

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

***“Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na
implementação da Política de Saúde Indígena”***

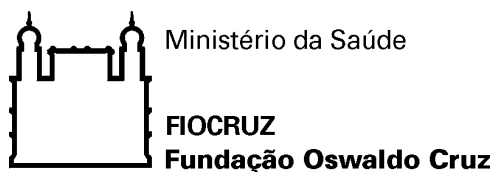
por

Ana Lúcia de Moura Pontes

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na
área de Saúde Pública.*

Orientador principal: Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Luíza Gamelo Pereira

Rio de Janeiro, junho de 2013.



Esta tese, intitulada

“Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da Política de Saúde Indígena”

apresentada por

Ana Lúcia de Moura Pontes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Esther Jean Langdon
Prof.^a Dr.^a Helena Maria Scherlowski Leal David
Prof.^a Dr.^a Maria Macedo Barroso
Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta
Prof. Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego - Orientador principal

Tese defendida e aprovada em 25 de junho de 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P814 Pontes, Ana Lucia de Moura
Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde
na implementação da política de saúde indígena. Ana Lucia de
Moura Pontes. -- 2013.
190 f. : il. ; mapas
Orientador: Rego, Sérgio
Garnelo, Luiza
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
1. Saúde de Populações Indígenas. 2. Política de Saúde.
3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Competência Cultural.
5. Ética. I. Título.

CDD – 22.ed. – 980.41

Dedico este trabalho aos meus pais,
Mário e Maria Justina (*in memoriam*), aos quais sou grata
por incentivarem minha liberdade de ser e de pensar.

AGRADECIMENTOS

O percurso e a conclusão desse trabalho foram impulsionados por diversas pessoas, e por isso agradeço:

Aos meus orientadores, Sérgio e Luiza, sem os quais não teria aprendido, experimentado e crescido tanto; agradeço a paciência, a tolerância, o cuidado, a dedicação e a confiança depositados em mim. Admiro e adoro enormemente os dois!

Ao Eduardo Menéndez que me ofereceu ótimas oportunidades de estudos no México e com o qual aprendi muitíssimo;

À Coordenação da Pós-graduação, principalmente ao Sr. Joselmo, aos demais funcionários da Secretaria Acadêmica e à equipe do Comitê de Ética em Pesquisa, que sempre foram prestativos;

Aos agentes indígenas de saúde que colaboraram com a pesquisa e aos moradores das comunidades que me acolheram durante o trabalho de campo;

Aos profissionais do DSEI Alto Rio Negro que apoiaram o desenvolvimento da pesquisa e do curso técnico dos AIS;

Aos colegas do Laborat que foram compreensivos com as minhas decisões e tempos necessários nessa etapa final de tese;

À minha irmã Mara Lúcia, pela amizade, confiança e cuidado nos momentos de crise;

À Verônica Fernandez que acolheu e acompanhou diariamente meus altos e baixos, me apoiando;

À Angélica Fonseca que leu meus textos ajudando na correção e no aprimoramento, e me estimulou a manter o fôlego final;

Ao Sully Sampaio, pela amizade, carinho e toda ajuda para organizar meu trabalho de campo;

Aos meus amigos e companheiros no Rio de Janeiro, Felipe Rangel, Marcela Abrunhosa, Bruno Stelet, Pedro Craidy, Camila Borges, Fabiane Macedo e Eduardo Dantas, com os quais me divirto, aprendo e me sustento;

À Francine Guizzardi e ao Felipe Cavalcanti pelo companheirismo e amizade e, principalmente, por me presentarem com o prazer de participar da vida Elis, que espero que um dia compreenda que o que fiz também pretendia inspirá-la e orgulhá-la;

Aos meus amigos e companheiros em São Paulo, Alexandre Valverde, Maxime Godard e André Borges, que sempre me incentivaram a ser autêntica e criativa;

Aos amigos que compartilham a paixão e as descobertas pelo Rio Negro, Paulo Henrique e João Jackson;

Aos meus amigos e companheiros no México, Renata Cortez, Tereza Rojas Rabiela, Catalina, Guillermo Palácios e Raquel Abrantes que me acolheram e me cuidaram;

Ao João Gabriel que aliviou minhas dores constantes com muita atenção e carinho;

À Lilian Carvalho, pela amizade e por trabalhar na diagramação das figuras desenvolvidas para os artigos;

Aos amigos que compartilham e alegam o cotidiano na EPSJV.

Por fim, preciso agradecer à música e a caféina, sem os quais não teria a inspiração, concentração e divertimento para tornar o trabalho menos árduo.

RESUMO

Essa pesquisa discutiu a organização do modelo de atenção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) a partir da experiência do DSEI Alto Rio Negro (DSEIRN), com ênfase na implementação da atenção diferenciada e no trabalho do AIS. Elegemos como foco da pesquisa a dimensão técnica dos modelos de atenção, e incorporamos a perspectiva antropológica de Menéndez. Essa pesquisa qualitativa adotou a abordagem hermenêutica para compreender o "ponto de vista dos atores" na produção dos sentidos e na construção da realidade social, e as técnicas de pesquisa utilizadas foram: a) observação participante em duas comunidades no DSEIRN; b) entrevistas com roteiro semi-estruturado com AIS; c) análise documental. Constatamos que a proposta da atenção diferenciada baseia-se na adequação das tecnologias e da atuação dos profissionais à realidade indígena, e sua operacionalização está fortemente assentada na atuação do AIS. Entretanto, observa-se que o trabalho desenvolvido pelo AIS está centrado no uso e distribuição de tecnologias biomédicas, não executando a diferenciação da atenção. A partir da análise do manejo de tecnologias em saúde no trabalho do AIS, identificamos que as adequações culturais desenvolvidas se referem principalmente aos modos de gerir essas tecnologias. Ademais, apontamos que os agentes possuem atribuições desproporcionais a sua baixa qualificação e supervisão. Por outro lado, nas comunidades indígenas coexistem diferentes formas de atenção, como a biomédica, tradicional e autoatenção, o que aponta a diversidade de recursos e fluxos utilizados nos itinerários terapêuticos. Também discutimos situações de conflito moral identificados pelos usuários indígenas, que emergem do cuidado tecnicamente padronizado existente nos serviços de saúde.

Palavras-Chave: Saúde de Populações Indígenas; Política de Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Competência Cultural; Ética.

ABSTRACT

We discuss the healthcare model of the Indigenous Health Districts in Brazil, based on a investigation at the Alto Rio Negro's District/Amazon. We focused on the implementation of the guideline that suggests that the health actions should consider the cultural specificities and diversity of the indigenous people, and the work of the indigenous community health workers. This analysis was based on the discussion of the technical dimension of the healthcare model and incorporated the anthropological perspective of Menéndez. This qualitative research adopted the actor's point of view and their production of meaning about the social reality. It was used the following investigation techniques: a) participant observation in two communities located in the Alto Rio Negro region; b) semi-structured interview with indigenous community health workers; c) documental analysis. We found that the proposal of the cultural competency is based on the adequacy of technologies and professionals to the indigenous context, and its operationalization is strongly focused on the action of the indigenous community health workers. However, the work developed by those workers is centered in the use and distribution of health hard technologies, as medicines and consultation, therefore they do not engender the expected cultural specificity. The healthcare cultural specificity was found at the ways of managing those technologies. We also consider that those indigenous community health workers have responsibilities that are superior to the degree of professional qualification and supervision that are offered. By the other side, we show that, at the indigenous communities, there is the coexistence of different forms of attention, such as the biomedical, traditional and self-care, which sign out the diversity of resources and flows used during the therapeutic process. We also discuss some situations that were characterized as moral conflicts in the relationship between indigenous people and health services.

Keywords: Health of Indigenous People; Health Policy; Community Health Workers; Cultural Competency; Ethics.

SUMÁRIO

Apresentação.....	15
Introdução.....	18
a) Modelos de atenção e a sua abordagem antropológica.....	20
CAPÍTULO 1: METODOLOGIA.....	25
1.1.Contexto local de estudo.....	25
1.2.Técnicas de pesquisa.....	28
a) Observação Participante.....	28
b) Entrevista.....	34
c) Análise Documental.....	36
1.3.Aspectos éticos.....	37
1.4.Principais referenciais teóricos utilizados na análise.....	38
a) Teoria social do discurso.....	39
b) Poder simbólico, campo e habitus.....	40
CAPÍTULO 2: La formación y el trabajo del Agente Indígena de Salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil: revisión de la literatura.....	43
CAPÍTULO 3:A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade.....	59
CAPÍTULO 4:A organização do modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/Amazonas.....	74
CAPÍTULO 5:O trabalho do Agente Indígena de Saúde: reflexões sobre seu papel social e manejo das tecnologias em saúde.....	98
CAPÍTULO 6: A perspectiva indígena de questões morais na relação com serviços de saúde no Brasil.....	122
Considerações Finais.....	144
Referências Bibliográficas.....	148

Anexos.....	160
ANEXO 1:Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde.....	161
ANEXO 2: ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	187
ANEXO 3:PARECER CEP.....	188
ANEXO 4:PARECER CONEP.....	189

LISTA DE FIGURAS

Figura: Mapa da região do Alto Rio Negro com distribuição geográfica das famílias linguísticas.....	26
Figura: Distribución de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas en Brasil.....	44
Figura: La estructura de organización de los servicios de salud en los Distritos Sanitarios Especiales Indigenas en Brasil.....	45
Figura: Síntese dos princípios, das estratégias operacionais e das ações no plano local atribuídas ao modelo de atenção diferenciada na PNASPI (2002) e na literatura.....	80
Figura: Organização do modelo de atenção no DSEI, 2012.....	83
Figura: Organização da atenção no DSEIRN com fluxos e recursos de saúde identificados no Baixo Içana em 2011.....	86
Figura: Mapa da região do DSEIRN com destaque para as região do Alto, Médio e Baixo rio Içana.....	105

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS – Agente Indígena de Saúde

APS –Atenção Primária à Saúde

Casai – Casa de Saúde do Índio

Cep – Comitê de Ética em Pesquisa

CHW – Community Health Workers

Conep – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CTACIS –Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde

DSEI –Distrito Sanitário Especial Indígena

DSEIRN –Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro

EMSI –Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

EVS – Equipes Volantes de Saúde

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

Forin – Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro

Funai – Fundação Nacional do Índio

Funasa – Fundação Nacional de Saúde

ILMD – Instituto Leônidas e Maria Deane

Isa – Instituto Sócioambiental

MS – Ministério da Saúde

Nesp/FUA – Núcleo de Estudos em Saúde Pública/ Universidade do Amazonas

Pnasp – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Rasi –Rede Autônoma de Saúde Indígena

Sasi – Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Seduc – Secretaria Estadual de Educação e Cultura

Sesai – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SGC – São Gabriel da Cachoeira

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Unifesp/EPM – Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: Capítulo publicado: “Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde (Pontes et al, 2012)

Anexo 2: Roteiro de entrevistas

Anexo 3: Parecer CEP/ENSP

Anexo 4: Parecer Conep

APRESENTAÇÃO

Em 2007, a Dra Luiza Garnelo (ILMD/Fiocruz) procurou a direção da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), na qual trabalho, para uma parceria no desenvolvimento de curso formação técnica para os Agentes Indígena de Saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEIRN). Minha inserção, que inicialmente foi pensada como uma participação pontual, ao longo dos anos se tornou minha prioridade e maior motivação no trabalho. Cada ida ao Rio Negro era cheia de descobertas, de emoções e de aprendizados que me estimulavam a querer regressar e estudar aquele universo.

