviços de saúde reprodutiva e dos programas de saúde nas aldeias (PACS e PSF), realizando a observação e treinamento dos agentes indígenas de saúde.

O atual modelo de organização dos serviços de saúde para as áreas indígenas, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), nasceu no âmbito das Conferências Nacionais de Saúde, no início da década de noventa, no bojo do movimento da Reforma Sanitária. Porém, somente na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI) ocorrida em 1993, este modelo foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde que atuam com estas populações. A proposta versava sobre a implantação de um modelo de saúde adequado para as áreas indígenas, inserido num subsistema de atenção à saúde ligado ao Sistema Único de Saúde. A partir daí, a concepção e o modelo de DSEI passa a ser uma reivindicação permanente na pauta do movimento indígena organizado e dos profissionais de saúde das áreas indígenas(3).

A decisão política de implantar o modelo assistencial referendado pela II Conferência foi tomada no final de 1998 pela FUNASA e obedece, em linhas gerais, a proposta da II CNSPI, no que se refere a participação social na elaboração das políticas de saúde. No entanto, apresenta algumas distorções quanto ao aspecto de autonomia orçamentária e financeira dos DSEIs. O modelo administrativo adotado pela FUNASA apresenta duas vertentes: na primeira, as Coordenações Regionais da FUNASA atuam como ordenadoras de despesas e por conseguinte, controlam os recursos financeiros destinados aos Distritos; na segunda modalidade administrativa, o nível central da FUNASA realiza a celebração de convênios com organizações indígenas, organizações não-governamentais, Secretarias de Saúde e universidades, para a execução das ações de saúde nas áreas indígenas. Sendo assim, para que haja de fato uma organização dos serviços de saúde que possibilite o atendimento das demandas atuais e promova uma postura mais próxima às propostas referendadas na II Conferência, torna-se necessária a discussão do modelo administrativo preconizado, neste momento, pela FUNASA (4).

Os Distritos que estão sendo implantados, em todo o Brasil, tem as características peculiares de cada área indígena e estão sendo concebidos dentro de um processo de discussão que envolvem

vários atores sociais como as organizações indígenas, os profissionais de saúde, as ONGs, universidades e os órgãos federais como a FUNASA e a FUNAI. Esta pluralidade é importante e necessária, pois reflete as características de cada área. No entanto, dadas as diversas formas de contato das populações indígenas com a sociedade envolvente e, conseqüentemente, os diferentes estágios de organização política frente a esta mesma sociedade, o processo de distritalização nas áreas indígenas tende a se desenvolver de forma variada, de uma região para outra. Em determinadas regiões como a Amazônia, onde a organização política das populações indígenas tem um histórico mais longo, a possibilidade de participação no controle social das ações de saúde torna-se mais viável. Em outras regiões como no Nordeste, Centro-Oeste e no Sul do país, o exercício do controle social em saúde deverá ser estimulado pelas instituições que estarão responsáveis pela execução dos serviços de saúde e pela implantação e funcionamento regular dos Conselhos Distritais de Saúde com a participação efetiva dos índios. Apesar de toda essa diversificação e das dificuldades pertinentes à todo o processo de democratização e de inclusão social, existe o vislumbre de serem gerados modelos sanitários que atendam às necessidades básicas e estratégicas das comunidades indígenas no Brasil, desde que seja mantida a linha política de distritalização da saúde indígena.

Os distritos sanitários foram implantados no Brasil a partir de 1987. Existe literatura significativa sobre essas experiências no âmbito da saúde pública. As primeiras iniciativas remontam ao processo de distritalização apoiados pela OPAS/OMS que canalizavam a implantação de distritos em municípios considerados estratégicos¹¹. Essas experiências estavam relacionadas a idéia de distrito sanitário como processo social de mudanças das práticas sanitárias e remetem a número significativo de discussões e avaliações realizadas por sanitaristas e especialistas em saúde pública¹².

¹¹ Os primeiros municípios a iniciarem essa forma de organização de serviços foram, Salvador, Curitiba e São Paulo.

¹² Vale lembrar que essas experiências encontram na cooperação internacional italiana um respaldo importante no sentido de documentação e divulgação das mesmas, o Centro de Documentação sobre Distritos Sanitários instalada na sede da cooperação Técnica Italiana em Salvador.

Estamos trabalhando com a noção de Distrito Sanitário que é reconhecido como “unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde públicos e privados, organizados com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações de saúde capazes de resolver a maior quantidade possíveis de problemas de saúde”. Portanto, a noção de distrito sanitário indígena está centrada na organização da prestação de serviços de saúde pertinentes à cada realidade étnica, de forma que as ações decorrentes sejam eficazes para uma determinada população indígena, sendo fundamental a participação das diversas instâncias organizativas indígenas na formulação das políticas do setor. As experiências deveriam apontar os problemas no nível organizativo e esses problemas deveriam encontrar soluções locais para sua resolução.

