

Processo saúde-doença entre populações indígenas brasileiras: uma questão conceitual e instrumental

Sandra Aiache Menta

Resumo: Com o objetivo de constituir um substrato para discussões futuras sobre as bases epistemológicas da Epidemiologia em populações indígenas brasileiras, este artigo permeia o ciclo histórico da Epidemiologia Social que tem sido um referencial para as pesquisas epidemiológicas em populações indígenas. Para responder a questões conceituais e metodológicas é necessário considerar-se o mundo do coletivo, respeitando o singular, e mais especificamente o mundo das crenças, rituais e linguagem de povos que não reconhecem as manifestações físicas e mentais de uma determinada doença como os povos ocidentais. Reconhecer a percepção de um determinado grupo quanto ao processo saúde-doença, implica a percepção do conceito de saúde e doença como completo bem-estar ou mal-estar físico, mental e social. Para superar algumas dificuldades de pesquisas epidemiológicas em populações indígenas, o instrumento a ser utilizado deve ater-se a aspectos objetivos, subjetivos e sujeitos à mensuração. São necessários instrumentos de coleta de dados que abordem o conceito singular de uma coletividade e que seja estabelecida uma semântica e uma sintaxe entre pesquisadores e pesquisados.

Palavras-chave: populações indígenas - epidemiologia social - saúde indígena.

Abstract: With the aim of constituting a substractum for future discussions on the epistemological basis of epidemiology in Brazilian indigenous populations, this article permeates the historical cycle of Social Epidemiological history and it has been a reference for indigenous epidemic research. To answer methodological and conceptual questions on this subject, it is necessary to consider the collective world, to respect the peculiarity, beliefs, ritual and language of a people that does not recognize the physical and mental manifestations of certain diseases as western people do. To identify the perception of a specific group as to the process of health-disease, implies the perception of health and disease as complete physical, mental and social welfare or illness. To overcome some epidemic research difficulties of indigenous populations, it is necessary to have instruments for data collection that approach the singular concept of collectivity and that semantics and syntax among people involved in research on this matter be established.

Key words: indigenous populations - social epidemiology - indigenous health.

Especialista em Saúde Pública. Pesquisadora do Projeto Kadiwéu – UCDB/ UNICAMP/USP/ Universidade de Heidelberg.

Introdução

O ciclo histórico da Epidemiologia Clássica para a Social demonstra que é necessário passar de uma etapa conceitual teórica e eminentemente crítica, para uma etapa prática, em que se faz necessário incorporar aos recursos especializados da ciência convencional, os recursos próprios e singulares, dentro de um contexto histórico, de uma determinada coletividade. Entre os pesquisadores que utilizam o conhecimento da Epidemiologia como disciplina, método e instrumento, para diagnosticar o perfil de saúde de povos indígenas, um desafio está sempre presente, que é o de como coletar dados de maneira suficiente, dentro de um contexto real e científico.

Para responder a essas questões é necessário esclarecer conceitos, conhecer culturas e, antes de qualquer coisa, respeitar o singular de uma coletividade; sendo assim, utilizando a Epidemiologia, os pesquisadores na área de saúde indígena necessitam de apreender uma linguagem própria de um povo, a qual não se traduz em palavras somente, mas em rituais, crenças e em manifestações corporais e mentais. Dessa forma, ao utilizar a Epidemiologia, é necessário conceituá-la, e, em sentido amplo, entende-se como o estudo do comportamento coletivo da saúde e da doença; de uma maneira mais explicativa, como “ramo das ciências da saúde que estuda, na população, a ocorrência, distribuição e os fatores determinantes dos eventos relacionados com a saúde” (PEREIRA, 1999, p. 3).

O fato da Epidemiologia ser uma disciplina que trata do coletivo, define a necessidade de ter um vínculo com as ciências da sociedade. Esses vínculos aparecem e são bastante fortes nos estudos de determinação social das doenças. Ao relacionar o processo saúde-doença como um processo social, e a existência de uma articulação entre o processo social e o processo de saúde-doença assume características distintas, conforme o modo diferencial com que cada sujeito do grupo estudado insere-se e relaciona-se com os grupos sociais restantes. De acordo com Laurell (1983), a Epidemiologia configura-se e demonstra o caráter social da doença e um aprofundamento dos determinantes sociais do perfil patológico.

O caráter social do processo saúde-doença manifesta-se empiricamente mais claro no âmbito coletivo que no individual. A possibilidade de investigar o caráter social do processo saúde-doença através do objeto construído não se esgota na descrição distinta, mas a transcende. De acordo com Chamme (1996), a percepção dos homens quanto ao processo pessoal de saúde-doença está relacionada com a compreensão histórica da organização da sociedade em que vive, tanto nas percepções de ações coletivas como individuais.

