

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Sistema de crenças e terapêuticas complementares: Um desafio para as políticas de saúde indígena. PROVISÓRIO.

Gláucia Buratto Rodrigues de Mello.

Cita:

Gláucia Buratto Rodrigues de Mello (2009). *Sistema de crenças e terapêuticas complementares: Um desafio para as políticas de saúde indígena. PROVISÓRIO. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1547>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Sistema de crenças e terapêuticas complementares: Um desafio para as políticas de saúde indígena¹

PROVISÓRIO

Gláucia Buratto Rodrigues de Mello²

Introdução

Estimada em cinco milhões de pessoas no início do século XVI, a população indígena brasileira é atualmente estimada pela FUNASA³ em número superior a 400.000 pessoas, pertencentes a cerca de 215 povos, falando 180 línguas identificadas. Dados do IBGE, informam que há 734 mil índios no país, ocupando 11% do território nacional, pertencentes a 220 povos, falando 180 línguas. Conforme documento da Portaria do MS n. 254/2002⁴, os povos indígenas estão em todos os estados brasileiros, menos no Piauí e no Rio Grande do Norte. São 579 terras indígenas ocupando 12% do território nacional. 60% dessa população vive no centro-oeste e norte do país, onde estão concentradas 98,7% das terras indígenas. A expansão de frentes econômicas

¹ Esta comunicação retoma aspectos da pesquisa que desenvolvo como Pesquisador Visitante do CNPq no DCS/ENSP/FIOCRUZ, intitulada: “Práticas terapêuticas alternativas e sistema de crenças: O caso do xamanismo”.

² Antropóloga e Socióloga, Pesquisador Visitante CNPq no Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (DCS/ENSP/FIOCRUZ) glauciaboratto@ensp.fiocruz.br.

³ <http://www.FUNASA.gov.br>.

⁴ Portaria do MS n. 254, de 31/01/2002, documento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

(extrativismo, trabalho assalariado temporário e projetos de desenvolvimento) vêm ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios, bem como seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) integrada à Política Nacional de Saúde (PNS) foi regulamentada em 1999, através do Decreto n. 3.146/1999, que integrou a assistência à saúde dos povos indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde, e foi aprovada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 254/2002. Conforme atesta o documento, o propósito desta política é o de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. Ela determina a aplicação do modelo complementar e diferenciado apresentado pelo Decreto 3.146/1999, cuja implantação constitui ainda um desafio à superação das deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) através das Portarias Ministeriais 971/2006 e 1.600/2006. Ela insere no acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, sistemas médicos complexos, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa, que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção e recuperação da saúde com ênfase no desenvolvimento terapêutico e integrador do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. A PNPIC valoriza as práticas culturais de terapêuticas alternativas; ela busca ampliar a visão do processo saúde-doença, a promoção do cuidado humano e do autocuidado e, nesse sentido, já reconhece cinco grupos de “medicinas integrativas e complementares”: a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, a crenoterapia e a antroposofia.

O Xamanismo é parte da medicina indígena e é um sistema de crenças de natureza mágico-religiosa, culturalmente integrado por uma cosmovisão, responsável pela

sustentação de todo um modo de vida da população indígena correspondente. Ele relaciona um xamã ou pajé e seus consulentes numa perspectiva sagrada, integrada com forças criadoras universais dos reinos animal, vegetal e mineral e tem grande importância na organização social e política da comunidade. Enquanto medicina indígena, é produto de saber acumulado por tradição com base experimental e simbólica, fundada sobre a relação harmoniosa entre o indivíduo, o meio ambiente e a cultura, em práticas ritualizadas de cura. Trata-se, conforme sabemos, de uma terapêutica que garantiu a existência, a saúde e o crescimento das populações indígenas pré-colombianas. Atualmente, esse sistema terapêutico **resiste**, mais ou menos, aqui e ali, de forma paralela à medicina ocidental moderna, como alicerce fundamental para a sobrevivência de etnias e práticas culturais, aparentemente em franco processo de aculturação e desaparecimento, conforme vêm declarando os pajés aldeados que resistem. Este ensaio propõe uma reflexão sobre o lugar do Xamanismo nas políticas públicas de saúde, que determinam o respeito pela diversidade e pelas práticas culturais dos povos indígenas.