Os distritos sanitários enquanto processos sociais de mudança das práticas sanitárias não são entendidos como tal pela maioria dos profissionais de saúde que atuam no âmbito da saúde pública e nem tampouco pelos administradores de sistemas locais de saúde, dando lugar a duas práticas recorrentes, bem identificadas por Mendes (1995:161). Uma que ele identifica como sendo a “topográfico-burocrática” que reduz as atividades de organização dos serviços de saúde no âmbito de um território específico sem se desvencilhar dos vícios existentes na prática administrativa, ou seja, não rompe com o paradigma assistencial. A outra estratégia referida pelo autor é aquela que identifica o distrito como um “processo social” procurando atuar no âmbito das mudanças na prestação de serviços e a inclusão de práticas sanitárias consistentes e culturalmente sensíveis, para se obter impacto sobre a situação de saúde da população.

Os resultados da pesquisa entre os Pankararu realçam um cenário no qual as práticas “topográfico-burocráticas” prevalecem na organização dos serviços oficiais de saúde mas demonstram também que a população tem organizado formas de lidar com a distritalização como um processo social, a partir da avaliação que fazem acerca dos programas de saúde, da saúde reprodutiva e da valorização dos conhecimentos tradicionais.

As índias entrevistadas realçaram que as rezadeiras e curadores têm um papel importante no âmbito da saúde Pankararu, reconhecido por todos e que existe um interesse muito grande em poder ampliar os conhecimentos em saúde reprodutiva e do próprio corpo. Os agentes de saúde possuem

opiniões que se coadunam às das mulheres: existe uma grande consciência dos serviços que podem atuar na área indígena, um grande interesse na própria capacitação e em melhorar suas atuações. Além disso, são reconhecidos pela população como pessoas que podem ajudar a melhorar a situação da saúde na área.

Como foi citado anteriormente, a Saúde Indígena, até o presente, não tem uma avaliação mais global sobre as diferentes formas existentes das práticas. Os diversos projetos de saúde implantados na áreas indígenas não chegaram a formular um consenso mínimo sobre como os serviços de saúde seriam melhor organizados tendo em vista sua relação ou não com um modelo nacional que também optou para favorecer os sistemas locais de saúde. Em outras palavras, ainda não existe uma reflexão mais ampla sobre como organizar um subsistema de saúde indígena relacionado ao SUS.

O SUS, como concepção geral, oferece a possibilidade de criação de sistemas locais de saúde baseados na realidade e a diversidade de modelos. No âmbito da saúde indígena, o que observou-se foi uma divisão dos serviços nestes últimos anos entre a FUNAI e a FUNASA: a primeira com atividades eminentemente curativas e a segunda com atividades de prevenção. Em se tratando de modelos de saúde e sob a perspectiva de comando único de ações, essa dicotomia se mostrou extremamente inviável e incoerente, criando relações paternalistas para determinadas populações indígenas e gerando a impossibilidade de execução de serviços de saúde de maneira integral.

PROGRAMAS DE SAÚDE

Os Pankararu fazem parte dos grupos indígenas do Nordeste que durante quatro séculos estão em contato com a sociedade nacional. A primeira vista podem ser confundidos com qualquer habitante do Sertão. Durante todos esses anos, foram discriminados, perseguidos, reduzidos e coibidos de apresentarem-se como indígenas. De acordo com os Pankararu a discriminação existente é bem menor que em anos anteriores. A identidade Pankararu hoje é o resultado de uma contínua re-elaboração de sua presença na região em confronto com os representantes da sociedade nacional.

A relação deste povo com o ambiente sertanejo tem características peculiares, são detentores de conhecimentos

bastante refinados de convívio com o semi-árido nordestino e na relação com o Rio São Francisco. A adaptação deles no semi-árido merece ser estudada no sentido de se apreender sobre essas formas adaptativas e delas tirar lições.

Nossa pesquisa sobre a representação das doenças do ciclo da reprodução procurará entender de uma forma mais completa todos aspectos relacionados as questões da saúde reprodutiva. Neste trabalho assumimos que a Saúde Reprodutiva deve ser entendida como um "estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou incapacidades em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos"¹³. Portanto vai além das questões colocadas pela biomedicina na qual as pessoas são vista como objetos e não como sujeitos.

Nas monografias recentes sobre os Pankararu existem poucas informações sobre a dinâmica atual da sua organização social e suas percepções sobre o ecossistema do semi-árido. Esta relação precisa ainda ser melhor descrita com o intuito de compreender a noção de bem-estar existente na cultura Pankararu. Durante as visitas iniciais realizadas na área, pode-se notar uma organização peculiar do espaço da área reservada, estreitamente relacionada com as "famílias"¹⁴ Pankararu. A relação com a terra (serras, grutas) além de ter uma importância fundamental para a identidade Pankararu, está ligado ao seu sistema de cura. A relação saúde e cultura são da mesma natureza e necessita ainda ser melhor explorada.