Saúde

Partindo do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS, em que saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”, e levando-se em consideração que o completo bem-estar varia consideravelmente de acordo com as características individuais, temporais e espaciais, a saúde é entendida como a capacidade de relação com a cultura e ao meio a que se pertence, portanto, não significando apenas as necessidades básicas de sobrevivência, como alimentação, abrigo e reprodução, e sim, também questões subjetivas, como percepção e compreensão da relação social, apreciação estética, aquisição de conhecimento, oportunidade de lazer, gozo de saúde, satisfação sexual, relação de trabalho entre outras.

O significado do termo “completo bem-estar”, na definição de saúde da OMS, não é claro de significado, além disso, deve-se admitir que este pode variar consideravelmente de acordo com as características individuais, temporais e espaciais. Entende-se, pois, que através da capacidade de relação, cada indivíduo elabora a própria maneira de viver subordinada à cultura e ao meio aos quais pertence.

Na prática, a saúde é quase sempre quantificada em termos de presença ou ausência de doença, o que leva a área médica a uma tendência de priorizar os estudos quanto à saúde, a utilizar-se de marcadores de doença, deixando assim uma lacuna quanto ao bem-estar. Em uma abordagem psicológica e antropológica, os resultados epidemiológicos devem refletir a percepção do homem quanto a mal-estar e bem-estar.

De acordo com Pope-Davis et al. (2001), a medicina concentra-se no processo da doença (a fisiopatologia) e, muitas vezes, presta pouca atenção às percepções do paciente em relação à doença, que são as experiências de mal-estar. Sabe-se que estados fisiológicos e psicológicos não são independentes. Um pode diretamente influenciar o outro. Igualmente importante, a atenção quanto à inadequação da distribuição de valores do ponto de vista do bem-estar, tanto na percepção do indivíduo quanto em alguma medida objetiva do estado fisiológico.

Segundo Jeammet et al. (2000), “se a saúde é um valor subjetivo, os conflitos pessoais se refletirão a sua altura”, essa subjetividade reflete na concepção do homem tanto na doença como na saúde, ou seja, a saúde é inerente a seus ideais em seu sistema de valor, este ligado às idéias. Ressaltado por Pope-Davis et al. (2001), é importante integrar-se a perspectiva do pesquisado dentro do contexto histórico da literatura multicultural, examinem-se preferências e expectativas, como também a

suficiência dos dados empíricos atuais, que podem afetar diretamente as pesquisas multiculturais.

Sobre as dimensões psicológica, cultural, subjetividade e objetividade, Herdman et al (1997) discutem conceitos e definições dos estudos quanto à situação da saúde de grupos populacionais, assim apresentados:

- O conceito ocidental de doença é quase uma intervenção externa, afetando adversamente um curso de vida que de outra forma seria auto-determinado. Esta concepção não é a mesma em outras culturas, em que o fatalismo e predeterminismo são essenciais para o ciclo da vida.
- As conseqüências da doença podem não ser percebidas como distintas de outros aspectos da jornada da vida.

Em conformidade com as questões culturais, Herdman et al. (1997) alertam que o reducionismo da ciência médica moderna ocidental é bastante estranho para muitas culturas africanas e asiáticas, que destacam um equilíbrio sutil dentro do corpo e entre este e o ambiente.

Sempre que se tenta mensurar algo, há a necessidade de defini-lo claramente. Se, no caso da saúde, existem numerosas definições, e mesmo a adotada pela OMS, estas permanecem, até certo ponto, abstratas; há de se buscar um ponto comum, e esse teria de ser um conjunto de fatores positivos (saúde) e negativos (doença), em que o equilíbrio dos dois ou a discrepância dos dois pudessem levar a um resultado de um *“completo bem-estar”* ou *“completo mal-estar”*, tanto físico, como mental e social, mensuráveis.

Populações Indígenas

O consenso alcançado até o momento quanto às condições de saúde das populações indígenas brasileiras tem tido grande variedade, pois normalmente reflete indicadores negativos de saúde, como morbidade, mortalidade, etc, somando-se a estes indicadores de renda, habitação e outros. Todos esses indicadores estão baseados nos valores e estilo de *“vida do branco”*, urbano e rural, com pouca preocupação com a forma de existência de um grupo étnico específico, cujas características diferem das populações em geral.