Medicinas alternativas e tradicionais

De acordo com Luz (2005), o termo *medicina alternativa* foi originalmente enunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1962, enquanto prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais. Ela foi proposta como “alternativa” à medicina contemporânea, especializante e tecnocientífica, e visava resolver problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo. Posteriormente, o termo passou a designar práticas terapêuticas diversas da medicina científica, geralmente adversas a ela. Atualmente, os sentidos de *medicina alternativa* foram consideravelmente ampliados, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica. Sua aceitação e utilização verificam-se por todo o mundo. Na América Latina, ela se torna visível a partir de 1975. O Movimento Social de Contracultura, iniciado nos EUA, a partir dos anos 1960, contribuiu imensamente para esta entrada, através do que a Antropologia e a Sociologia da Religião denominaram “Novos Movimentos Religiosos”, Movimento de Nova Era ou *New Age*, apresentando e inserindo na sociedade moderna ocidental uma grande variedade de crenças e terapêuticas

tradicionais e alternativas de cura, provenientes de tradições orientais, pagãs e nativas diversas da nossa racionalidade (Mello, 2002 e 2005).

De acordo com pesquisa de Lobo-Guerrero (1991), o termo *medicina tradicional* foi cunhado a partir de 1970 pela OMS, com a entrada da República Popular da China no sistema das Nações Unidas, para fazer referência a todas as outras medicinas não-ocidentais ou não-institucionais. Conforme a sua pesquisa, em 1978, a OMS impulsionou seu Programa de Promoção e Desenvolvimento da Medicina Tradicional, expedindo uma resolução que incentivava os governos a outorgar adequada importância ao emprego de seus sistemas médicos tradicionais na estratégia da Atenção Primária de Saúde. O Programa foi bem acolhido em muitos países do Terceiro Mundo (Índia, África e América Latina) os quais passaram a implementar programas orientados para o resgate da medicina indígena e sua articulação com os programas oficiais de saúde.

Uma corrente importante de pesquisadores em saúde vem focando suas pesquisas na crítica à racionalidade médica ocidental, apostando na substancialização de um novo paradigma que questiona o distanciamento de conhecimentos e práticas da biomedicina em relação às medicinas alternativas. Conforme os argumentos de Luz (2005), os métodos científicos da biomedicina deixam de lado a arte de curar para concentrar-se na investigação, classificação e explicação de antigas e novas patologias, através de métodos diagnósticos crescentemente sofisticados, em prejuízo da responsabilidade e da capacidade do paciente de participar do diagnóstico e de praticar o auto-cuidado, além de desprezar a compreensão do universo simbólico e mitológico e de uma concepção mais sistêmica e holística, subjacentes à potencialidade humana.

Dentre as medicinas alternativas nos países latino-americanos, Luz (2005) distingue três grandes grupos: as medicinas tradicionais indígenas, as medicinas afro-americanas e as medicinas alternativas, propriamente ditas. As *medicinas tradicionais indígenas* incluem o xamanismo (mas não só), elas são consideradas as mais antigas e persistentes, nativas, são a expressão viva de culturas locais do continente latino-americano. Marcadas por identidade cultural, elas são indissociáveis das formas de vida, cosmovisões particularizadas, sistemas de valor e de significação das culturas locais onde são

verificadas. Contam com recursos materiais que lhes são próprios e caracterizam-se como sistemas de cura que requerem a harmonia ou integração entre o Homem e a Natureza, entre a Natureza e a Cultura. Prevalece nesse sistema o pensamento mágico-religioso, o uso de ervas, animais e minerais que fornecem bases terapêuticas, operadas por xamãs, pajés, erveiros, farmacêuticos populares e benzedeiros, práticas verificadas nas regiões andina e amazônica do Brasil, Colômbia, Bolívia e Equador. Podemos compreender que as *medicinas tradicionais* estão compreendidas entre as *medicinas alternativas*.

