

ARTIGO 1

Profissionais de saúde em contexto indígena: Os desafios para uma atuação intercultural e dialógica

Autora: Cleonice Barbosa **da Silva**

RESUMO

O presente trabalho tem por finalidade levantar algumas questões históricas, culturais e sociopolíticas que envolvem os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde, no que diz respeito ao processo saúde/doença das populações indígenas no Brasil. A proposta é elucidar essas questões visando a possibilidade de construir diálogos que estabeleçam pontes nesse encontro de diferentes visões de mundo, trazer perspectivas de novas estruturas curriculares, orientações antropológicas e diretrizes mais contextualizadas para a saúde indígena, a fim de contribuir com estudantes e profissionais, especialmente aos graduandos de enfermagem e enfermeiros que, por sua vez, estão presentes de maneira bem significativa no elenco que preza pela saúde desses povos.

Palavras-chave: Saúde, Comunicação, Antropologia, Interculturalidade.

INTRODUÇÃO

Em um país com tantas contribuições culturais na sua formação como o Brasil, vemo-nos sempre diante de questões interculturais bastante desafiadoras, especialmente quando o assunto envolve a saúde dos povos indígenas.

O crescimento demográfico da população indígena brasileira é notório, segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. “O Censo 2010 revelou que, das 896 mil pessoas que se declaravam ou se consideravam indígenas, 572 mil, ou 63,8%, viviam na área rural e 517 mil, ou 57,7%, moravam em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas.” (IBGE - Os Indígenas no Censo Demográfico/2010).

Em pesquisa realizada pelo DAÍ – Departamento de Assuntos Indígena, é relatado que 111 etnias estão urbanizadas ou em processo de urbanização, que existem 340 etnias, 181 línguas indígenas faladas no país, sendo destas 132 etnias falantes de português (LIDÓRIO, 2010).

O grande desafio dos profissionais de saúde é o de prestarem assistência aos povos indígenas transitando no espaço desta diversidade cultural expressa através das línguas, cores, costumes, a saber, culturas cujos atores estão convivendo diariamente com o desafio da comunicação intercultural, da história, da visão de mundo etc.

Este artigo, apesar de trazer uma reflexão para os profissionais de saúde de maneira geral, propõe um enfoque maior à enfermagem por tratar de profissionais que estão presentes de maneira bem representativa em um grande contingente na saúde indígena e, no caso dos enfermeiros, por atuarem também na capacitação dos

agentes de saúde, nas lideranças da equipe de enfermagem, quando ainda não se encontram dirigindo os Distritos Sanitários de Saúde Especial Indígenas – DISEIs – e as Casas de Saúde Indígenas – CASAIs.

1 O ENCONTRO DE CULTURAS E SUAS IMPLICAÇÕES

Profissionais de saúde, estudantes e pacientes envolvidos no contexto indígena estão diariamente convivendo com as diferentes interpretações de seus mundos, sistemas e significados.

Geertz cita que:

No passado quando as chamadas culturas primitivas envolviam-se apenas muito marginalmente umas com as outras referindo-se como ‘as verdadeiras’, ‘as boas’ ou simplesmente ‘os Homens’, e desprezando as que se situavam do outro lado do rio ou da serra como ‘macaco’ ou ‘ovos de piolho’ isto é não humanas ou não plenamente humanas, a integridade cultural era prontamente mantida. (...) A profunda indiferença para com as outras culturas era uma garantia de que elas podiam existir a sua própria maneira e segundo os seus próprios termos. (...) Agora, quando é claro que essa situação já não prevalece quando todos cada vez mais apertados num pequeno planeta, estão profundamente interessados em todos os demais e nos assuntos que lhes dizem respeito assumam a possibilidade de perda dessa integridade em função da perda dessa indiferença. Talvez ‘etnocentrismo nunca desaparecerá por completo sendo da essência mesmo da nossa espécie’, mas pode tornar-se perigosamente fraco deixando-nos a mercê de uma espécie de entropia moral. (...) Sem dúvidas nos iludimos com um sonho ao supor que um dia a igualdade e a fraternidade reinarão entre os homens sem comprometer nossa diversidade. (2001, p.70-72)

Outro fator relevante na saúde indígena é a dificuldade de comunicação por conta dos variados níveis do português falado e compreendido em diferentes grupos indígenas. Com isso, nos diversos procedimentos, muitas vezes considerados pelo indígena como invasivos, a adesão ao tratamento pode ser comprometida.

Junto a esses itens, pacientes indígenas provenientes de suas aldeias se chocam com hábitos culturais da sociedade envolvente e, como

afirma Laraia, “A coerência de um hábito cultural somente pode ser analisada a partir do sistema a que pertence.” (2011, p.87)

A história desses povos e o que aprendemos sobre eles influenciam a visão ocidentalizada do “mau selvagem” e do “bom civilizado”, e isso descreve a imagem que até hoje interfere na maneira como vemos e julgamos os povos indígenas.