Para obter informações pertinentes que levem a uma compreensão sobre a saúde reprodutiva faz-se urgente e necessário compreender as formas de adaptabilidade dos Pankararu com relação ao semi-árido onde eles vivem e elaboram suas práticas de intervenção nas doenças e de que forma o Rio São Francisco (onde estão as moradas dos *Encantados*) interfere nesses processos. Desde a construção da Hidrelétrica de Itaparica

¹³ De acordo com o Relatório da Conferencia Internacional sobre População e Desenvolvimento, 5 a 13 de setembro de 1994 realizada no CAIRO. Conferir também Berquó:1998:26.

¹⁴ As famílias Pankararu aqui entendido no seu sentido mais amplo, quase como "clãs", parece ter um espaço próprio e um lugar espacial bem definido. Merecendo um estudo para se delimitar os espaços sociais de cada uma delas.

(1989) que inundou quatro cidades do lado pernambucano e fez desaparecer as cachoeiras sagradas dos Pankararu que os mesmos encontram-se em um contínuo processo de re-elaboração.

Além das formas da adaptabilidade dos Pankararu ao semi-árido, deveria-se procurar entender como as "famílias" ocupam esse espaço. Ao estudar as formas de ocupação espacial e a organização social atual, de uma forma mais globalizante, ou seja apreendendo todo conjunto de aldeias Pankararu e as relações entre as diversas "famílias" poderia-se compreender melhor todas as questões relacionadas a saúde reprodutiva na área.

Uma vez estabelecido todas essas relações poderia-se então buscar elementos significativos no campo da vida sexual e reprodutiva das mulheres e homens, importantes na concepção de programas de saúde para a região. Não se trata simplesmente de buscar soluções ou propostas no campo da contracepção, e sim ampliar o foco para a necessidade de políticas sociais, sobretudo no campo da educação e da saúde e formuladas sob uma perspectiva de gênero.

BIBLIOGRAFIA

ARRUTI, José Maurício Andion. (1994) Projeto de Levantamento das Terras Indígenas do Sub-Médio São Francisco e sua relação com o Sindicalismo local. *Segundo Relatório Recife*, OXFAM/CEDI.

ATHIAS, R. Saúde Reprodutiva e Programas de Saúde entre os Pankararu. Recife, Fages/UFPE, 1999. Mimeo.

ATHIAS, r. (1999) Relatório da Pesquisa "*Reprodução, Sexualidade e Programas de Saúde em Grupos Sociais Distintos em Pernambuco*", Recife, Fages/UFPE, 1999.

ATHIAS, R. & MACHADO, M. A Saúde Indígena no Processo de Implantação dos Distritos Sanitários - Discursos Antropológicos e Médicos, Trabalho apresentado no 2º Congresso Brasileiro Ciências Sociais em Saúde, São Paulo, ABRASCO, 8/12/1999.

Atlas das terras indígenas do Nordeste. Rio de Janeiro: PETI/PPGAS/MN/UFRJ, 1993.

BERQUÓ, Elza. (1998) O Brasil e as Recomendações do Plano de Ação do Cairo, in: Bilac & Rocha (org) Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. São Paulo Ed.34

CAPOTE M. R. O Processo de organização e a regionalização dos serviços. In: Secretaria Estadual de Saúde (São Paulo). Instituto da Saúde. Sistemas Locais de Saúde (SILOS), Instituto da Saúde, São Paulo, 1988, pp 17-26.

CONFALONIERI U.E.C (1993) *Saúde de Populações Indígenas. Uma introdução para profissionais de Saúde*. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública.

CONDEPE (1981) *As Comunidades Indígenas de Pernambuco*. Recife

COSAI. Planejamento Estratégico, organização dos serviços de saúde para as áreas indígenas, Brasília. Mimeo, 1999

ESTEVÃO, Carlos (1942) *O Ossuário da gruta do padre em Itaparica e algumas notícias sobre remanescentes indígenas no Nordeste*. In: Boletim do Museu Nacional. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional.

LANGDON, E. (1994) *Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazonia Colombiana*. In Santos, R. e Coimbra, C. Saúde e Povos Indígenas, Editora Fiocruz, Rio.

MENDES, E.V. Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS. Hucitec/ Abrasco, Brasília, 1995.

RIBEIRO, Rosimery Machado. (1992) *O mundo encantado Pankararu*. Recife, Dissertação Mestrado em Antropologia Cultural – Universidade Federal de Pernambuco.