Nesse sentido, é preciso mencionar que as atividades do curso técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde (CTACIS) no DSEIRN, iniciadas em 2009 e ainda em andamento, foram e são fontes de reflexões sobre o trabalho e a formação dos AIS. Esse envolvimento também nos motivou a organizar o Seminário "Povos Indígenas, Educação e Saúde: a formação profissional do agente indígena de saúde", em julho de 2011, buscando conhecer e articular os diferentes grupos e pessoas que trabalham com essa questão.

Parte da reflexão teórica encontra-se no texto "Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde (PONTES et al, 2012) publicado no livro "Saúde Indígena: Uma Introdução ao tema", (anexo 1), discutindo o panorama do trabalho e da formação dos AIS, relacionando-o com o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e apresentando uma síntese da proposta formativa em desenvolvimento no DSEIRN.

Essa experiência de trabalho influenciou meus interesses durante o doutorado, de modo que o nome e enfoque da tese sofreu algumas transformações no processo: meu anteprojeto chamava "Intercultura e modelos de atenção: questões para a educação profissional em saúde"; na qualificação apresentei o projeto "Formação profissional do agente indígena de saúde: contextos e discursos"; e agora defendo a tese "Atenção diferenciada e o trabalho do agente indígena de saúde na implementação da política de saúde indígena".

O trabalho de campo, realizado em duas comunidades do DSEIRN, foi um período rico de reflexões que direcionou a construção dos artigos finais da tese, ampliando meu

olhar sobre o contexto subsistema de saúde quanto a organização da atenção nas comunidades indígenas, a perspectiva dos usuários indígenas sobre o uso dos diferentes recursos de saúde e o trabalho dos AIS. Os referenciais teóricos, as técnicas de pesquisa utilizadas e o contexto local de estudo estão apresentados no **capítulo 1** sobre a metodologia da pesquisa.

O interesse crescente com a área da saúde indígena me fez buscar o aprofundamento de meus estudos na área de antropologia da saúde, dessa forma, realizei um doutorado sanduíche no Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), na cidade do México, sob supervisão do Dr. Eduardo Menéndez. Um pouco do que aprendi com o professor Eduardo Menéndez procurei compartilhar na entrevista publicada na revista "Trabalho, Educação e Saúde" , vol.10, no.02 de jul/out. de 2012. Nessa época, finalizei a versão em espanhol do artigo de revisão bibliográfica, apresentado no **capítulo 2**, intitulado "La formación y el trabajo del Agente Indígena de Salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil: revisión de la literatura", discutido no Seminario Permanente de Antropología Médica/Ciesas, e enviado para avaliação da Revista Salud Pública de México.

A partir da elaboração do projeto de qualificação e das reflexões iniciais sobre o tema da atenção diferenciada publicamos, em 2010, o texto apresentado no **capítulo 3** denominado "A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade (PONTES E GARNELO, 2010), com as primeiras reflexões sobre o tema da atenção diferenciada, integralidade e o modelo de atenção na saúde indígena.

Ao final, construímos três artigos com a apresentação e análise dos resultados da pesquisa, e que mostram diferentes enfoques da implementação do modelo de atenção diferenciada no DSEI Alto Rio Negro.

A análise do modelo de atenção da Pnspi e sua operacionalização no DSEI Alto Rio Negro (DSEIRN)/ Amazonas, à luz da diretriz da atenção diferenciada é o foco do artigo apresentado no **capítulo 4**, feito a partir de quatro abordagens: a) da análise da Política; b) da organização da atenção nas comunidades estudadas; c) da atuação dos AIS; e d) do ponto de vista do usuário indígena.

No **capítulo 5**, focamos na atuação do AIS entendido como um trabalhador comunitário da saúde na Atenção Primária à Saúde (WALT et al, 1990). Partimos do

entendimento que o trabalho em saúde ocorre no encontro intersubjetivo entre um sujeito portador de necessidades ou problemas de saúde e um trabalhador que maneja tecnologias de intervenção (MERHY, 2002), por isso analisamos os modos de operar e gerir as tecnologias em saúde pelos AIS para refletir sobre seu papel no modelo de atenção.

Enfatizando a perspectiva dos usuários indígenas sobre sua relação com os serviços de saúde, discutimos situações identificadas como conflitos morais no **capítulo 6**. Esse texto, pensado para uma publicação internacional, destaca a diversidade moral e caracteriza que profissionais de saúde e usuários não compartilham pressupostos e regras de moralidade (ENGELHARDT, 1998). Também identificamos as barreiras culturais dos serviços que podem favorecer as experiências negativas dos indígenas nos serviços, reforçando a necessidade de sensibilidade cultural e diferenciação dos serviços.

Procuramos finalizar a tese com uma síntese das contribuições da pesquisa para a compreensão dos desafios e potencialidades na implementação do modelo de atenção diferenciada preconizado pela Pnapsi e do papel do AIS. Os principais achados e reflexões dos resultados da pesquisa serão apresentados no texto “A formulação e implementação de modelos de atenção à saúde para as populações indígenas: contribuições para o fortalecimento da sensibilidade cultural e da diferenciação das ações de saúde” (PONTES AL, REGO S, GARNELO L), a ser publicado em Coletânea do grupo de pesquisa Lappis/IMS/Uerj ainda em 2013.

Ainda restaram alguns materiais empíricos que não foram incluídos, principalmente aqueles relativos a formação profissional do AIS. Levantamos junto as escolas técnicas as propostas formativas e realizamos entrevistas com os coordenadores de curso reunindo um importante material para análise futura.

INTRODUÇÃO

A implementação de uma política pública de atenção à saúde para as populações indígenas brasileiras é um desafio recente, e que busca superar características das iniciativas governamentais anteriores. O Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado em 1910, se limitava ao combate de epidemias e a higiene dos indígenas e suas moradias (CORRÊA, 2002). A partir de 1956, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa) focou as ações nas doenças infecciosas endêmicas (SANTOS et al, 2008), modelo que foi dado continuidade pela Funai, em 1967, com as Equipes Volantes de Saúde (EVS). Segundo Santos et al (2008) as EVS tinham pouca eficácia e se limitavam a distribuir medicamentos.

Assim, até 1999, a oferta de serviços de atenção à saúde para os povos indígenas se caracterizava por ser feita de forma esporádica, desenvolvida por equipes que percorriam terras indígenas. Tais ações seguiam a lógica do modelo campanhista, implantado por Noel Nutels, ainda na década de 1950, para as populações indígenas dos sertões (PAIVA, 2003).

Durante a década de 80 e 90, Santos et al (2008) referem que o atendimento à população indígena se tornou ainda mais desorganizado e esporádico. Nesse período, a emergência das lutas etnopolíticas por direitos no interior do estado nacional gerou mobilizações indígenas em vários campos no Brasil. Uma delas foi a luta pelo direito à saúde. Nesse mesmo momento, iniciativas de universidades e de organizações não governamentais (ONG) para formação e capacitação de indígenas no desenvolvimento de ações de saúde nas comunidades na ausência de profissionais de saúde e em surtos epidêmicos consolidam a figura do Agente Indígena de Saúde (AIS) (LANGDON et al, 2006; MENDONÇA, 2005).

O marco de início da atual política de saúde indígena pode ser identificado na I Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio (1986), sendo que somente em 1999, a Lei Arouca (Lei no. 9836/99) instituiu o subsistema de saúde indígena (Sasi), definindo que a organização da atenção a saúde se daria por redes territorializadas de saúde, na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde (DSEI). A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas- Pnaspi (BRASIL, 2002), em 2002, que definiu os DSEI como:

“um modelo de organização de serviços – orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado – que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social” (BRASIL, 2002:13).

O modelo dos DSEI se baseou nos marcos da atenção primária à saúde (APS) e, segundo a Pnspi, se operacionalizaria, em um primeiro nível, pela atuação da equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI), tendo como base trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nas comunidades. Os polos-base — unidades de saúde de primeira referência para os AIS — devem contar com a presença de enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e médicos. Para os casos que demandassem atenção de média e alta complexidade delega-se para a Casa do Índio (Casai) o apoio à referência de doentes para os demais serviços da rede do SUS fora das terras indígenas. A Pnspi também preconizou que organização da atenção deveria respeitar as características e diversidade socioculturais dos povos indígenas, denominando essa diretriz de atenção diferenciada, e pressupondo a adequação das tecnologias em saúde e articulação com os sistemas médico tradicionais.

Entretanto, Garnelo (2006) avalia que os serviços nos Distritos ainda têm se organizado a partir de ações voltadas para demandas espontâneas de medicina curativa, encaminhamento de doente graves, uso excessivo de medicamentos e postura etnocêntrica. Ademais, a alta rotatividade dos profissionais não-indígenas, leva a que, em muitos Distritos, somente o AIS esteja regularmente atuando nas comunidades. Da mesma forma, a diretriz da atenção diferenciada, está fortemente baseada na ação do AIS (DIEHL et al, 2012). Dessa situação justificamos nosso foco sobre o AIS na implementação desse modelo.