Laplantine afirma que:

A extrema diversidade das sociedades humanas, raramente apareceu aos homens como um fato e sim como uma aberração exigindo uma justificação. A Antiguidade grega designava sob o nome de bárbaro tudo o que não participava da helenidade (em referência a inarticulação do canto dos pássaros oposto a significação da linguagem humana), o Renascimento, os séculos XVII e XVIII falavam de naturais ou selvagens (isto é, seres da floresta), opondo assim a animalidade à humanidade. O termo primitivo é que triunfará no século XIX, enquanto optamos preferencialmente na época atual pelo de subdesenvolvidos. (...) Entre os critérios utilizados a partir do século XIX pelos europeus para julgar se convém conferir aos índios um estatuto humano, além do critério religioso do qual já falamos e que pede, na configuração na qual situamos, uma resposta negativa (sem religião nenhuma, são mais diabos), citaremos: a aparência física: eles estão nus ou vestidos de ‘peles de animais’; os comportamentos alimentares: ‘eles comem carne crua’ e é todo imaginário do canibalismo que irá aqui se elaborar; a inteligência tal como pode ser aprendida a partir da linguagem: eles falam ‘uma língua ininteligível’. (...) E esse discurso de alteridade que recorre constantemente a metáfora zoológica, abre o grande leque das ausências: sem moral, sem religião, sem lei, sem escrita, sem estado, sem consciência, sem razão, sem objetivo, sem arte, sem passado, sem futuro. (2003, p.27-28)

Convivemos ainda com as ideologias que estão por trás dos relatos das “literaturas de viagens” dos viajantes do século 14. Esses conceitos são transferidos de forma sutil na compreensão de quem

são os povos indígenas e, conseqüentemente, interferem na maneira como nos relacionamos com eles, exacerbando nossas questões de alteridade.

O ‘outro’ sempre pontua o etnocentrismo que, por sua vez, segundo Laraia: “é um fenômeno universal. É comum a crença de que a própria sociedade é o centro da humanidade, ou mesmo a sua única expressão.” (2001, p.73)

As questões nesse encontro cultural entre profissionais de saúde e as comunidades indígenas vão se estreitando em níveis cada vez mais profundos, especialmente quando se trata do entendimento da origem das doenças, suas multicausalidades e a visão não fragmentada desses povos.

Veranini descreve que:

[...] a doença é uma experiência comum a todas as sociedades humanas. Contudo à medida que a natureza social dos seres humanos produziu diferentes maneiras de se lidar com as necessidades básicas de reprodução e conservação de sua espécie caracterizada no fenômeno da diversidade cultural. Também em relação a doença há distinta forma de concebê-la além de uma grande variedade de convenções terapêuticas utilizadas dos principais problemas para a antropologia social campo ao qual este artigo se filia. Sob este ponto de vista, o estudo da doença é da sua diversidade taxonômica, etiológica e terapêutica é indissociável que a doença engloba outras dimensões de natureza biológica, social, psicológica e ecológica além de uma dimensão cultural. (...) O estudo das representações sobre as doenças é, portanto o ponto de partida tanto para a compreensão das medicinas tradicionais, dentre as quais os sistemas indígenas se insere, quanto para o próprio entendimento de como as sociedade moderna percebe, classifica e define o real no que tange aos eventos de doença. Esse estudo parte do pressuposto de que, nas situações de contato intercultural, há análise das representações ocidentais sobre a doença contribui tanto para subsidiar

ações de saúde culturalmente adequadas, visando uma intervenção mais eficiente e menos predatória, quanto para elucidar a atividade de observação científica. (1994, p.91)

Junto à diversidade cultural apresentada por esses povos, percebe-se ainda um abismo entre a visão de mundo dos profissionais, influenciados pelo pensamento ocidental muito caracterizado pela visão dicotômica e pela visão de mundo mais holística, integral, vivenciada pelos indígenas.

Veranini ratifica que:

[...] a cultura ocidental moderna em sua busca de racionalidade biomédica, segundo os parâmetros da investigação científica expressa uma de suas contradições básicas: a fragmentação. Esta manifesta-se através do seccionamento do real em planos distintos, homogêneos e incomunicáveis entre si pelas diversas especialidades científicas. Os agentes do conhecimento procuram superar o processo da fragmentação por meio de abordagens multidisciplinares. Contudo, esta tentativa de totalização a *posteriori* não pode ser confundida com a visão holística das representações indígenas. (...) Doença faz parte dos processos simbólicos e é uma entidade percebida e vivenciada universalmente. A doença é um processo ‘experimental’ – suas manifestações dependem de fatores culturais, sociais e psicológicos, operando conjuntamente com processos psicobiológicos. (1994, p.108,115)

Vivenciamos no Brasil um cenário no qual o processo de urbanização tem inserido os povos indígenas cada vez mais no sistema de saúde nacional, já que, uma vez morando nas cidades próximas às suas aldeias, buscam atendimento principalmente nos hospitais e nos postos de saúde da rede pública.

Os fenômenos sociais, a mobilização e a migração dos povos indígenas para as cidades mais próximas também têm interferido nas questões de saúde/doença.

Para Coimbra e Garnelo:

O processo de mudanças socioculturais e econômicas que tem sido experimentado por significativa parcela das sociedades indígenas no Brasil, que se acelerou nas últimas três décadas, tem levado à produção de um contingente populacional marcadamente pobre e altamente suscetível a vários agravos à saúde. Mudanças nos padrões de comportamento sexual e reprodutivo, comumente caracterizadas pela relação de homens e ou mulheres indígenas com não índios, tornam-se frequentes em situação de contato e de enfrentamento com colonos, garimpeiros, militantes em zonas de fronteira e outros. (1994, p.17)

Diversos autores descrevem as implicações dessa migração no papel da mulher indígena, tanto no mercado de trabalho quanto na sua atuação em família.