Ainda segundo Luz (2005), a legitimação e a institucionalização das medicinas alternativas ocorrem no Brasil a partir dos anos 1980, com papel pioneiro no seu reconhecimento no continente, impulsionado pelo processo de redemocratização política com um Estado mais sensível aos movimentos sociais e às demandas civis para as políticas públicas, o que favoreceu o “surgimento espontâneo” (não-organizado, gerado por formação de demanda) de um mercado de “bens de cura”. Logo, associações comunitárias, ONGs e a clientela dos serviços públicos de saúde passaram a pressionar as instituições médicas para uma “abertura” às medicinas alternativas. Já em 1985, a homeopatia, a fitoterapia e a medicina chinesa (acupuntura) eram legitimadas nos serviços médicos de Previdência Social, no convênio do INAMPS, com instituições acadêmicas como a FIOCRUZ, a UERJ e o IHB (Instituto Hahnemanniano Brasileiro) para atendimento e atividades de pesquisa e ensino das medicinas alternativas e, apenas em 2006 tiveram a sua regulamentação através da PNPIC.

Medicina moderna ocidental ou biomedicina

Camargo Jr (1997) discute em linhas gerais o desenvolvimento histórico da biomedicina, destacando o seu surgimento do conceito moderno de doença e implicações na sua diagnose e terapêutica. Conforme ele caracteriza, a biomedicina funda-se em racionalidade mecânica clássica, que isola e reúne componentes em mecanismos inteligíveis. Camargo Jr. destaca alguns aspectos que caracterizam a medicina moderna ocidental ou biomedicina os quais nos permite levantar aspectos distintivos em relação às medicinas alternativas: caráter generalizante, o que significa

que a biomedicina está orientada para a produção de discursos com validade universal, para a proposta de modelos e leis de aplicação geral; caráter mecanicista, o que significa a compreensão do mundo e do corpo como uma complexa máquina, subordinada a princípios de causalidade linear, tradutíveis em mecanismos; e caráter analítico, o que implica em abordagem teórica e experimental adotada para a descoberta das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” e pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes.

Quanto às técnicas terapêuticas da biomedicina, segundo o mesmo autor, elas são: medicamentosa (administração de fármacos); cirúrgica (manipulação direta de partes do corpo); física (utilização de exercícios, exposição à radiação, massagens); e dietética (com restrições alimentares). Quanto à resolutividade, a terapêutica pode ser: sintomática (supressão de sintomas); paliativa (limitação de danos ou desconforto); suportiva (manutenção das condições gerais do paciente); etiológica (remoção da causa original da doença). Com essa visão analítico-mecanicista, a biomedicina tem origem na anatomo-clínica (estudada por Foucault, *O nascimento da clínica*), é uma medicina do corpo, das lesões e das doenças, uma medicina hospitalar. O hospital é um lugar de observação e tratamento, de pesquisa e ensino. A biomedicina se apresenta assim, grosso modo, como uma ciência das doenças que Luz e Camargo Jr. distinguem, por exemplo, do projeto hannemanniano⁵ apreendido como “arte de curar”.

Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)

Buscando contribuir para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, a PNPIC torna disponível aos usuários do SUS o atendimento de opções preventivas e terapêuticas. Conforme determina o Documento Técnico da PNPIC, esta política nacional de saúde “contempla sistemas médicos complexos⁶ e recursos terapêuticos⁷, os quais são também denominados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de

⁵ Associado à medicina homeopática.

⁶ “Compreende-se por Sistemas Médicos Complexos as abordagens do campo das PIC que possuem teorias próprias sobre o processo saúde/doença, diagnóstico e terapêutica” LUZ (2005), nota do texto oficial.

⁷ “Compreende-se por recursos terapêuticos aqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos”, nota do texto oficial.

medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado”. No Brasil, o Documento que pontuou o processo de criação de políticas públicas alternativas de saúde foi alavancado apenas a partir da década de 1980, principalmente a partir da criação do SUS, com a descentralização e participação popular, dando aos municípios e estados maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integrada à Política Nacional de Saúde compatibiliza as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Conforme determina o documento⁸, esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n. 3.156, de 27/08/1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n. 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA; e pela Lei n. 9.836/99, de 23/09/1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS.

O documento determina que a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para a sua

⁸ Portaria n. 254, de 31 de janeiro de 2002, do Ministério da Saúde.

efetivação, está prevista a criação de uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. Conforme o documento, torna-se assim indispensável a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, sempre conforme o documento, deve-se desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços.