Compreender as características, os limites e as potencialidades presentes na implementação atual desse modelo de atenção nos parecem fundamentais para contribuir para a melhoria dos mesmo. Dessa forma, realizamos um estudo sobre essa situação em duas comunidades no DSEI Alto Rio Negro, localizado no noroeste amazônico.

Essa pesquisa qualitativa adotou a abordagem hermenêutica para compreender o "ponto de vista dos atores" na produção dos sentidos e na construção da realidade social (RICHARDSON et al, 2012:80; CHIZZOTTI, 2010; FLICK, 2009; PINTO, 2002; ARAÚJO, 2000). Para a análise das relações de poder e disputa de sentidos utilizamos a noção de poder simbólico de Bourdieu (2004; 2010).

O objetivo geral foi discutir a implementação do modelo de atenção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) a partir da experiência do Alto Rio Negro, com ênfase na atenção diferenciada e no trabalho do AIS.

Os objetivos específicos foram:

- discutir as características e a situação atual do trabalho e da formação do Agente Indígena de saúde;
- discutir a formulação da diretriz da atenção diferenciada e investigar sua implementação no DSEIRN a partir da organização e uso das formas de atenção nas comunidades e do trabalho do AIS;
- discutir o trabalho dos AIS e seu papel social na organização da atenção no DSEIRN;
- discutir os conflitos morais identificados pelos indígenas na relação com os serviços de saúde.

A) Modelos de Atenção e sua abordagem antropológica

Nossa pesquisa está assentada no debate sobre modelos de atenção, sendo que Paim (1999) possui uma formulação muito difundida, definindo-os como:

“formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (PAIM, 1999: 476-477).

A partir desse conceito, Teixeira (2006) assinala três dimensões ampliadas dos modelos de atenção: a) uma dimensão gerencial, relativa aos modos de condução das ações e serviços; b) uma dimensão organizativa das relações das unidades de serviços; e c) uma

dimensão técnica, que é entendida como as relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho (TEIXEIRA, 2006).

Entretanto, Ayres (2009) observa que a noção predominante de modelos de atenção é apropriada de forma a se buscar práticas sanitárias uniformes e padronizadas, perspectiva que, no contexto do subsistema de saúde indígena, dificulta a construção da diferenciação da atenção. Assim, visando uma análise dos modelos que inclua a diversidade, Ayres (2009:12) propõe entendermos os modelos de atenção como "a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações". Consideramos que essa formulação não é conflitiva com as propostas de Paim (1999) e Teixeira (2006), mas potencializadora da flexibilização e diferenciação dos modelos, necessários para a construção da proposta de atenção diferenciada.

Nesse sentido, visando fortalecer a perspectiva de “convergência de horizontes” na análise dos modelos de atenção incorporamos a abordagem antropológica de Menéndez (2003; 2005), que sugere considerarmos todas as atividades que os sujeitos e grupos sociais buscam para prevenir, tratar, controlar, aliviar ou curar os adoecimentos ou sofrimentos, e não somente os sistemas oficiais de saúde. Com isso pretendíamos destacar o pluralismo médico existente nos territórios indígenas.

Menéndez (2003) ressalta que a maioria da população utiliza várias formas de atenção, tanto para diferentes problemas como para um mesmo problema de saúde, que podem ser classificados segundo o autor em:

- a) biomedicina: envolvendo todos os níveis de atenção, generalistas e especialistas, assim como as terapias individuais e comunitárias;
- b) popular e tradicional: envolvem os curandeiros e especialistas de ervas, xamãs, benzedeiros e grupos religiosos;
- c) alternativas, paralelas ou new age: incluem as terapias bioenergéticas, novas religiões curativas do tipo comunitárias;
- d) outras tradições médicas acadêmicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina chinesa;
- e) centradas na auto-ajuda: Alcoólicos Anônimos, associações e grupos de portadores de patologias;

Menéndez (2003; 2005; 2009) assume que as formas de atenção não funcionam isoladamente, mas também através da relação entre duas ou mais. Sendo que essa dinâmica ocorreria em dois níveis: a) relações estabelecidas entre as diversas formas de atenção por meio dos operadores e especialistas das mesmas; e, mais comumente, b) por relações estabelecidas entre dois ou mais tipos de atenção pelos sujeitos e grupos que buscam por cuidado (MENÉNDEZ, 2003).

Do ponto de vista das articulações realizadas pelos próprios especialistas dos sistemas de cuidado, e como maneira dominante da biomedicina atuar, Menéndez (2003) aponta o processo de apropriação das técnicas dos outros sistemas, mantendo a diferença, hegemonia e exclusão das demais formas por meio da legitimação da biomedicina como a forma de curar mais idônea. Esse processo de apropriação e ecletismo também ocorre por parte dos curadores tradicionais e parteiras populares, que podem adotar medicações e técnicas da biomedicina como parte do tratamento.

Entretanto, o autor considera que os sujeitos e grupos são os que mais geram articulações entre as formas de atenção num processo denominado de autoatenção. Esse fenômeno é comum e sugere que as diferentes formas de atenção não seriam incompatíveis. Por isso, Menéndez (2003) sugere que a aproximação dessas diferentes formas de atenção deveria preferencialmente ser feito a partir da perspectiva dos usuários, identificando os modos como estes acessam as diferentes formas de atenção, pois assim poderemos observar o uso articulado, e não excludente, das mesmas.

Menéndez define a autoatenção como

“as representações e práticas que a população utiliza a nível de sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, mesmo quando estes são a referencia da atividade de auto-atenção” (MENÉNDEZ, 2005:54) .

A autoatenção pode ser pensada em dois níveis, segundo Menéndez (2003, 2005) , um amplo e um restrito. O primeiro nível, um sentido amplo de autoatenção, se refere as formas de reprodução biossocial dos sujeitos e grupos como as atividades de preparação e

distribuição de alimentos, a obtenção e utilização da água, os cuidados higiênicos do ambiente doméstico, do meio ambiente imediato e do corpo, entre outros. Esse nível se refere principalmente a atividades da vida cotidiana do grupo doméstico, e que são realizados de acordo com objetivos e normas de cada cultura.

Já o sentido restrito da autoatenção se refere “as representações e práticas aplicadas intencionalmente ao processo saúde-enfermidade-atenção” (MENÉNDEZ, 2005:55). Assim, a autoatenção significa uma autoprescrição e uso de tratamento de uma forma autônoma ou relativamente autônoma, incluindo aquelas ações que são induzidas, prescritas ou propostas por curadores profissionais ou outras formas de atenção. O autor ressalta que a automedicação e o autocuidado fazem parte da autoatenção, que seria mais amplo e inclusivo.

Entretanto, Menéndez (1984, 2003, 2005) aponta que no contexto de relações assimétricas entre as formas de atenção, a biomedicina é a forma de atenção que mais se expande direta ou indiretamente. Essa expansão e tendência hegemônica da biomedicina podem ser observadas pelo crescimento do consumo de medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, continua biologização da maneira de pensar e atuar dos profissionais de saúde sobre o processo saúde doença, excessivo uso de tecnologias duras e medicalização da vida social (MENÉNDEZ, 2003). O biologicismo seria um dos principais fundamentos que justifica a exclusão dos fatores históricos, sociais e culturais da abordagem hegemônica do processo saúde-doença-cuidado.

O campo cultural é identificado por Menéndez (2003) como um dos mais excluídos da biomedicina. A partir da perspectiva higienista, os fatores culturais foram identificados como mecanismos negativos para a saúde ou como processos patologizantes, dado o entendimento de que algumas crenças poderiam impedir a aceitação de propostas da biomedicina, como o planejamento familiar ou uso de preservativos. Segundo essa lógica, as equipes de saúde deveriam empreender mudanças culturais, abolindo e/ou alterando saberes populares que julgam prejudiciais a adesão ao cuidado biomédico. A partir dessa perspectiva biomédica, os profissionais de saúde qualificam as formas de autoatenção como produto da falta de educação e da ignorância da população.

Entretanto, Menéndez (2005) aponta que a biomedicina tem desenvolvido uma relação contraditória com o processo de autoatenção pois ao mesmo tempo que questiona,

ela estimula atividades de autocuidado e outras práticas de autoatenção. O autor ressalta inclusive que o setor saúde e profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, foram os principais responsáveis por impulsionar o uso de medicamentos pela população, como o uso de anticoncepcionais para o planejamento familiar, o soro de rehidratação oral, analgésicos e anti-inflamatórios para dor e febre, entre outros.

Para Menéndez (2003, 2005) a autoatenção é frequentemente desenvolvida em relação direta ou indireta com a biomedicina, dessa forma, os profissionais de saúde deveriam reconhecê-la e melhorá-la, reorientando suas práticas de educação em saúde para cuidar da vida e da saúde.

Consideramos que esse enfoque antropológico sobre os modelos de atenção podem nos ajudar na reflexão sobre a construção da atenção na saúde indígena, e por isso, essa perspectiva foi norteadora da nossa pesquisa.

CAPÍTULO 1: Metodologia

Este trabalho se caracterizou como uma pesquisa social, de tipo qualitativo, pois estávamos interessados nas perspectivas dos atores sobre suas práticas e conhecimentos, valorizando a compreensão dos significados que as pessoas atribuem ao que falam e ao que fazem nas interações humanas e sociais (CHIZZOTTI, 2010; FLICK, 2009), o que é conhecido como abordagem hermenêutica ou interpretativa.