Essas mudanças também têm sido acompanhadas em muitos casos, de uma tendência a migração indígena, da aldeia para a cidade. Em determinados contextos, o processo de urbanização indígena, crescente em várias regiões do país, pode implicar em uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho, sem que se verifiquem, contudo um crescimento equivalente de seu poder político no seio do grupo familiar ou étnico. (COIMBRA e GARNELO, 2003, p.18)

Para as populações indígenas amazônicas, o rápido e abrupto contato com a sociedade nacional, assim com as suas repercussões socioeconômicas estão amiúde associadas a processos disruptivos nas várias dimensões de sua organização social. (...) A estrutura demográfica, as condições de saúde e nutrição, a base de subsistência e os padrões de mobilidade são muito modificados. Estas alterações ocorrem à medida que os grupos indígenas passam a interagir mais intensamente nos complexos sistemas socioeconômicos locais. (SANTOS e COIMBRA, 1994, p.189)

Estudantes, profissionais e indígenas estão se mobilizando na busca da garantia à universalidade do acesso à saúde dos povos indígenas. Percebemos que não apenas os profissionais atuantes nas áreas indígenas precisam dessas informações, mas que devem ser estendidas aos professores, estudantes, profissionais de saúde e outros que atuam nas áreas urbanas próximas às comunidades indígenas, mantendo, dessa forma, as diferentes formas de educação permanente para que as estratégias sejam desenvolvidas de maneiras cada vez mais contextualizadas.

2 A CAMINHADA HISTÓRICA E POLÍTICA DOS POVOS INDÍGENAS DO BRASIL

O mosaico cultural apresentado pela população indígena do Brasil seria desafiante e interessante o suficiente para interpretarmos essa caminhada quingentésima, mas esse quadro está inserido ou configura, na verdade, uma caminhada histórica que, por sua vez, influenciou e ainda influencia diversas ações políticas em constantes ajustes e alterações.

“Quem somos nós, os brasileiros, feitos de tantos e tão variados contingentes humanos? A fusão deles todos em nós já se completou, está em curso ou jamais se concluirá?”
(RIBEIRO, 2006, p.25).

De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:

No Brasil, a população indígena, estimada em cerca de 5 milhões de pessoas no início do século XVI, comparável à da Europa nesta mesma época, foi dizimada pelas expedições punitivas às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, principalmente, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo impacto era favorecido pelas mudanças no seu modo de vida impostas pela colonização e cristianização (como escravidão, trabalho forçado, maus tratos, confinamento e sedentarização compulsória em aldeamentos e internatos).

A perda da autoestima, a desestruturação social, econômica e dos valores coletivos (muitas vezes da própria língua, cujo uso chegava a ser punido com a morte) também tiveram um papel importante na diminuição da população indígena. Até hoje há situações regionais de conflito, em que se expõe toda a trama de interesses econômicos e

sociais que configuram as relações entre os povos indígenas e demais segmentos da sociedade nacional, especialmente no que se refere à posse da terra, exploração de recursos naturais e implantação de grandes projetos de desenvolvimento.

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários de forma integrada às políticas dos governos. No início do século XX, a expansão das fronteiras econômicas para o Centro-Oeste e a construção de linhas telegráficas e ferrovias provocaram numerosos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis que levaram, em 1910, à criação do Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI). O órgão, vinculado ao Ministério da Agricultura, destinava-se a proteger os índios, procurando o seu enquadramento progressivo e o de suas terras no sistema produtivo nacional.

Uma política indigenista começou a se esboçar com inspiração positivista, em que os índios, considerados num estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de ‘evolução’ e integração na sociedade nacional por meio de projetos educacionais e agrícolas. A assistência à saúde dos povos indígenas, no entanto, continuou desorganizada e esporádica. Mesmo após a criação do SPI, não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática, restringindo-se a ações emergenciais ou inseridas em processos de ‘pacificação’.

Na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), no Ministério da Saúde, com o objetivo de levar ações básicas de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967, com a extinção do SPI, foi criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que, baseando-se no modelo de atenção do SUS, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Essas equipes realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem. (2002, p.7)

O conhecimento desta realidade explica e justifica as dificuldades enfrentadas pelos profissionais e também pelos indígenas nos procedimentos de saúde executados dentro e fora das aldeias.

Conhecer os primórdios da história no processo de colonização pode contribuir para o entendimento da postura desses povos frente ao profissional de saúde, das dificuldades de adesão a determinadas terapêuticas, das dificuldades enfrentadas para saírem de suas aldeias a fim de permanecer na cidade para receber tratamento, do comportamento frente às ações realizadas nas aldeias – como o programa de imunização – dentre outros.

No Manual de Atuação do Ministério Público Federal de 2008, o histórico político também segue afirmando que:

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações. (2008, p.8)

Em 1988, a Constituição Federal estipulou o reconhecimento e respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena – tornando obsoleta a instituição da tutela - e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. (Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002, p.8).

A partir desse momento, vários desdobramentos foram feitos – e são, até os dias atuais, no intuito de ajustar, legislar e contextualizar. O governo, pelo Ministério da Saúde, a população indígena e a sociedade articulam para garantir a saúde desses povos.