O modelo complementar e diferenciado⁹ de organização dos serviços adotado ou Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), articulados com ações de responsabilidade sanitária e com ações de Atenção Básica à Saúde do SUS. Espera-se que este modelo atenda à saúde indígena, evitando a evolução das doenças para formas mais graves, com a detecção e resolução dos casos de forma precoce e eficiente e reduzindo gastos com remoção de pacientes e tratamentos de maior complexidade.

O Xamanismo em tensão com a moderna medicina ocidental

Até a **Constituição Federal de 1988**, as políticas de saúde indígena desprezaram as diferenças culturais e buscaram, através da tutela, a integração dos povos indígenas à sociedade brasileira. A Constituição Federal devolveu aos povos indígenas a capacidade civil e estendeu a eles os direitos universais de assistência à saúde pelo SUS. Dentre as Diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), estabelecidas pela Portaria 254/2002, estão a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural e a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde. A Portaria 254/2002 estabelece a formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde enquanto “estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos

⁹ <http://www.FUNASA.gov.br>.

indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não”. A PNASPI estimula e estabelece a articulação entre os saberes e práticas culturais dos povos indígenas diversificados e os conhecimentos e tecnologias da biomedicina para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas. A implantação desta articulação constitui na prática um desafio.

O desconhecimento e o desprezo por sistemas diversos de crenças, práticas culturais e terapêuticas pautam a história e a etnologia indígena desde as primeiras atividades missionárias católicas e evangélicas que desqualificavam e proibiam, entre outras, as atividades xamânicas e os rituais de magia. Podemos falar em sistema de crenças no singular e no plural, ou seja, enquanto potencialidade e legado humano universal, parte do imaginário antropológico, e enquanto produto cultural particularizado, produzido e compartilhado por uma determinada sociedade, orientando a sua visão de mundo, seus valores e as suas práticas culturais. Podemos dizer que o sistema de crenças seja a matriz das culturas porque ele determina a diversidade, a constituição e a organicidade das culturas, conferindo-lhes a partilha de visão de mundo, do universo simbólico, das ideologias e do conhecimento entre os indivíduos pertencentes à sociedade que ele sustenta.

Destruir ou contaminar o sistema de crenças de uma sociedade, de uma população, de uma etnia ou de uma comunidade significa destruí-la em suas bases, desmontá-la, aniquilá-la; pois, o sistema de crenças é também um sistema de significados que sustenta e confere coerência às práticas culturais e à existência do grupo. A diversidade de práticas culturais e rituais, naturalmente sustentadas por um sistema de crenças, revela a complexidade e a riqueza dos inúmeros possíveis da potencialidade criadora do ser humano e se traduzem em particularidades e especificidades culturais que constituem, por sua vez, a grande matriz do pensamento humano, dividida complementarmente em racionalidade e imaginação, ambas com igual valor. O advento do racionalismo moderno quis, no entanto, abandonar a imaginação no imaginário das Trevas, na ilusão e nos devaneios; ao longo dos últimos séculos, de fato, consideramos que a Verdade se traduz pela racionalidade, ela deu origem e dá continuidade à moderna ciência ocidental. Mas a imaginação faz avançar e continua desafiando a explicação

científica. Através da magia e da eficácia simbólica, ela permanece, existe e atua, sobretudo nas sociedades tradicionais, concorrendo para a expressão viva do mundo sobrenatural e seus vários possíveis, no campo dos sistemas de crenças e do imaginário antropológico (Durand, 1992; 1993).

O Xamanismo, a exemplo de prática cultural e terapêutica, sustentado por um sistema de crenças, se apresenta em várias modalidades, com provável origem na Sibéria e centro-asiático (Eliade, 2002), associado à “técnica do êxtase”, experiência considerada a experiência religiosa por excelência. Segundo este autor, os etnólogos passaram a utilizar como sinônimos os termos xamã, *medicine-man*, feiticeiro, mago, curandeiro e pajé para designar certos indivíduos dotados de poderes mágico-religiosos, indivíduos estes encontrados nas sociedades primitivas, tradicionais e indígenas, tornando possível falar-se em xamanismo indiano, iraniano, germânico, chinês e até babilônico. Eliade argumenta que o xamã é mago e é um *medicine-man* porque a ele se atribui a competência de curar e também operar milagres extraordinários, mas, além disso, ele é psicopompo, adjetivo que, na mitologia antiga, qualifica o condutor das almas dos mortos, atribuído a Hermes, Caronte, Apolo e Orfeu.