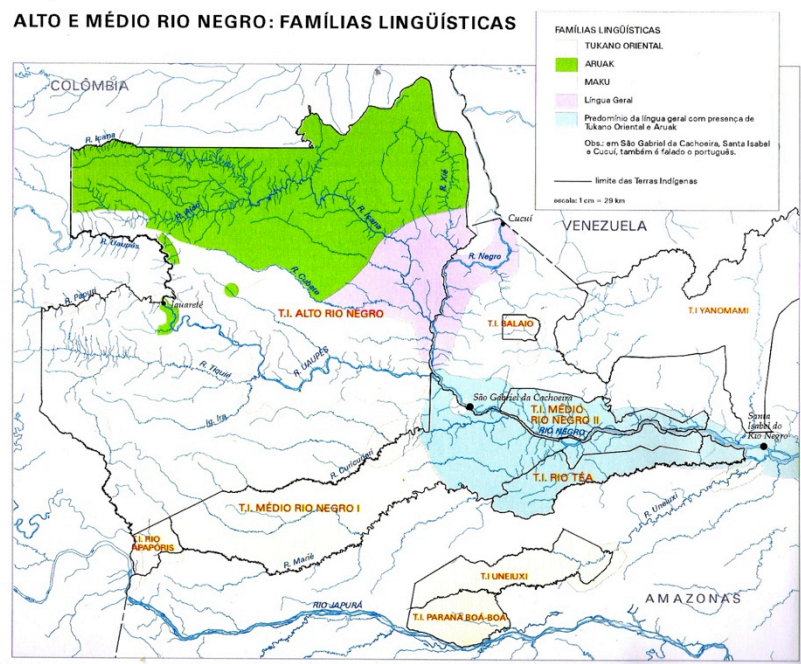
A pesquisa qualitativa envolve diferentes enfoques, teorias e métodos, sendo que estávamos interessados nas perspectivas que focam o “ponto de vista do ator” e na produção de sentidos, na construção do mundo ou da realidade social. Richardson e colaboradores (2012) também destacam que os estudos que usam metodologias qualitativas buscam

“descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir na mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos” (RICHARDSON et al, 2012:80).

1.1.Contexto Local do Estudo

Nosso trabalho de campo foi realizado na região do Distrito Sanitário Especial do Alto Rio Negro (DSEIRN) que situa-se no noroeste do estado do Amazonas, cobrindo os municípios de São Gabriel da Cachoeira (SGC), Santa Isabel do Rio Negro e Barcellos. Essa região é uma bacia hidrográfica drenada pelo alto e médio do rio Negro, e seus afluentes, como os rios Uaupés, Içana, Xié entre outros inúmeros rios e igarapés (Figura 1).Atualmente, ali vivem 17 povos falantes de idiomas de 03 troncos lingüísticos, Arawak, Tukano e Maku, além da Língua Geral (Nheengatu), com cerca de 25 mil habitantes distribuídos em cerca 700 povoações (GARNELO, 2006).

Figura 1: Mapa da região do Alto Rio Negro com distribuição geográfica das famílias linguísticas.



Fonte: Foirn/Isa, 2006.

A observação participante foi feita em duas comunidades do baixo rio Içana, uma católica, que denominaremos de Açaí, e outra evangélica, que denominaremos de Buriti, que possuíam uma população de 245 e 169, respectivamente (ROCHA, 2007). Nessas comunidades a etnia predominante era Baniwa, falante de Língua Geral (Nheengatu). As entrevistas envolveram AIS que procediam também da região do Médio e Alto Rio Içana.

A população Baniwa está distribuída na região do rio Içana, Aiari e seus afluentes, em 90 assentamentos, totalizando aproximadamente 5.486 indivíduos (ISA/FOIRN, 2006). A área do Baixo Içana encontra-se entre a foz do Rio Içana e a aldeia de Tunuí, cuja maior proximidade com a cidade de S. Gabriel da Cachoeira propiciou um processo colonizatório mais contundente, intensa atuação de missões evangélicas e católicas e outras agências da sociedade nacional, que acentuaram as transformações nesses grupos (GARNELO, 2003). Acima do aldeia de Tunuí se localiza a região do Médio Içana de ocupação da etnia Baniwa, falante da língua Baniwa, onde predomina comunidades evangélicas e de pequeno porte, e que tem sido o lócus de maior dinamismo no movimento indígena na região. O Alto Içana é reconhecido como área do povo Coripaco, falantes de sua própria língua e

todos evangélicos, e que por ser localizado na fronteira, sofre influências no seu cotidiano do Exército e do país vizinho, a Colômbia (GARNELO, 2003).

Apesar de terem uma longa história de contato, os indígenas dessa região ainda preservam algumas de suas tradições e, segundo Garnelo e Wright (2001) limitam a entrada do processo civilizatório em seu território. A sociedade Baniwa, como outros povos do Alto Rio Negro, organiza-se socialmente por meio de unidades de descendência patrilinear e patrilocal (GARNELO E WRIGHT, 2001). A organização social da vida cotidiana e da reprodução social é fortemente apoiada num sistema de saberes míticos e formas de organização de parentesco, que também são fundamentais para compreensão da origem, manutenção e classificação das doenças nessa sociedade (GARNELO E WRIGHT, 2001; GARNELO E BUCHILLET, 2006).

Garnelo e Buchillet (2006) estabelecem uma taxonomia das doenças entre os Baniwa que evoluem: doenças relacionadas com a agressão desses seres-espíritos; com envenenamentos, uma forma de bruxaria que tem lugar central na cosmologia Baniwa; com conflitos de gênero que remetem às guerras ancestrais entre homens e mulheres; doenças provocadas por Yoópinai, seres-espíritos da floresta; e doenças trazidas pelo contato, mas inseridas na cosmologia tradicional. Da mesma forma,

"a cura remete à instauração de estratégias de resolução de conflitos que ameaçam a ordem cósmica e social, fundada na hierarquia e troca de bens e serviços entre consangüíneos e afins, jovens e velhos, homens e mulheres" (GARNELO E BUCHILLET, 2006:233).

Tais especificidades da compreensão do processo saúde-doença coexistem com a oferta de serviços ofertados pelo DSEIRN, questão abordada por essa pesquisa.

A estrutura de referência do DSEIRN para as comunidades estudadas era composta pela atuação de três AIS, um voluntário e dois contratados, em Açaí e, somente um agente contratado, em Buriti. O Polo-Base de referência para essas comunidades contava com um profissional de enfermagem, dois técnicos de enfermagem, e com um odontólogo de referência, mas que estavam ausentes do território há quatro meses. Ambas comunidades contavam com radiofonia para uso dos agentes na comunicação com outros agentes, com o Pólo-Base e com a sede do DSEI.

Funcionando de modo paralelo ao DSEIRN, existia na comunidade de Açaí, um ambulatório da missão católica, vinculado a Secretaria Municipal de Saúde de SGC. Neste ambulatório atuavam permanentemente uma médica, duas técnicas de enfermagem permanentemente e uma microscopista, que atendiam sob demanda. Em ambas comunidades foram identificados conhecedores locais que ofertavam tratamento tradicional.

No município de São Gabriel da Cachoeira se localiza a primeira referência para atendimento, onde encontra-se uma rede de serviços ambulatorial e hospitalar gerenciada pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde que servem de primeira referência para o DSEIRN apoiados pela Casai local. Também existia um Hospital de Guarnição dirigido pelo Exército Brasileiro conveniado a rede SUS e que oferece as especialidades de pediatria, ginecologia, cirurgia, obstetrícia e odontologia (ROCHA, 2007). Os pacientes indígenas cujos problemas não são resolvidos em São Gabriel da Cachoeira são encaminhados para Manaus, que conta com uma Casai que dá continuidade ao atendimento e a organiza a referência para outros serviços de saúde.

1.2. Técnicas de Pesquisa

Nosso desenho de pesquisa foi amplo, com procedimentos metodológicos que ganharam diferentes contornos e importância no decorrer do processo de investigação. Ao final, utilizamos uma mescla de técnicas de investigação para formar nosso material empírico para análise, que envolveram: a) a observação participante com registro sistemático no diário de campo; b) entrevistas semi-estruturadas gravadas; e, c) análise documental. O desenvolvimento dessas técnicas serão apresentados a seguir.

a) Observação participante

A observação participante parte do pressuposto de que

“a interação direta com as pessoas na sua vida cotidiana pode auxiliar a compreender melhor suas concepções, práticas, motivações, comportamentos e procedimentos, e os significados que atribuem a essas práticas” (CHIZZOTTI, 2010: 65).

Na observação participante, o pesquisador não é somente um espectador (FLICK, 2009), então devemos pontuar que o observador faz parte do contexto de observação, assim modificando e modificando-se nesse processo (CICOUREL, 1980). Dentre as posturas possíveis, adotamos a de participante-como-observador (CICOUREL, 1980), pois não tínhamos a pretensão de ser um participante total, apesar disso compartilhamos ao máximo as atividades coletivas do local, de modo a poder melhor entender alguns significados e constructos de senso-comum deste contexto.

Considerou-se que todas as situações vividas no campo poderiam ser fonte de dados, assim o registro no diário de campo foi o mais amplo e detalhado possível, registrando observações, impressões, insights e comentários sobre cada dia. Costumava fazer o registro pelo menos duas vezes ao dia.

A inserção no campo foi perpassada por minha atuação profissional na região estudada. Desde 2007, realizo viagens regulares na região do Alto Rio Negro, tanto para a sede do município de São Gabriel da Cachoeira (SGC) quanto para as comunidades indígenas, no desenvolvimento do projeto de formação técnica dos Agentes Indígenas de Saúde contratados pelo Distrito Sanitário Indígena do Alto Rio Negro (DSEIRN/Sesai). Esse trabalho ocorre no âmbito de minha inserção profissional na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

Este projeto é fruto de uma demanda da Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro, que solicitou, em 2007, ao Instituto de Pesquisas Leônidas & Maria Deane (ILMD-Fiocruz), apoio para a formação técnica. A Fundação Oswaldo Cruz através de suas unidades técnico-científicas Instituto de Pesquisas Leônidas & Maria Deane e Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), organizou então parceria com a Secretaria Estadual de Educação do Estado do Amazonas (Seduc/AM) e vem implementando o curso técnico de Agentes Comunitários Indígenas em Saúde, dirigido aos 198 AIS que atuam nas áreas indígenas do Alto Rio Negro, desde 2009. O projeto conta com a adesão do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro – SESAI, da Secretaria de Estado de Educação e Prefeitura de São Gabriel da Cachoeira.

Essa experiência profissional de 05 anos permitiu um aprofundamento do entendimento do contexto local, em termos culturais, políticos, sociais e, de questões relacionadas com a organização e atuação do DSEIRN e dos AIS. As informações e

experiência obtidas em reuniões com profissionais e gestores, reuniões comunitárias, conversas informais com profissionais e com os AIS, e os conteúdos das atividades didáticas do curso foram incorporadas no desenvolvimento da pesquisa e nos dados discutidos.