A caminhada para uma assistência mais contextualizada e respeitosa aos povos indígenas vem sendo avaliada ao longo dos anos, como podemos ver através de leis e decretos elaborados. Essas articulações entre o governo, os povos indígenas e a sociedade compõem um histórico linear, porém, destacam-se alguns decretos e leis que vêm norteando a legislação da saúde indígena, tais como:

Decreto Nº 3.156, de 27 de agosto de 1999

Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências.

Art. 1º - A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde.

Portaria MS Nº 1.163, de 14 de setembro de 1999

Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, Também conhecida como Lei Arouca

Acrescenta dispositivo à Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Portaria Nº 254, de 31 de janeiro de 2002

Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Portaria Nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004

Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

Demais Portarias relevantes:

Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Portaria Nº 645/GM, de 27 de março de 2006

Institui o Certificado Hospital Amigo do Índio, a ser oferecido aos estabelecimentos de saúde que fazem parte da rede do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Portaria Conjunta nº 47, de 23 de junho de 2006

Qualifica os municípios a receberem mensalmente os Incentivos da Atenção Básica aos povos indígenas, destinado às ações e procedimentos de Assistência Básica de Saúde.

Portaria Nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Destaque para:

Portaria Nº 2.656 MS/GM, 17 de outubro de 2007

Dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas, no MS e regulamentação dos incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas.

Portaria Nº 475, de 1º de Setembro de 2008.

Incluir na Tabela de Estabelecimentos do Sistema do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - SCNES, o tipo de estabelecimento 72 - UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA e seus subtipos.

Portaria Nº 1922, de 11 de Setembro de 2008.

Cria Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à gestão dos serviços de saúde oferecidos aos povos indígenas.

Portaria N° 2043, de 26 de Setembro de 2008.

Designar os representantes do Grupo de Trabalho com o objetivo de discutir e apresentar proposta de ações e medidas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde no que se refere à atenção a saúde dos povos indígenas, visando à incorporação de competências e atribuições procedentes da Fundação Nacional de Saúde nessa área, instituído pela Portaria 1.922/GM de 11 de setembro de 2008.

Portaria N° 629, de 23 de Outubro de 2008.

Secretaria de Atenção à Saúde-Substituta, no uso de suas atribuições; Considerando a Portaria N° 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007, que dispõe sobre as responsabilidades na prestação da atenção à saúde dos povos indígenas e regulamenta o Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas - IAE-PI.

Portaria N° 2.760, de 18 de Novembro de 2008.

Altera a redação do art. 20 da Portaria n° 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007.

Portaria N° 284, de 21 de Agosto de 2009.

Credenciar os Municípios descritos no Anexo I desta Portaria, dos Estados relacionados, a receber recursos financeiros referentes ao Incentivo da Atenção Básica - IAB/PI, conforme previsto no Anexo da Portaria N° 2.656/GM, de 17 de outubro de 2007.

Decreto N° 6.878, de 18 de Junho de 2009.

Altera e acresce artigo ao Anexo I do Decreto no 4.727, de 9 de junho de 2003, que aprova o Estatuto e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA, e dá outras providências.

Esse panorama político projeta um sistema de integralidade às ações da saúde indígena, na tentativa de assegurar o que prescreve a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, reconhecendo os direitos sociais, étnicos e culturais destes povos.

Os direitos estão legislados, mas é necessária maior intencionalidade na capacitação e orientação antropológica dos profissionais, para que entendam um pouco mais das nuances das culturas indígenas. Apesar desse longo histórico, ainda temos uma jornada extensa para que a saúde dos povos indígenas seja mais eficaz.

3 AS DIFERENTES VISÕES DE MUNDO E A COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL NOS PROCESSOS SAÚDE/DOENÇA

O indígena traz para o encontro com os profissionais de saúde e todo o ambiente à sua volta, suas crenças, seus valores, sua visão do mundo espiritual, seu próprio sistema de saúde cultural e sua história marcada por dizimações, encontros e desencontros na busca da cura para as doenças.

Hall descreve que:

Já que a nossa maneira de ver as coisas é literalmente a nossa maneira de viver o processo de comunicação, de fato, é o processo de comunhão: o compartilhamento de significados comuns e daí os propósitos e atividades comuns; a oferta recepção e comparação de novos significados, que levam a tensões, ao crescimento e à mudança. (2003, p.135)

Tendo uma formação com base em um pensamento mais ocidental, os profissionais de saúde se veem no limiar da negociação dos significados, no desafio da decodificação e da reinterpretação da maneira de pensar, ver e reagir dos povos indígenas.

Neste relato sobre a visão de mundo dos Baniwa do Alto Rio Negro, Garnelo cita que:

Os eventos patológicos costumam ter uma dupla ou as vezes múltiplas origens, seguindo um padrão em que a primeira manifestação do agravo é sucedida por um relato mítico subsequente que reafirma a reprodução da doença e/ou infortúnio no mundo de hoje. [...] No mundo Baniwa, os procedimentos preventivos e curativos se imbrincam de tal forma que não podem ser considerados entidades discretas, rezas, jejuns, procedimentos de higiene, uso de plantas medicinais e curas xamânicas prestam-se simultaneamente às duas atividades. (2003, p.48,69)

O profissional de saúde está de um lado com seu compromisso de oferecer assistência à saúde e o indígena está do outro lado buscando as multirespostas para o que está sendo acometido. Nesse momento, as diferentes visões de mundo se encontram e se confrontam, na tentativa de decodificar os significados do que cada uma entende do processo saúde/doença e das diferentes medidas terapêuticas.