Para Hökerberg (1997), ao se definir políticas e planos de saúde entre as populações indígenas é necessário que se superem algumas dificuldades que são:

- a deficiência de coleta sistemática de informações em saúde, o que

inclui variáveis demográficas, epidemiológicas, culturais, geográficas, entre outras;

- a falta de padronização de informação;
- os dados, quando existem, estão dispersos nas diferentes instituições que atuam na saúde dos índios e gerados, muitas vezes, por ações em paralelo;
- as elaborações das investigações sobre situação de saúde não são discutidas com o grupo populacional de interesse, que não tem espaço para apontar suas prioridades, sinalizar sobre as dificuldades que os investigadores terão para coletar determinadas variáveis e juntos buscar o instrumento mais adequado para traduzir a situação em questão;
- em geral, os resultados dos estudos sobre a situação de saúde não se revertem em mudanças nas estratégias das ações de saúde;
- não são consideradas as especificidades culturais do grupo indígena em estudo, para se adequar à investigação e para se ter validade dos resultados.

Segundo Castellanos (1990), as características específicas dos conjuntos sociais e suas relações institucionais deveriam ser as prioridades para recuperar todos os elementos das condições de vida e trabalho de um grupo a ser estudado. De acordo com Hökerberg (1997), é fundamental a eleição de instrumentos de coleta de dados mais adequados, bem como o treinamento continuado de recursos humanos para obter informações, além da construção de indicadores epidemiológicos mais apropriados.

Com referência às populações indígenas, mais especificamente aos povos Kadiwéu, Ribeiro (1980) relata que suas doenças podem ser atribuídas a diversas causas que vão desde explicações naturais até concepções muito elaboradas, como a fuga da alma e a intrusão. Pope-Davis et al. (2001) referem que algumas populações indígenas atribuem determinadas doenças à feitiçaria xamânica, e outras tratam a doença sob uma concepção inversa ocidental. Ribeiro (1980) referindo-se aos povos Kadiwéu aborda a concepção da doença e da cura associada à gravidade da moléstia, que é realmente o que define seu caráter sagrado ou profano.

Herdman et al. (1997) alertam que é essencial entender que com a abordagem vêm os parâmetros e pressuposições da visão da medicina ocidental. Sabe-se pela antropologia que a linguagem é uma expressão da cultura, e que traduzir é diferente de entender. Portanto, ao trabalhar com outra cultura, deve-se levar em consideração alguns aspectos:

- o estudo tem que ter finalidade prática, levando-se em conta o ambiente cultural e o físico;

- a tradução deve ser feita de maneira inteligível;
- os conceitos devem ser compatíveis, e a questão deve ser relevante.

As situações, os contextos e os eventos do processo saúde-doença entre populações indígenas são complexos, exigindo um instrumental teórico e metodológico que contemple aspectos objetivos e subjetivos do conceito de saúde. Neste sentido, Pelegrini e Brito (1997) referem-se à necessidade de uma abordagem mais holística aos estudos epidemiológicos descritivos para populações indígenas.

Para Young (1982), a antropologia médica deveria *a priori* levar em conta a interação que há entre os indivíduos e o contexto sociocultural. Partindo da premissa que apesar da doença ter um caráter biopatofisiológico universal, é em última análise uma construção cultural, pois as manifestações corporais são ao final interpretadas e tratadas através de meios e procedimentos culturalmente significativos e compreendidos como eficazes pelas sociedades.

Cohen (1999) argumenta a intervenção terapêutica (que pode ir até um ritual de cura), principalmente em sociedades onde o indivíduo é pensado em relação à coletividade, e sugere que deve ser encarada como uma tentativa de se restaurar o mundo social que também está conturbado. Os fenômenos de doença são interpretados através de uma linguagem formada a partir de uma estrutura na qual relações sociais, políticas e econômicas ocorrem. Young (1982) considera que doença, corpo e sociedade formam uma tríade interligada através da qual os processos naturais são manifestados no corpo do indivíduo, e é o corpo social que, em última instância, responde a esses processos naturais.

Mesmo sendo um produto de contextos sociais, culturais e históricos específicos, o corpo não pode ser visto como meramente um objeto através do qual esses contextos podem ser revelados. Há de se olhar para o corpo, para os processos corporais e para as respostas tomadas em relação aos fenômenos de doença, como um processo ativo de produção da sociedade através da história, ou mais ainda, como um meio através do qual mudanças em configurações sociais e representações culturais ocorrem.

Viveiros de Castro (1987) refere que nas sociedades Jê, a produção social dos indivíduos está intimamente relacionada a sua produção física, e é o corpo que medeia os elementos centrais de sua estrutura social. As comunidades indígenas sofrem mudanças e fontes de stress constantes que ameaçam a tranquilidade de vida e resultam em altas incidências de alcoolismo e às vezes em suicídio, como nos casos dos Guarani e Kaiowá.