No momento de desenvolvimento da pesquisa, esse compromisso e atuação profissional favoreceu o contato com os sujeitos a serem entrevistados e a entrada nas comunidades. Tentou-se minimizar essa interferência com a escolha de comunidades nas quais a pesquisadora não havia atuado como professora ou profissional de saúde, mesmo assim a principal complicação no campo foi que a relação com os agentes indígenas de saúde era interferida pela identidade de professora e médica da pesquisadora.

A observação participante ocorreu durante 40 dias consecutivos nas comunidades Açaí e Buriti. O critério de escolha das comunidades foi a acessibilidade e a permanência dos AIS responsáveis. Como o desenvolvimento da pesquisa coincidiu com o período de aula no ensino médio de todos os AIS, somente alguns poucos com ensino médio completo estavam disponíveis, limitou a escolha das comunidades. Os principais informantes foram os 04 AIS, dois homens e duas mulheres, dessas duas comunidades. Também foram realizadas conversas informais com moradores e profissionais do DSEI que passaram pelas comunidades.

Gostaria de abordar alguns pontos do trabalho de campo desenvolvido, e para isso, utilizarei algumas dimensões da observação participante destacados por Cicourel (1980).

- Entrada no campo: contato inicial e apresentação

O contato inicial foi feito diretamente com os AIS responsáveis pelas comunidades Açaí e Buriti, e estes discutiram, previamente à chegada da pesquisadora, com as lideranças locais e comunitários. Após chegada na comunidade, eu me apresentei às lideranças e me disponibilizei para a apresentação para o conjunto da comunidade, o que foi feito na comunidade Buriti, mas não na Açaí, pois esta segunda era maior e fragmentada em bairros.

A apresentação na comunidade Buriti foi feita durante uma refeição comunitária, e a intenção da permanência na comunidade foi esclarecida, e a pesquisadora se disponibilizou para dúvidas. Esse esclarecimento se repetiu individualmente algumas vezes durante visitas

domiciliares ou na convivência cotidiana. Nesse momentos fui questionada sobre o fornecimento de medicamentos e os serviços do DSEIRN, tentei esclarecer algumas questões mas enfatizando que não era funcionaria do DSEIRN e que minha estadia na comunidade não tinha relação com o funcionamento do mesmo. Essas informações foram repassadas individualmente na comunidade de Açaí.

Apesar dessas apresentações, percebi que a minha identidade foi uma questão para os moradores, principalmente da comunidade Buriti. A primeira atitude que tomaram foi demandar atendimento e medicamentos, me tratando como profissional de saúde. Minha postura foi esclarecer que não estava ali para atendimento e sugeria procurarem o AIS.

Para outras pessoas, e em determinados tipos de atividades, se referiam a mim como professora. Assim, em vários momentos da vida cotidiana, era dado a mim um lugar de autoridade, por ser médica e professora. Mas, durante o convívio foi se fortalecendo a identidade de “branca” (cariua), o que favoreceu um contato mais próximo e informal com as pessoas.

Na comunidade Açaí, que é uma comunidade grande para os padrões da região e com uma larga influencia da missão católica, o convívio coletivo com os comunitários foi dificultado, de forma que minha observação foi mais focada nas rotinas dos AIS.

- Participando como “nativo”

Apesar do foco da observação de campo ser a atuação dos AIS, optei por aproveitar os espaços de convívio coletivo para compreender um pouco mais a dinâmica, relações e representações locais acerca dos modos de vida dessas populações. Considerei que a compreensão das questões específicas de meu interesse poderiam ser perpassadas por práticas e representações de senso comum local.

Na comunidade Buriti, essa experiência foi muito rica, pois era uma comunidade com uma diversidade de atividades coletivas como refeições comunitárias, rituais evangélicos, mutirões, reuniões, futebol, entre outros. Procurei me inserir nesses momentos como participante ativa, e apesar de claramente não ser tratada como nativa, pude conversar e me aproximar de várias pessoas, que depois eu poderia visitar.

Percebi que esse meu envolvimento com a vida diária da comunidade foi fundamental para um bom convívio, e gerou um estranhamento positivo por parte dos moradores, pois segundo eles, em geral, os brancos não comem de sua comida, não trabalham e nem convivem nas atividades diárias com a comunidade. Esse meu convívio comunitário me permitiu aprender algumas regras, valores e palavras, que colaboraram para eu entender melhor o modo de vida desse grupo e o trabalho do AIS.

- Relação informante-chave e objeto de estudo;

No desenvolvimento do trabalho de campo, os informantes-chave eram meus principais sujeitos de investigação, os Agentes Indígenas de Saúde. Isso fez com que meu convívio fosse regular com os AIS permitisse apreender os acontecimentos do seu trabalho e da comunidade sob o ponto de vista dos próprios agentes.

Na comunidade Açaí, todos os dias haviam atividades programadas com os AIS, e frequentemente eles estavam ambulatório da missão católica, local onde eu me alojava. Além disso, nessa comunidade estava ocorrendo aulas do ensino médio dos AIS dessa região, assim, tinha várias oportunidade de conversar com outros agentes. Na comunidade Buriti, o AIS tinha uma rotina mais difícil de acompanhar, pois seu trabalho funcionava mais sob demanda. Minha estratégia foi de constantemente procura-lo nos locais de trabalho dele, sua casa e a radiofonia.

No início, os agentes consideraram que eu estava fazendo uma supervisão do seu trabalho, e portanto, procuravam confirmar seus diagnósticos e condutas comigo, e tirar dúvidas. Minha atitude foi de tentar ser neutra nessas ocasiões e opinar pouco, com exceção dos casos em que realmente considerei, que deveria interferir pela situação de algum paciente. Essa postura foi uma escolha difícil pois receava que fosse prejudicar a pesquisa, mas tentei tratar essa relação dos agentes e da comunidade comigo como fonte de dados sobre a relação com os profissionais de saúde.

Por outro lado, essa vinculação mais próxima com os AIS me dificultou perceber as representações e visões dos comunitários sobre o seu trabalho. Na comunidade Buriti, as lideranças da comunidade, desejando que eu soubesse a percepção da comunidade sobre o trabalho do AIS, organizaram uma reunião comunitária com esta finalidade, mesmo sem eu solicitar. Na comunidade de Açaí, isso não foi possível ser feito, de modo que procurei

conversar individualmente com algumas pessoas sobre esse assunto. De qualquer forma, como em Açaí existiam três agentes, era frequente nas visitas haverem espontaneamente falas comparando a atuação deles.

- Problemas, conflitos e desafios encontrados no campo;

Considero que algumas situações podem ser assinaladas como problemas, conflitos ou desafios em termos de avaliação do trabalho de campo desenvolvido. Em geral, o período transcorreu com tranquilidade, principalmente porque conhecia a região e já tinha ficado por períodos em outras comunidades. Os AIS, lideranças e comunitários me acolheram muito bem, e me foram oferecidas condições especiais de alojamento, nas quais tive um quarto, banheiro e cozinha próprios. Ademais, sempre haviam pessoas preocupadas em saber como eu estava e me convidavam para participar de alguma atividade ou conversar.

Meu desconhecimento da Língua Geral (Nheengatu) foi o principal limitador do convívio e da pesquisa, e meu esforço em tentar aprender a língua serviu mais para me aproximar das pessoas do que para conseguir dados objetivos. Meus principais tradutores foram os AIS, e isso foi positivo pois ao traduzirem me diziam sua visão dos fatos e dos significados.

Inicialmente tive dificuldades em lidar com as constantes solicitações por medicamentos, e, de fato, havia levado para eventuais urgências de saúde, minha ou de alguém nas comunidade. Quando alguém me procurava pedindo remédio, eu informava que não estava ali para fazer atendimento, sugeria que procurasse o AIS, e se o AIS me procurasse, eu fornecia a ele a medicação necessária, caso eu tivesse.

A mistura das identidades de médica, de pesquisadora e de professora foi um desafio para mim. Frequentemente me sentia mobilizada pelos doentes; preocupada em ajudar o AIS no seu trabalho; ou era solicitada a dar opiniões nas reuniões comunitárias como “professora”. No começo tentei não intervir nas situações mas muitas vezes me sentia constrangida a responder algumas demandas.

Ao final, assumi que realmente não existe uma posição neutra no campo, e que minha interação como profissional de saúde com os agentes e demais moradores deveria

também ser analisada como dado empírico, e dessa forma, passei a buscar pistas sobre a relação dos indígenas com profissionais de saúde nesses momentos.

Porém, em duas situações creio que me assumi mais como médica, a primeira foi quando fui procurada por uma mãe, que não queria levar sua filha para o AIS. Depois de um dia, considerando que o AIS não tinha antibiótico para tratar a amigdalite e que a mãe não procurava por ele, acabei por medicar a criança. Outro caso, foi um senhor que teve uma suspeita de derrame, e eu fiquei extremamente mobilizada em acompanhar sua evolução e encaminhar para São Gabriel da Cachoeira. Principalmente essa segunda situação rendeu muitas reflexões que foram incorporadas na discussão dos resultados do capítulo 6.

- Saída do campo;

Na comunidade Buriti, antes de minha partida se preparou uma reunião comunitária para discutir o trabalho do AIS. As lideranças me diziam que queriam que eu soubesse como eles fazem a avaliação do AIS e insistiram nessa reunião. De fato, foi uma experiência interessante, pois muitos deram depoimentos sobre sua percepção das dificuldades do trabalho do agente, principalmente sobre o que consideravam que eu deveria saber e levar para outras autoridades. Percebi nessa comunidade um forte desejo que eu fosse porta-voz das dificuldades e reivindicações da comunidade. Nessa comunidade também se preparou uma festa de despedida, com dança, apresentação dos alunos da escola e distribuição de presentes. Senti que queriam que eu saísse dali contente com eles, com certeza com o intuito que eu fosse uma aliada em suas lutas e reivindicações de saúde junto aos gestores do DSEIRN.