Essa pluralidade constitui um grande desafio para os profissionais de saúde que se veem no limite do entendimento do que seja natural ou um comportamento cultural dos povos com quais estão interagindo.

Segundo Laraia,

[...] a cultura também é capaz de provocar curas de doenças, reais ou imaginárias. Estas curas ocorrem quando existe a fé do doente na eficácia do remédio ou no poder dos agentes culturais. Um destes agentes é o xamã de nossas sociedades tribais (entre os Tupi, conhecido pela denominação de pai' ou pajé). Basicamente, a técnica de cura de defumação do paciente com a fumaça de seus grandes charutos (petin), e posterior retirada de um objeto estranho do interior do corpo do doente por meio de sucção. O fato de que esse pequeno objeto (pedaço de osso, insetos mortos etc.) tenha sido ocultado dentro de sua boca, desde o início do ritual, não é importante. O que importa é que o doente é tomado de uma sensação de alívio, e em muitos casos a cura se efetiva. (2001, p.77)

Percebe-se nesses exemplos que as reações de recusa ao tratamento, indiferença à gravidade do diagnóstico dado pela equipe de saúde, a dificuldade de adesão e cumprimento dos requisitos em determinados exames, refletem, na maioria das vezes, a visão de mundos desses povos no processo saúde/doença.

Laraia cita, num exemplo de Mauss sobre técnica do nascimento, que ratifica as diferenças no comportamento cultural em um caso na área da obstetrícia.

A estrada percorrida pelos povos indígenas na esfera da saúde transpassa pelas questões políticas e filosóficas no próprio entendimento do ‘ser índio nesta sociedade’ Segundo ele, ‘Buda nasceu estando sua mãe, Mãya, agarrada, reta, a um ramo de árvore. Ela deu à luz em pé. Boa parte das mulheres da Índia ainda dão à luz desse modo’. Para nós, a posição normal é a mãe deitada sobre as costas, e entre os Tupis e outros índios brasileiros a posição é de cócoras. Em algumas regiões do meio rural existiam cadeiras especiais para o parto sentado. Entre estas técnicas pode-se incluir o chamado parto sem dor e provavelmente muitas outras modalidades culturais que estão à espera de um cadastramento etnográfico. (LARAIA 2001, p.70)

A partir do momento que profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho entre essas etnias, é natural e inevitável o choque no encontro de culturas. Os valores conhecidos pelos profissionais conflitam com os diferentes valores e percepções da visão de mundo dos povos com quem eles estão mantendo contato.

A fidelidade a certo conjunto de valores faz com que, inevitavelmente, as pessoas fiquem parcial ou totalmente insensíveis a outros valores aos quais outras pessoas, igualmente provincianas, são igualmente fiéis. Não há nada de ofensivo em se colocar o próprio estilo de vida ou o próprio modo de pensar acima dos outros ou em sentir pouca atração por outros valores. Essa incomunicabilidade relativa não autoriza ninguém a reprimir ou destruir os valores rejeitados ou aqueles que os possuem. À exceção disso, porém, ela não tem nada de repugnante. (GEERTZ, 2008, p.70)

O estudo de caso abaixo, descrito por Geertz, relata um exemplo desse conflito no impacto da cultura dos profissionais de saúde com a cultura indígena.

O caso do “índio bêbado” e a máquina de hemodiálise

O caso é simples, por mais intrigante que tenha sido seu desfecho. Anos atrás, a escassez de máquinas de hemodiálise em virtude do seu enorme custo levou, como era natural, a um processo de formação de fila para que pacientes necessitados de diálise tivessem acesso a elas num programa do Governo no sudoeste dos Estados Unidos, dirigido, também muito naturalmente, por jovens médicos idealistas, provenientes de grandes faculdades de medicina, em sua maioria situada no leste. Para que esse tratamento fosse eficaz, ao menos por um período prolongado, era necessária uma disciplina rigorosa quanto à dieta e outras questões por parte dos pacientes. Como iniciativa governamental regida por códigos contrários a discriminação e, de qualquer modo, moralmente motivada, como afirmei, a organização da fila foi feita, não em termos da capacidade de pagamento, mas da simples gravidade dos casos e da ordem de chegada dos pedidos. Política essa que, com as distorções habituais da lógica prática, levou ao problema do índio bêbado.

Esse índio, depois de conseguir acesso ao equipamento escasso, recusou-se, para grande consternação dos médicos, a parar de beber ou sequer a controlar sua ingestão de álcool que era prodigiosa. Sua postura seguindo um tipo de princípio semelhante ao de Flannery O'Connor, que mencionei anteriormente. De o sujeito continuar a ser quem é independentemente de quem os outros quiserem que seja, era a seguinte: sou mesmo um índio bêbado. Já faz um bom tempo que sou assim e pretendo continuar a sê-lo enquanto vocês conseguirem me manter vivo amarrando-me a essa sua maldita máquina.