Os índios são considerados um grupo vulnerável frente à doença, di-

ferente de um grupo de risco, cujos comportamentos colocam-nos em risco; os índios são vulneráveis justamente por causa das características de sua situação frente à sociedade envolvente e seu desconhecimento da doença.

Segundo Viveiros de Castro (1987), o corpo entre as populações indígenas é altamente simbolizado, representando a pessoa, sua categoria social, sua cosmovisão. Conhecer o universo simbólico presente nas concepções de corpo, de vida, de saúde, de doença e de morte, enfim, reconhecer com as especificidades da relação saúde-cultura de cada etnia, é uma questão clássica e fundamental a ser considerada.

Para Almeida Filho (1984), não existe uma justificativa para o uso abusivo de instrumentos para estudos epidemiológicos desenvolvidos em outros países e reaplicados em nossas populações. Para o autor, a maior dificuldade é a reprodução das questões sociais que permanecem mesmo com as adaptações dos instrumentos, pois o contexto, os significados e as idiosincrasias do sujeito são distintos.

Considerações Finais

Dessa maneira, os problemas em relação às pesquisas epidemiológicas em populações indígenas devem permear alguns pontos fundamentais:

- um profundo conhecimento do processo saúde-cultura da etnia a ser estudada;
- construção de instrumentos de coleta de dados próprios para cada etnia;
- abordagem dos aspectos objetivos e subjetivos do processo saúde-doença;
- estabelecimento de uma semântica e uma sintaxe entre pesquisadores e pesquisados;

Esses pontos sugeridos acima não excluem o fato de que os objetivos reais não são redutíveis aos limites do pesquisador e do seu método ou instrumento, nem se subordinam com facilidade às regras da metodologia. Vejo que um dos maiores obstáculos entre os pesquisadores da área de saúde indígena no Brasil, por meio do critério de eficácia, é fazer uso das técnicas convencionais modificadas e desenvolver instrumentos específicos.

Passando da crítica do questionamento ao culturalismo, à fenomenologia, à absolutização da análise quantitativa e ecológica, para a recuperação seletiva e subordinada de toda riqueza do conhecimento antropológico, ecológico, matemático torna-se imprescindível aos estudos epidemiológicos em populações indígenas reverem-se conceitos e instrumentos

de pesquisas epidemiológicas. As reflexões expostas neste artigo não constituem uma unidade pessoal, mas, com certeza, uma preocupação de muitos pesquisadores, e representam assim um substrato para discussões sobre as bases epistemológicas da epidemiologia em populações indígenas brasileiras.

Referências bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N. Problemas e perspectivas atuais da pesquisa epidemiológica em medicina social. In: *Textos em epidemiologia*, 09-37 SEPLAN/CNPq, 1984.
- CASTELLANOS, P. L. Sobre el concepto salud-enfermedad: Descripción y Explicación de la situación de Salud. *Bol. Epidemiol OPS* 10(4): 1-7, 1990.
- CHAMMÉ, S. J. Modos e modos da doença e do corpo. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo: FSP/USP, 5(2): 61-76 1996.
- COHEN, U. *The mental health of indigenous peoples*. An International Overview WHO/MNH/NAM/99.1 1999
- HERDMAN, M.; FOX-RUSHDY, J.; BADIA X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res.*, 6(3):237-47, apr. 1997.
- HÖKERBERG, Y. H. M. Aplicação do conceito de situação de saúde para povos indígenas brasileiros. In: I Oficina Macrorregional. *Anais...* Londrina: CR Comunicação Empresarial, 1997.
- JEAMMET, P. H.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. M. *Psicologia médica*. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2000.
- LAURELL, A. C. *A saúde-doença como processo social*. In: NUNES, E. D. (org.). *Medicina social - aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- PELEGRINI, L. BRITO, J. A. Apresentação. In: I Oficina Macrorregional. *Anais...* Londrina: CR Comunicação Empresarial, 1997.
- PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- POPE-DAVIS, D. B.; LIU, W. M.; TOPOKEK, R. L.; BRITTAN-POWELL, C. S. *What's missing from multicultural competency research: Review, introspection, and recommendations*. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol.7, n. 2, 121-138, 2001.
- RIBEIRO, D. *Kadiwéu: ensaios etnológicos sobre o saber, o azar e a beleza*. Petrópolis: Vozes, 1980.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: Oliveira Filho (org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987.
- YOUNG, A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist*, 78(1):5-24, 1982.