Na comunidade Açaí, a saída do campo ocorreu de forma discreta, não ocorreu nenhuma reunião e me limitei a despedir-me das lideranças e agentes. Nesse caso, houve muito menos expectativas com relação da minha presença e de retorno da pesquisa.

b) Entrevistas

As entrevistas foram feitas exclusivamente com AIS que a pesquisadora não tinha tido contato anteriormente. Foram realizadas com o objetivo específico de analisar o ponto

de vista dos agentes indígenas de saúde, da etnia Baniwa e Coripaco do Alto Rio Negro, sobre sua experiência de trabalho e formação profissional. Utilizou-se a técnica de entrevista com roteiro semi-estruturado (MINAYO, 2010), que se encontra em anexo (Anexo 2). Os principais tópicos da entrevistas foram: a trajetória profissional do AIS; seu cotidiano de trabalho; suas experiências formativas prévias; e, sua opinião e expectativas sobre os processos formativos.

A seleção dos sujeitos entrevistados teve como critérios: agentes indígenas de saúde contratados há pelos menos três anos¹, da etnia Baniwa ou Coripaco, e incluindo agentes considerados “novos” e “velhos”. Foram incluídos na amostra agentes que atuam tanto em comunidades próximas quanto distantes do centro urbano do município de São Gabriel da Cachoeira, contemplando agentes que se localizem no baixo, no médio e alto rio Içana.

Como critério de apoio para essa seleção se dialogou com informantes-chave (lideranças indígenas e pesquisadores) a fim de que nos auxiliassem com maiores informações sobre a trajetória dos agentes Baniwa, para que pudéssemos contemplar os critérios apontados. A seleção final dos entrevistados convidados foi de responsabilidade da pesquisadora e se incluiu agentes que se voluntariaram para a entrevista.

As entrevistas ocorreram num período de duas semanas e foram realizadas na comunidade Açaí durante período em que os AIS do rio Içana e Aiari estavam reunidos para aulas do curso de ensino médio. Esse momento foi aproveitado para facilitar a realização das mesmas, poupando a pesquisadora de ter que percorrer grandes trajetos, e permitindo a inclusão do ponto de vista de agentes de diferentes contextos.

Foram entrevistados doze AIS, dez homens e duas mulheres, da etnia Baniwa e Coripaco. O número de entrevistados usou como critério a saturação das respostas, ou seja, no momento em que percebemos uma repetição nas categorias e respostas obtidas (DUARTE, 2002). As entrevistas tiveram uma duração entre 20 e 50 minutos e foram todas gravadas, após autorização dos entrevistados, e depois transcritas. Sempre se buscou realiza-las num lugar reservado para garantir a privacidade do entrevistado e a qualidade da

¹ Delimitamos esse período pois na região a proposta formativa de Técnicos de Agentes Comunitários Indígenas de Saúde se iniciou há 03 anos, e desejamos entrevistar agentes que tenham passado por essa experiência formativa.

gravação. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concordaram com a gravação da mesma.

c) Análise documental

A análise documental envolveu a seleção de documentos oficiais que explicitassem diretrizes para a organização do modelo de atenção dos DSEIs e para a organização do trabalho e da formação do Agente Indígena de Saúde. Apesar da transição da gestão federal da saúde indígena da Funasa (Fundação Nacional de Saúde) para a Sesai (Secretaria Especial de Saúde Indígena) em 2010, até o momento não foram publicados novos documentos, de modo que os documentos referiremos são de autoria da gestão da Funasa.

Os principais documentos utilizados para essa análise da política nacional foram a “Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas”, (PNASPI) publicada em 2002, “A Formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas FUNASA - MS, Brasil - 1999 a 2006” (FUNASA, 2006), e “Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório” (FUNASA, 2005).

Também realizamos uma revisão bibliográfica do literatura científica sobre o tema da formação e trabalho do AIS, com vistas a levantar a produção científica sobre a temática e que é apresentada no capítulo 1. Nosso objetivo específico na revisão bibliográfica foram: a) descrever e analisar a situação do trabalho e da formação dos AIS nos DSEIs; e, b) refletir sobre o modelo de atenção diferenciada e o papel dos AIS nesse modelo de atenção para a saúde indígena.

Para isso, inicialmente, elegeu-se como base de dados privilegiada para pesquisa a biblioteca virtual Scielo, que congrega os principais periódicos brasileiros e disponibiliza os artigos na íntegra. Assim, procedeu-se a análise dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) mais adequados para o processo de busca, e foi feita uma primeira pesquisa com uso de operadores na base SciELO dos artigos com os termos *indígena* AND *saúde* em todos os índices. Essa pesquisa² resultou em 124 artigos, destes, 11 abordavam a temática do cotidiano do trabalho e/ou da formação dos profissionais de saúde indígena, incluindo o AIS.

² Essa pesquisa foi realizada algumas vezes, a última em 09/01/2012. A maioria dos estudos eram de corte epidemiológico.

Também se realizou pesquisa a partir dos termos *indígena* AND *educação* OR *recursos humanos* OR *formação* em todos os índices, obtendo-se 59 artigos³. Nenhum dos artigos focava a formação de profissionais de saúde no contexto do subsistema de saúde indígena ou o agente indígena de saúde.

Devido ao pequeno número de artigos encontrados, realizamos algumas estratégias de complementação, como a ampliação do critério para leitura dos artigos, envolvendo o campo da antropologia da saúde e políticas de saúde, e, a partir da leitura destes fez-se um busca de novos textos a partir das referências bibliográficas.

A outra estratégia de complementação da revisão bibliográfica foi à pesquisa no Banco de Teses da CAPES, com a identificação de dez dissertações ou teses de doutorado que abordavam a formação ou trabalho do agente indígena de saúde. Destes, foi possível o acesso à totalidade da tese/ dissertação ou a publicação da tese/dissertação de seis trabalhos (OLIVEIRA, 2005, 2002; MENDONÇA, 2005; NOVO, 2009; BRUNO, 2008; ROCHA, 2007; DIAS-SCOPEL, 2005; SILVA, 2010).

Uma segunda revisão bibliográfica foi realizada posteriormente em março de 2013, para subsidiar a publicação internacional do artigo apresentado no capítulo 6. Esta foi realizada no banco de dados do PubMed, com os termos: "ethics" OR "bioethics" OR "bioethical" OR "professional ethics" OR "Ethic, Professional" AND "indigenous" OR "aboriginal" OR "indigenous population" OR "aboriginal population" OR "cultural context" OR "cultural context" OR "health services, indigenous" OR "health services, indigenous/ethics" OR "health services, indigenous/utilization".

A análise dos documentos oficiais e da literatura científica tiveram como eixos teórico-metodológicos a teoria social do discurso, buscando identificar os contextos e os discursos em disputa na temática em estudo.

1.3. Aspectos Éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz (Anexo 3) e, em seguida, na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Anexo 4), sendo o CAAE 0058.0.031.000-11. Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre sua participação, que foi voluntária, sendo garantido sigilo dos mesmos. Antes de

³ Essa pesquisa foi realizada algumas vezes, a última em 09/01/2012.

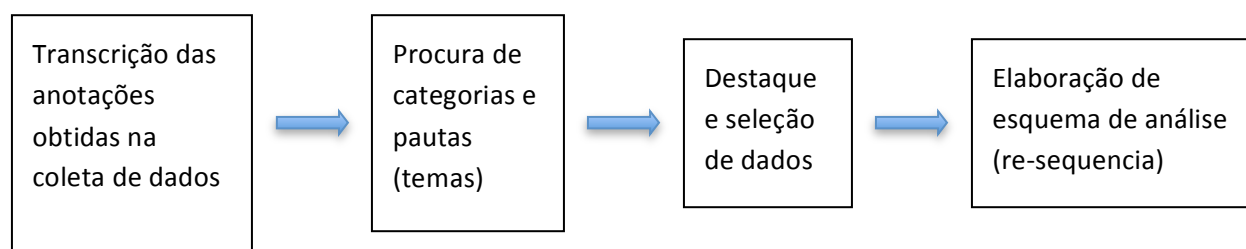
cada entrevista os sujeitos tiveram acesso ao “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (TCLE), que foi lido, explicado e assinado. Foi disponibilizada uma cópia do TCLE para os participantes da pesquisa com o endereço e contato da pesquisadora para esclarecimentos futuros.

Ademais, foi obtido a anuência da gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro/AM, instituição a qual estão vinculados profissionalmente os AIS, e o consentimento coletivo das lideranças indígenas, representadas no Controle Social do DSEI Alto Rio Negro e pela Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (Foirn). O consentimento do gestor do DSEIRN, do Controle Social do DSEIRN e das lideranças da FOIRN foi obtido após apresentação e discussão do projeto. A entrada em área indígena também foi autorizada pela Funai. Pretendo apresentar aos gestores e lideranças os resultados finais da pesquisa, o que deve ser feito ao longo 2013 e 2014.

Os riscos relacionados com essa pesquisa estão relacionados com a identificação das falas dos entrevistados ou das instituições, mas para minimizá-los eliminamos quaisquer caracterizações ou dados que possam identificá-los, e somente foram utilizados nomes fictícios.

1.4. Principais marcos teóricos utilizados na análise

Para a análise utilizamos uma sequencia de passos muito semelhante a orientação de Nigel Fielding (1993:163 apud RICHARDSON et al, 2012:98):



A análise dos resultados necessitou a construção de referenciais teóricos específicos, entretanto, o desenvolvimento da pesquisa foi apoiado por algumas teorias que apresentamos a seguir.

a) Teoria social do discurso

Um dos referenciais teórico-metodológicos utilizados foi a teoria social dos discursos que, conforme alguns autores (ARAÚJO, 2000; PINTO, 2002) definem é um campo de estudo dos fenômenos relativos à produção de sentidos.

Entendemos a produção de sentidos, por meio da linguagem, como uma prática social, que para Fairclough tem duas implicações, a primeira de que é tanto “uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, como também um modo de representação” e a segunda implicação é que existe uma relação entre a prática social e a estrutura social, pois “o discurso é moldado e restringido pela estrutura social no sentido mais amplo e em todos os níveis” (FAIRCLOUGH, 2008: 91).

Araújo (2000) e Verón (1980) apontam a importância de uma teoria da enunciação para análise dos fenômenos de produção de sentido. Bakhtin (2009) constrói sua teoria de enunciação a partir de uma crítica das duas principais orientações na história da filosofia da linguagem, o subjetivismo idealista e o objetivismo abstrato.