Os médicos, cujos valores eram bem diferentes achavam que o índio estava impedindo o acesso ao aparelho por parte de outras pessoas da fila e não menos desesperada, às quais na visão deles poderiam aproveitar melhor seus benefícios. O tipo jovem de classe média,

digamos, bem parecido com eles destinado à universidade e quem sabe a faculdade de medicina.

Como o índio já estava utilizando a máquina de hemodiálise, quando o problema se evidenciou eles nem conseguiram decidir, nem creio que isso lhes tivesse sido permitido, a retirá-lo de lá. Mas ficaram profundamente aborrecidos pelo menos tanto quanto o índio se mostrava determinado, sendo suficientemente disciplinado para comparecer com pontualidade a todas as suas sessões e sem dúvida teriam concebido uma razão qualquer, aparentemente médica, para retirá-lo de sua posição na fila, se houvessem percebido a tempo o que estava por vir. O Índio continuou a usar o aparelho e eles continuaram incomodados durante vários anos até que, orgulhoso, imaginando, agradecido, não aos médicos por ter obtido um prolongamento da vida em querer continuar a beber e, sem nenhum arrependimento, morreu.

Pois bem, o objetivo desta pequena fábula em tempo real não é demonstrar o quanto os médicos podem ser insensíveis, e eles não eram insensíveis, e tinham lá suas razões ou quão desorientados tornaram-se os índios (esse não estava desnorreado, sabia exatamente onde se situar), nem tampouco sugerir que os valores dos médicos, isto é, aproximadamente aos nossos, os do índio (isto é, aproximadamente os não nossos), ou algum julgamento externo as partes. Retirado da filosofia ou da antropologia e proferido por um dos juízes Hercúleos de Ronald Dworkin, deve ter prevalecido. Era um caso difícil que teve um final penoso, mas não vejo como um etnocentrismo, um relativismo ou uma neutralidade maiores pudessem ter melhorado as coisas, embora um pouco mais de imaginação talvez o fizesse. O objetivo da fábula, não tenho propriamente certeza de que haja nela uma moral, é mostrar que é esse tipo de coisa não acontece apenas em uma tribo distante, que representa ainda que de maneira meio melodramática, a forma geral

assumida hoje em dia pelos conflitos de valores surgidos da diversidade cultural. (2001, p. 78-79)

O exemplo acima é uma descrição muito pertinente do cotidiano de muitos estabelecimentos de saúde nos quais o paciente indígena é atendido, especialmente quando se trata de procedimentos mais evasivos. O indígena, muitas vezes, resiste ao tratamento imposto, pelo menos à luz da sua própria interpretação, e profissionais se sentem indignados pela forma como esses pacientes reagem diante de medicamentos, exames ou procedimentos caros e complexos. Um conflito nitidamente identificado pelo impacto nas diferentes maneiras de ver e interpretar o processo.

No sistema etnomédico Wari, Conklin afirma que:

[...] os tratamentos caseiros são baseados em um modelo explanatório de fisiologia segundo o qual o sangue é o elemento chave que regula os processos de crescimento, saúde, doença e enfraquecimento. Os Wari acreditam que o coração (*ximixi*) produz o sangue (*kixi*) e que também geram ou transformam outros importantes fluídos do corpo: gordura, leite materno, sêmen, secreções vaginais e suor. Substâncias que causam doenças ou que promovam o crescimento, circulam com facilidade entre o sangue e outros elementos do corpo. (...) A maioria do Wari não considera antagonico o sistema médico tradicional e ocidental. De acordo com os Wari, as discordâncias fundamentais com a medicina ocidental não residem necessariamente na eficácia ou não dos tratamentos, mas na forma de organização dos serviços de saúde. A sociedade Wari é altamente igualitária, sendo os conhecimentos médicos básicos socializados e o xamanismo estando ao alcance de todos os que tem aptidão para exercê-lo. (...) Em contraposição, a ciência médica ocidental presente entre os Wari baseia-se em práticas e recursos especializados, hierarquicamente organizados e administrados por forasteiros. (...) É interessante mencionar que alguns Wari posicionam-se contrários a disposição de determinados grupos de profissionais de saúde e antropólogos que acreditam ser a passagem do exercício dos cuidados básicos de saúde dos agentes ocidentais para os indígenas uma maneira de superar as dificuldades e

limitações impostas pelo sistema em vigor. Para eles, esta responsabilidade deve permanecer nas mãos dos profissionais de saúde ocidentais, uma vez que não há garantias acerca dos efeitos advindos do envolvimento de membros da comunidade na provisão destes serviços. Conceitos como ‘tecnologia apropriada’, ‘controle comunitário’ e ‘transferências de autoridade’ precisam ser melhor examinados a luz de situações sociais e sistemas de crenças e práticas culturais específicas. O modelo único pode não ser adequado para a realidade de todas as populações indígenas. (1994, p.171, 177, 178, 183)

As nuances que envolvem a visão de mundo expressa no comportamento dos povos indígenas diante da medicina ocidental no que tange ao diagnóstico, profilaxia e terapêutica são muito interessantes. Vale salientar que, como os Wari, os grupos indígenas também possuem, dentro da sua organização social, modelos de responsabilidade e de autoridade sobre diferentes áreas de atuação. Nesse ponto, a saúde e suas especialidades são vistas com o entendimento de que determinadas funções serão desempenhadas por pessoas com conhecimentos específicos para tais. Daí surgirem diferentes posicionamentos sobre a atuação e as esferas de responsabilidade dos agentes de saúde indígenas.