O xamã tem cumprido vários papéis - formula diagnóstico, recupera almas perdidas ou seqüestradas, obriga-as a retornar ao corpo, conduz a alma do morto aos infernos, prevê mudanças climáticas, possui o dom da clarividência, adivinhação e da visão à distância, possui relações estreitas e de ordem mágico-religiosa com os animais com capacidade extática, entre outras. É comum que se encontre em textos etnográficos sul americanos o uso dos termos “pajé” e “pajelança” como sinônimos de “xamã” e “xamanismo”. Segundo Melatti (2007), “pajé” e “xamã” são ambos termos tomados de língua indígena, os seus usos e práticas são de natureza cultural, o que significa que variam culturalmente apesar de disporem de elementos comuns que tornam possível a identificação e inclusão das suas práticas no conjunto do fenômeno xamânico.

Os complexos sistemas de crença e reciprocidade que regem o Xamanismo

Além de não dispor de terminologia científica, por suas práticas essencialmente mágicas e taumatúrgicas¹⁰, o xamanismo se vale de um conjunto de relações cosmológicas, animais, vegetais, culturais e ambientais em fortes laços de reciprocidade. Mauss e Hubert (2003) realizaram um importante estudo sobre a magia, seus agentes, atos e representações. Eles mostram como a magia e seus ritos são fatos de tradição, envolvem repetição e requerem a crença do grupo para a sua eficácia. No esforço de distinguirem religião e magia, eles destacaram a concorrência do mistério em torno do mago e capacidades extraordinárias que podem fazer deles objeto de mitologia, lendas e tradição folclórica por suas relações com animais e espíritos. Aos feiticeiros, magos ou xamãs se atribuem qualidades, associações e poderes especiais, bem como práticas de malevolência. Os autores argumentam que os diversos elementos da magia são criados e qualificados pela coletividade, pela sociedade mágica da qual faz parte e pela sociedade em geral. Os atos são rituais e repetem-se por tradição e os mágicos fazem apenas se apropriar de forças coletivas.

A crença na magia existe ao mesmo tempo que no feiticeiro e na sociedade que o produz. O feiticeiro acredita no sucesso dos seus feitiços e no de outros feiticeiros. Ainda que os autores considerem o embuste nas suas práticas, não se duvida de que os fatos de magia comportem um “fazer crer” constante, associado (por esses autores e por Lévi-Strauss, por exemplo) à ordem de estados de neurose, sendo portanto voluntária e involuntária ... “o mágico engana-se a si mesmo, como o ator que esquece que desempenha um papel” ... “o mágico simula porque lhe pedem para simular, porque vão procurá-lo e exigem-lhe que aja: ele não é livre, é forçado a representar, seja um papel tradicional, seja um papel que satisfaça a expectativa de seu público” ... “Ele tem naturalmente o espírito de sua função, a gravidade de um magistrado; é sério porque é levado a sério, e é levado a sério porque se tem necessidade dele” ...”a crença do mágico e a do público não são duas coisas diferentes; a primeira é o reflexo da segunda, já que a simulação do mágico só é possível em razão da credulidade pública”.

¹⁰ O que não quer dizer que o Xamanismo não possa ser estudado e pesquisado cientificamente; quer dizer, os pesquisadores do Xamanismo usam métodos científicos para estudar um fenômeno que não tem tradutibilidade científica.

Os autores continuam... “a magia é acreditada e não percebida. É um estado de alma coletivo que faz que ela se constate e se verifique em suas conseqüências, ainda que permaneça misteriosa, mesmo para o mágico. A magia é, portanto, em conjunto, o objeto de uma crença *a priori*; trata-se de uma crença coletiva, unânime, e é a natureza dessa crença que faz a magia poder facilmente transpor o abismo que separa seus dados de suas conclusões”. Esta forma de reciprocidade envolve também outros elementos: materiais (alguma forma de pagamento, serviços ou doação de presentes ao pajé que cura) e imateriais (poder, prestígio, respeito, estima), noutros termos: laços de solidariedade na comunidade.