Com relação ao objetivismo abstrato, Bakhtin (2009) aponta que a ênfase nas formas fonéticas, gramaticais e lexicais da língua, cria um aspecto normativo e imutável da língua, qualquer mudança é encarada como erro ou desvio.

Já, com relação a perspectiva subjetivista idealista, Bakhtin (2009) critica que a mesma coloca a enunciação como um “ato puramente individual, como expressão da consciência individual, de seus desejos, suas intenções, seus impulsos criadores e seus gostos” (BAKHTIN, 2009:114). Mas o autor enfatiza que qualquer expressão-enunciação está determinada pelas condições da sua situação social mais imediata, pois é produto da interação de dois indivíduos socialmente organizados. A partir dessa reflexão, Bakhtin destaca um ponto importante: que toda fala procede de alguém e se dirige para alguém, ela é fruto da interação locutor e ouvinte.

Assim, toda estrutura de enunciação é determinada pela situação social mais imediata e meio social mais amplo, pois a língua é um fenômeno social de interação verbal. Por isso, uma das bases do pensamento de Bakhtin é o dialogismo, pois entende que o

existe é sempre um diálogo em toda comunicação verbal, toda enunciação (falada ou escrita) é parte de uma comunicação verbal ininterrupta.

Outra implicação desse caráter responsivo da enunciação é que nossos enunciados estão cheios de “ecos de outros enunciados”, das palavras dos outros (BAKHTIN, 2010: 294). Essa característica é denominada, por Bakhtin, de polifonia, e por Verón (1980) de “intertextualidade”.

Esse conceito de polifonia ou intertextualidade permite acentuar a historicidade dos textos (FAIRCLOUGH, 2008) e romper com a autonomia do sujeito sobre o discurso, conforme Araujo (2000) destaca:

“O mapeamento das vozes constitutivas permite sair da análise de certa forma maniqueísta, que vê manipulação ideológica ou adesão solidária à causa dos receptores nas práticas discursivas, e perceber que cada discurso traz em si as marcas do vivido, já dito, já escrito: que história, que cultura ali se expressam e que tipo de coerções exercem sobre o outro conjunto de vozes. Por sua vez, a análise da heterogeneidade constituinte possibilita entender a pluralidade de sujeitos que habitam e constroem cada ato discursivo” (ARAÚJO, 2000:125).

Na análise da produção dos sentidos enquanto prática social, Verón (1980) propõe abordar esses fenômenos como um sistema produtivo. A partir dessa perspectiva, entende-se o espaço de comunicação como um mercado simbólico, de produção, circulação e consumo de discursos, que disputam os sentidos dominantes (ARAÚJO, 2000). O mercado simbólico é ao mesmo tempo um espaço pré-construído, pelas posições sociais pré-determinadas, e em construção, já que os agentes sociais, por meio das práticas discursivas vão se posicionar, negociar e disputar suas visões de mundo. Nesse aspecto optamos por analisar as relações simbólicas a partir de Bourdieu.

b) Poder simbólico, campo e *habitus*

Bourdieu contribui para uma análise das relações de poder a partir das relações de sentido, ou seja, dos bens simbólicos e das lutas simbólicas, entendidas como lutas de classificação (BONNEWITZ, 2003). Essas lutas simbólicas ou de classificação ocorrem pela disputa das formas legítimas de ver o mundo, criando ou modificando categorias de percepção pelas quais descrevemos nossas práticas e representações (BOURDIEU, 2004).

Assim, nomear ou não as coisas significa dar existência a elas ou aboli-las. Esse poder de construção da realidade Bourdieu (2004; 2010) denomina de poder simbólico. Para esse autor, os sistemas simbólicos, como instrumentos de conhecimento e de comunicação, contribuem para a reprodução social e podem ser instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação.

“O poder simbólico como poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão de mundo e, deste modo, a acção sobre o mundo, e portanto, o mundo”(BOURDIEU, 2010:14).

Bonnewitz (2003) destaca que o Estado é uma instituição que detém o trabalho de codificação, produzindo esquemas de percepção e termos (vocabulário) para designar a realidade, com força de evidência. Por isso as instituições e o Estado tem uma importância nas lutas simbólicas, por sua capacidade de atribuir (ou não) rótulos ou títulos oficiais, e de manutenção da ordem simbólica (BOURDIEU, 2004).

O ponto de vista das autoridades ou o discurso oficial opera em três instâncias como legalização do capital simbólico ou de imposição de um ponto de vista: a) como um diagnóstico de reconhecimento do que uma pessoa ou coisa é; b) como discurso administrativo dizendo o que deve ser feito, por meio de ordens ou prescrições; c) e a partir de relatórios oficiais diz o que as pessoas fizeram (BOURDIEU, 2004).

Outro conceito de Bourdieu, que daremos destaque é a noção de campo social, entendido como espaço estruturado de posições que podem ser analisadas a partir das relações entre as posições ocupadas na distribuição dos recursos. Dessa forma, as relações de dominação ou subordinação são entendidas a partir da posição dos agentes ou instituições no espaço social. Esse conceito de Bourdieu se aproxima da noção de mercado simbólico, pois considera as relações entre produtores e consumidores de bens simbólicos. .

Bourdieu (2004) discute que as representações dos agentes variam de acordo com sua posição no campo, mas também do *habitus*. A noção de *habitus* de Bourdieu reflete a produção social dos agentes e suas lógicas de ação, e está na base da reprodução da ordem social, Bourdieu o defini como

“Os condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência produzem *habitus*, sistemas de disposição duradouros e transponíveis, estruturas estruturadas dispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como

princípios geradores e organizadores de práticas e representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo” (BOURDIEU, 2011:87)

O habitus é adquirido durante o processo de socialização, através da experiência duradoura de uma posição social no mundo social, e envolve

“atitudes, inclinações para perceber, sentir, fazer e pensar, interiorizadas pelos indivíduos em razão de suas condições objetivas de existência, e que funcionam então como princípios inconscientes de ação, percepção e reflexão”. (BONNEWITZ, 2003:77).

É importante destacar que o *habitus* é uma estrutura interna em constante reestruturação, a partir das experiências passadas e presentes, e assim representa um sentido prático adquirido e modificado com a experiência. Mas o *habitus* não é somente um princípio gerador de práticas distintas, mas também de esquemas classificatórios, de gostos, de compreensão e de julgamento moral (BOURDIEU, 2004). Ademais é produto de uma filiação de uma posição no campo social do qual o sujeito faz parte (BONNEWITZ, 2003).

Como o campo estrutura o habitus, o mundo social do qual o indivíduo é produto lhe parece como natural, é o mundo de senso comum. Os “agentes portadores do mesmo habitus não precisam entrar em acordo para agir da mesma maneira” (BONNEWITZ, 2003:86), pois a codificação comum assegura uma comunicação mínima (BOURDIEU, 2004). Por outro lado, se as condições objetivas se modificam, pode ocorrer uma defasagem entre o habitus antigo e as novas condições, que levariam aos agentes a fazerem ou dizerem coisas inadequadas no novo contexto (BONNEWITZ, 2003). Assim, na relação entre pessoas de *habitus* diferentes surgem colisões e conflitos (BOURDIEU, 2004).

CAPÍTULO 2

La formación y el trabajo del Agente Indígena de Salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil

1. Introducción

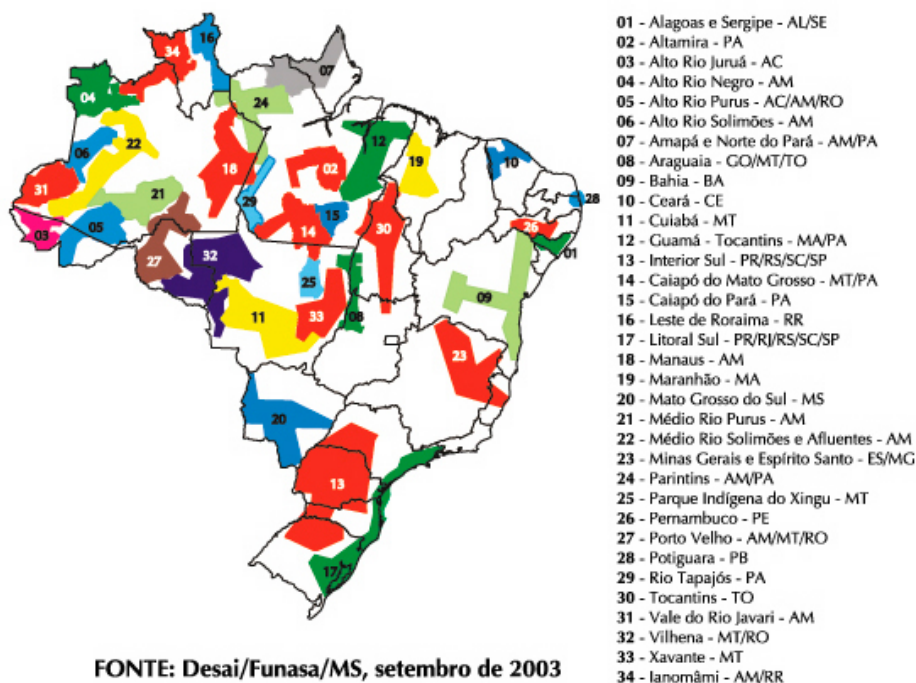
La población indígena brasileña, en 2010, fue estimada en 896,9 mil personas (0,4% de la población total), distribuidas en 305 etnias hablantes de 274 lenguas, y existen alrededor de 82 grupos aislados¹.

Con relación a la situación de salud, los estudios señalan tasas de mortalidad de tres a cuatro veces mayor que las de la población brasileña, con alto número de muertes sin registro o con causa indefinida. También se aprecia alta incidencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales agudas, malaria, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, malnutrición y otras enfermedades prevenibles con el uso de vacunas^{2, 3,4}.