Para Pollock:

Algumas dessas apropriações não são óbvias. Por exemplo, dentre os habitantes não indígenas da região, verifica-se certa preferência por medicamentos injetáveis. Os Kulina rapidamente adotaram a injeção como principal forma de medicação; a agulha na visão dos Kulina penetra na pele e aplicam a substância diretamente dentro da carne, local onde segundo eles, muitas doenças ocorrem. As medicações orais são consideradas menos eficazes, pois acreditam que o remédio passa por transformações no aparelho digestivo, assim como os alimentos. (1994, p.156-157)

A partir daí, quando pensamos nos povos indígenas do Brasil, nas diferentes línguas faladas e no entendimento de que língua é cultura

e que cada cultura tem sua visão de mundo, começamos a dimensionar o tamanho do desafio da saúde indígena. Acima, foram apresentadas diferentes maneiras de ver o mundo, algumas das muitas situações que permeiam o cotidiano da equipe de saúde atuante em contexto indígena.

Comunicar, interpretar os diferentes códigos – do processo saúde/doença e suas multicausalidades – é o cenário de atuação destes profissionais.

Vive-se, sobre a saúde dos povos indígenas do Brasil, em um cenário multicultural e, segundo Hall (2003, p.52), “multiculturalismo se refere às estratégias e políticas adotadas para governar ou administrar problemas de diversidade e multiplicidade gerados pelas sociedades multiculturais”.

Sendo assim, esforços se tornam cada vez mais necessários na Antropologia aplicada à saúde, para que haja maior entendimento entre indígenas e profissionais, assim como entre estudantes e professores na área de saúde em parceria com as ciências sociais e outras áreas, a fim de que estratégias e pesquisas sejam fomentadas, tendo como base esse entendimento intercultural.

4 A ACADEMIA (FORMAÇÃO E PESQUISA) E OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Lima afirma que:

A profissão enfermagem é caracterizada como uma ciência cuja essência é o cuidar do ser humano, sobre o ponto de vista individual, familiar e coletivo, buscando atendê-los nas suas necessidades humanas básicas, de modo holístico. O enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde preparado para atuar em todas as áreas da saúde: assistencial, administrativa e gerencial, tendo, como atribuições e competências, o planejamento, execução e avaliação do processo assistencial, visando à promoção e proteção da saúde assim como a prevenção e recuperação de doenças. (1993, p.21)

O enfermeiro é o profissional que assistirá, em diferentes situações, a população indígena e é muito importante que esteja incluída uma carga horária de Antropologia e saúde indígena suficiente, a fim de que os aspectos históricos e culturais sejam aprofundados para gerar uma capacitação mais eficaz.

Em consulta ao Ministério da Educação e Cultura – MEC, encontra-se a informação de que 960 instituições de ensino estão devidamente credenciadas para oferecer os cursos de Bacharel em enfermagem segundo o currículo regulamentado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs.

A partir de consultas aos currículos de algumas instituições, mais especificamente aquelas responsáveis pela formação dos enfermeiros no Brasil, é notório que os currículos apresentam baixa orientação antropológica. Poucas instituições oferecem Antropologia como disciplina e, as que oferecem, fazem-no com uma carga horária muito reduzida.

A Diretriz Curricular Nacional do Curso de graduação de Enfermagem descreve que:

Ciências Humanas e Sociais: incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da *relação indivíduo/sociedade*, contribuindo para a compreensão dos *determinantes sociais, culturais*, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença. (...) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os *determinantes sócio-culturais*, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem.

(...) A estrutura do Curso de Graduação de Enfermagem deverá *assegurar a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.*” (2001, p.7, 9)

Sendo assim, vemo-nos hoje entre duas vertentes: de um lado, a população indígena busca os direitos a atenção e a saúde diferenciada; e do outro, a academia dá as diretrizes para que a formação desses profissionais também atenda aos determinantes socioculturais. Porém, entre direitos legislados e norteadores na formação dos profissionais de saúde ainda vemos na prática um grande vácuo. São necessárias reflexões sobre propostas antropológicas que sirvam de ponte para encurtar a distância entre a sociedade indígena e a academia; tornando o caminho da saúde dos povos indígenas do Brasil mais eficaz, apesar das complexidades inerentes a esse processo.

Vale a pena ressaltar uma carência de pesquisas que auxiliem no desenvolvimento de caminhos cada vez mais culturalmente respeitáveis e aplicáveis à população indígena.