Considerações finais

A política de saúde indígena defende a formação e capacitação biomédica dos agentes indígenas de saúde e precisam facultar a ação complementar da cura pelas práticas xamânicas dos pajés nos centros de saúde das aldeias e nas Casas do Índio. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares precisa considerar, à maneira dos outros sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, o Xamanismo como uma medicina tradicional e complementar/alternativa no tratamento dos males do corpo e do espírito. Segundo Mauss e Hubert (2003:131-2) “Quem diz crença, diz adesão do homem inteiro a uma idéia e, por conseguinte, estado de sentimento e ato de vontade, ao mesmo tempo que fenômeno de ideação. É lícito, portanto, presumir que essa crença coletiva na magia nos coloca diante de sentimento e de volições unânimes em todo um grupo, isto é, precisamente, diante das forças coletivas que buscamos”. Este trabalho ainda está incompleto. Falta-me uma pesquisa sobre esta situação, quer dizer, uma investigação junto aos pajés e o ponto de vista deles sobre esta possibilidade e uma investigação sobre iniciativas nesse sentido. A pretensão maior desta comunicação não seria nada muito original, mas infelizmente ainda distante das nossas práticas e que soa ainda como uma utopia, um ideal, qual seja, um esforço por reconciliar o que na origem esteve junto e foi paulatinamente distanciado: magia, religião e ciência; sistema de crenças e práticas terapêuticas; racionalidade e imaginação, e que devem ser aproximados novamente simplesmente porque se trata de pólos de um mesmo sistema, de uma mesma realidade.

Referências

- BUCHILLET, D. (1991) *Medicinas Tradicionais e Políticas de Saúde na Amazônia*. Belém: MPEG/CEJUP
- CAMARGO JR., K. R. "A Biomedicina". *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/EDUERJ, vol. 7, n. 1, 1997:45-68
- CHAVES, M.B.G. (2006) *A política de Saúde Indígena no Município de Angra dos Reis: um estudo de caso*. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Rio de Janeiro
- CHAVES, M. B. G.; CARDOSO, A. M. e ALMEIDA, C. (2006) "Implementação da política de saúde indígena n Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas". *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n.2, fev., artigo capturado via *SciELO Brasil* em mar./2009
- DURAND, Gilbert (1992) *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*. Paris: Dunod
- (1993) *L'imagination symbolique*. Paris: PUF
- DURKHEIM, E. (1989) *As formas elementares de vida religiosa*. S. Paulo: Ed. Paulinas
- ELIADE, M. (2002) *O xamanismo e as técnicas arcaicas do êxtase*. S. Paulo: Martins Fontes
- LEVI-STRAUSS, C. (1989) "O feiticeiro e sua magia" e "A eficácia simbólica" In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989: 193-213; 213-236
- LOBO-GUERRERO, M. (1991) "Incorporación del shamán indígena en los programas de salud: reflexiones sobre algunas experiencias en Colombia" in BUCHILLET, D. (org.) *Medicinas tradicionales e medicina occidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, pp: 267-279
- LUZ, M.T. (1988) *Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna*. R. Janeiro: Campus
- (2005) *Novos saberes e práticas em saúde coletiva. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. S. Paulo: Hucitec
- MAUSS, M. & HUBERT, H. (2003) "Esboço de uma teoria geral da magia" In MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. S. Paulo: Cosac & Naify, p. 47-181
- MELATTI, J.C. (2007) *Índios do Brasil*. S. Paulo: EDUSP
- MELLO, Gláucia B.R. de (2002) *Millénarismes Brésiliens : Contribution à l'Étude de l'Imaginaire Contemporain*. Lille: ANRT
- (2005) "Imaginário e prática do viver em comunidade: O desafio de juntar uma utopia a uma realidade". SILVA, A.P.D. (org.) *Imaginários na Cultura* (Série Estudos de Imaginários). Campina Grande: EDUEP, pp : 13-45
- SANTOS, CARDOSO, GARNELO, COIMBRA Jr. e CHAVES (2008) "Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil". GIOVANELLA, L. (org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. R. Janeiro: Ed. FIOCRUZ, p: 1035-1056