Coimbra ratifica que: “No contexto das pesquisas com recorte étnico, permanece com grande lacuna no conhecimento os determinantes socioculturais, ambientais e biológicos da saúde reprodutiva da população indígena do Brasil.” (2003, p.3)

Na verdade, essas ações na área da pesquisa e nos ajustes curriculares já estão preconizados na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que diz:

As instituições de ensino e pesquisa serão estimuladas a produzir conhecimentos e tecnologias adequadas para a solução dos problemas de interesse das comunidades e propor programas especiais que facilitem a inserção de alunos de origem indígena, garantindo-lhes as facilidades necessárias ao entendimento do currículo regular: aulas de português, apoio de assistentes sociais, antropólogos e pedagogos, currículos diferenciados e vagas especiais. (2002, p.18)

A população indígena está distribuída nesta enorme extensão territorial que é o Brasil. É bastante notável que ela está mais concentrada na região norte, onde também há uma diversidade maior de povos e o contingente dos profissionais é menor. (portalcofen.gov.br, pesquisaprofissionais.pdf, Análise de Dados dos Profissionais de Enfermagem Existentes nos Conselhos Regionais, 2011, p.24)

Encontramos profissionais de enfermagem atuando nos 34 DSEIs – Distritos Sanitários Especiais Indígenas, divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. Além

dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEIs, a estrutura de atendimento conta com postos de saúde, com os polos-base e as Casas de Saúde Indígena – CASAIs.

Sendo assim, apesar de termos um número de profissionais de enfermagem insuficiente para o atendimento da população brasileira em geral, vemo-nos também diante de um grande desafio para viabilizar a capacitação antropológica dos que já estão atuando junto à população indígena.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que profissionais da saúde, estudiosos da academia e a população indígena têm muito a crescer, buscar e partilhar do conhecimento intercultural a fim de encontrar espaços na construção de propostas antropológicas relevantes.

Estamos diante de uma sociedade cada vez mais intercultural. As diferenças fazem parte do cotidiano da saúde indígena do Brasil e nos levarão sempre a refletir sobre a nossa relação com o outro.

Profissionais atuam nas diferentes áreas a fim de viabilizar o bem-estar social, mental, físico e espiritual dos indivíduos, para que eles tenham saúde. Nesse contexto, os pacientes indígenas estão como todo cidadão, em busca de uma melhor qualidade de vida para si, como indivíduos, e para sua família. Eles estão migrando, como comentado anteriormente, na busca de saúde e educação e cabe ao sistema de saúde responder de maneira eficiente a essa necessidade. Conhecer a história desses povos e buscar conhecimentos que possam contribuir para uma comunicação e atuação mais contextualizadas são pontes que precisam ser construídas para minimizar a distância entre agentes indígenas e não indígenas. Ambos contribuirão e serão retribuídos, pois ora aprendemos, ora ensinamos nas vivências da diversidade indígena.

As diferentes visões de mundo encontradas em nosso país nos tornam muito mais ricos e, a partir dessa compreensão, faz-se necessária uma comunicação intercultural mais sensível, cuidadosa e, conseqüentemente, inteligível e dialógica.

ABSTRACT

This paper aims at discussing some historical, cultural and sociopolitical issues related to the challenges faced by health professionals in Northern Brazil, who have to deal directly with the health/disease process dichotomy among Indigenous Peoples.

Our proposal is to explore those aspects aiming at constructing bridges that would facilitate the dialogue between the diverse worldviews implicated. The discussion will shed light on new perspectives on syllabus construction and anthropologically contextualized guidelines definition for professionals, especially nurse professionals and nurse students, which are the ones directly involved in the Health Care programs for Indigenous Peoples.

Key words: Health, Communication, Anthropology e Interculturality

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COIMBRA JR, C. E. A.; GARNELO, L., **Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil**. Porto Velho: FioCruz, 2003.

COIMBRA JR, C. E. A., **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CONKLIN, B. A., **O sistema Médico Wari (Pakaanova) in SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. (orgs.), Saúde e Povos Indígenas**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GARNELO, L., **Poder, Hierarquia e Reciprocidade: Saude e Harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GEERTZ, C., **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ, C., **Nova Luz Sobre a Antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

HALL, S., **Da Diáspora: Identidade e Mediações Culturais**. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

IBGE – Instituto Brasileiro de Pesquisa e Geografia
<<http://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/os-indigenas-no-censo-demografico-2010>> acesso: 10/06/2013.

LAPLANTINE, F., **Aprender Antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

LARAIA, R., **Cultura: Um conceito Antropológico** - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

LIDÓRIO, R., **Etnias Indígenas Brasileiras - Relatório 2010**
<<http://www.lideranca.org/amtbt/downloads/relatorio2010.pdf>>
acesso: 13618 – 10/06/2013.

LIMA, M. J., **O que é Enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993.
Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos em Enfermagem, Medicina e Nutrição**, 2001.
<<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>> acesso:
10/06/2013.

MORIN, E., **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**.
Brasília: Unesco, 2002.
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, 2002
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf> acesso: 10/03/2013.

POLLOCK, D. K., **Etnomedicina Kulina** in SANTOS, R. V.;
COIMBRA JR, C. E. A. (orgs.), *Saúde e Povos Indígenas*, Rio de Janeiro: FioCruz, 1994.

RIBEIRO, D., **O Povo Brasileiro: A Formação e o sentido do Brasil** (Ed. de Bolso). São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

SANTOS, R. V.; COIMBRA, C. E. A., **Contato, Mudanças Socioeconômicas e a Bioantropologia dos Tupí-Mondé da Amazônia Brasileira** in SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. (orgs.), *Saúde e Povos Indígenas*, Rio de Janeiro: FioCruz, 1994.

VERANINI, C. B. L., A Construção Social da Doença e seus Determinantes Culturais: a Doença da Reclusão do Alto Xingu *in*

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A. (*orgs.*), Saúde e Povos Indígenas, Rio de Janeiro: FioCruz, 1994.