Hasta 1999, la atención a la salud de los pueblos indígenas ocurría de manera esporádica, a partir de campañas, por equipos itinerantes de salud³. Durante los años 80, universidades y organizaciones no gubernamentales realizaron proyectos de formación y entrenamiento de indígenas para desarrollar acciones de salud en las comunidades durante los períodos de ausencia de los profesionales de salud y en brotes epidémicos. Esas experiencias crearon el Agente Indígena de Salud⁵ quien es un miembro elegido por la comunidad, responsable por las acciones de salud.

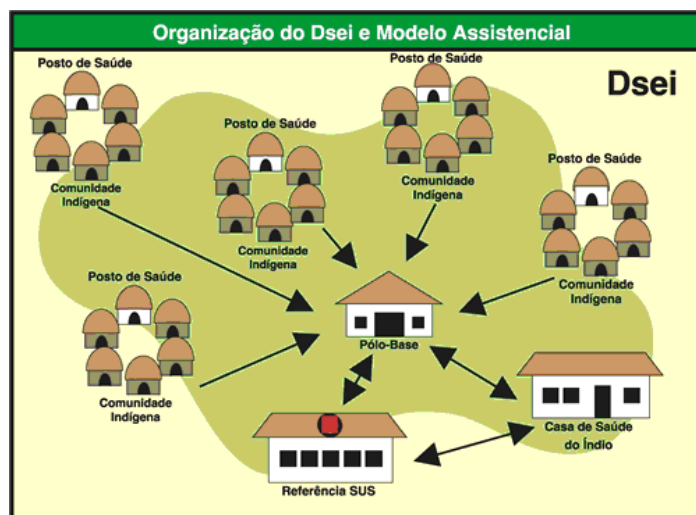
En 1999, la Ley Arouca (Ley no. 9836/99) instituyó el Subsistema de Salud Indígena, y en 2002, la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas⁴ garantizó el acceso universal e integral a los servicios de salud, según los límites de la atención primaria de salud, organizados en 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) (Figura 1).

Figura 1. Distribución de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas en Brasil.



El DSEI debe tener una red de servicios de atención primaria articulada con los otros servicios del Sistema Único de Salud (SUS) con el fin de garantizar la asistencia de media y alta complejidad. Así, la estructura del DSEI (Figura 2) involucra: la actuación de los Agentes Indígenas de Salud (AIS) en las comunidades; los Puestos de Referencia (“Polos-Base”), con equipos multidisciplinares (EMSI) compuestos por médicos, enfermeros y técnicos de enfermería; y la Casa de Salud del Indio (CASAI) que apoya las actividades de referencia para la asistencia de media y alta complejidad en los otros servicios del SUS, fuera de las comunidades.

Figura 2: La estructura de organización de los servicios de salud en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas en Brasil.



Fonte: Desai/Funasa, 2005.

Así, con la implementación de los Distritos, los agentes indígenas de salud fueron incorporados a los equipos multidisciplinarios de salud, y en 2005, ya eran 4.751 los agentes formalmente contratados por el sistema de salud indígena⁶.

Ese sistema de salud tiene como directriz el ser adecuado a las condiciones y especificidades de los pueblos indígenas, y para eso, se utiliza en Brasil la denominación de modelo de atención diferenciada en salud⁴, la dimensión intercultural del sistema. Sin embargo, no hay en los documentos oficiales una definición acerca de la atención diferenciada, la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI/2002) solamente apunta algunas estrategias como la preparación adecuada de los recursos humanos para el trabajo en el contexto intercultural, la articulación con los sistemas tradicionales de salud y la participación social indígena en la gestión del sistema⁴.

Según la política nacional, las atribuciones de los AIS son: acompañamiento del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, de las mujeres embarazadas, de los enfermos crónicos, de la vacunación, de los tratamientos de larga duración, y también, atención de los casos de enfermedades frecuentes (infección respiratoria, diarrea y malaria), primeros auxilios, promoción de la salud y prevención de las enfermedades más frecuentes⁷. Sin embargo, no existe un esclarecimiento sobre cuáles son las acciones específicas que deben ser desarrolladas por los agentes de salud.

Según las directrices nacionales, la formación de los agentes es una estrategia para favorecer la “apropiación, por parte de los pueblos indígenas, de los conocimientos y recursos técnicos de la medicina occidental, no para sustituir, sino para sumar al acervo las terapias y otras prácticas culturales propias”⁴, y se elaboró una propuesta nacional denominada “Educación profesional básica para agentes indígenas de salud”, que no fue completamente ejecutada en la mayoría de los Distritos.

Este es el contexto en el cual se ubica nuestro objeto de estudio, y en este texto, a partir de un levantamiento de la literatura científica, tenemos como objetivos: a) describir y analizar cómo está la situación del trabajo y formación del AIS en el cotidiano; y, b) reflexionar sobre el modelo de atención diferenciada y cuál papel ejerce el agente indígena de salud en ese modelo.

Este estudio puede contribuir con la reflexión en otros contextos pues los agentes indígenas de salud son un tipo de trabajadores comunitarios de salud (*community health workers*). Los trabajadores comunitarios de salud, también llamados promotores de salud en Latinoamérica, fueron internacionalmente impulsados a partir de la Conferencia de Alma-Ata, que ocurrió en 1978, en la búsqueda por ampliar el acceso a las acciones de salud e involucrar a las personas de las comunidades en los programas de atención primaria de salud (Walt et al, 1978).

2. Metodología

2.1. Marco Teórico

Nuestro análisis busca reflexionar sobre el trabajo y la formación del agente indígena de salud en el contexto de la diversidad de modelos de atención o pluralismo médico⁸ que existe en la sociedad brasileña. Los modelos, según Menéndez^{8,9,10}, establecen relaciones de subordinación y hegemonía y sus análisis muestran que el Modelo Médico Hegemónico (MMH), o biomedicina, logra la exclusión ideológica y jurídica de los modelos alternativos, sea con la apropiación o con la transformación de los mismos. En su clasificación de los modelos, el autor reconoce, además del MMH, el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS), que involucra otras prácticas médicas organizadas como la medicina ayurvédica, la acupuntura, la herbolaria china u homeopatía, y también

las prácticas de la medicina curanderil urbana o espiritista; y el Modelo Médico basado en la Auto-atención (MMA)¹⁰.

La autoatención es caracterizada por Menéndez⁸ (p. 54-5) como “las representaciones y prácticas que la población utiliza en nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención”. Así, la autoatención es el primer nivel real de la atención y está en la base de los otros modelos.

Langdon¹¹ (p.42) propuso una definición acerca de la atención diferenciada que no está presente en los documentos oficiales de la Política Nacional (PNASPI), comprendida como “la articulación entre los servicios y las prácticas de autoatención existentes en la comunidad particular” la cual tiene un potencial de análisis según nuestro marco teórico. Menéndez⁸ subraya que si analizamos las prácticas de salud desde la perspectiva de los curadores sólo reconoceremos algunos de los modos de atención, pero si el eje son los sujetos o grupos sociales veremos como ellos usan las diferentes formas de atención, como las sintetizan, las articulan, las mezclan o las yuxtaponen.

Sin embargo, Menéndez^{8,9,10} apunta que la biomedicina es la forma de atención con mayor expansión, tanto por la incorporación por los propios sujetos, curadores populares y tradicionales de de la biomedicina, cuanto por el Sector Salud, principalmente por los programas de atención primaria. El propio Sector Salud fue el principal responsable por enseñar o adiestrar a los curadores locales o los trabajadores comunitarios de salud a utilizar elementos biomédicos.

2.2. Obtención de los datos

Elegimos como base de datos privilegiada la biblioteca virtual Scielo (www.scielo.br). Fue hecha una búsqueda con el uso de los términos *indígena* AND *salud*, y con los términos *indígena* AND *educación* OR *recursos humanos* OR *formación* en todos los campos.

Como el número de artículos identificados fue pequeño, utilizamos dos estrategias de complementación: ampliamos el criterio de inclusión de los artículos, y a partir de su lectura, buscamos también las referencias de otros libros, capítulos de libros y artículos; y se realizó la búsqueda en el Banco de Datos de Tesis en el portal de la “Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nivel Superior (CAPES/Brasil)” (identificamos 09 tesis pero sólo logramos acceder a 06^{12,13,14,15,16,17,18}). Ese levantamiento de artículos demostró la pequeña producción científica sobre el tema en estudio, considerando que muchas investigaciones y experiencias no resultan en publicaciones en periódicos.

La lectura de los textos permitió la organización de los datos en cuatro grupos, a partir del DSEI de estudio. Elegimos mantener la presentación de los datos por región pues consideramos que la especificidad regional aún es un factor importante para discutir la situación y la formulación de políticas de formación profesional y trabajo del AIS.

3. Resultados

A) DSEI Interior Sur

La población indígena del DSEI Interior Sur está estimada en 30 mil personas, pertenecientes a las etnias Kaingang, Guarani, Xokleng, Krenak y Terena¹⁹. Langdon et al.⁵ caracterizan los Agentes como mediadores entre los saberes y las prácticas tradicionales de salud y las biomédicas. Los estudios en los Distritos^{5,19,18} revelaron una alta rotación de los profesionales de los equipos, incluso el AIS, debido al esquema de contratación anual de los profesionales. Asimismo, mencionan que los agentes no pasaron por ningún proceso formativo al inicio de sus actividades y solicitan información sobre temas específicos de la biomedicina⁵.

Sobre las actividades desarrolladas por los agentes, los autores^{5,19} apuntan cuatro funciones: 1) visitas domiciliarias; 2) educación y orientación sobre cuidados de salud y los servicios; 3) completar formularios del sistema de información en salud; y, 4) actividades de control social. Sin embargo, los agentes señalan dificultades en la comprensión y ejecución de esas actividades¹⁹.

Dias- Scopel¹⁸ observó en el puesto de salud que las actividades de los agentes se confundían con las de un recepcionista o las del propio auxiliar de enfermería, y el trato por parte de los otros profesionales de salud es como hacia un personal no-técnico y no

calificado. Sobre las visitas domiciliarias, los autores^{5,18,19} mencionan que son solamente para las familias con personas enfermas, y los principales temas discutidos son sobre el uso de medicamentos y marcación de consultas.

Los investigadores también apuntan que para los miembros del equipo, el AIS debe anotar y comunicar las necesidades de consultas y los riesgos para la salud, acompañar la administración de medicamentos, transmitir informaciones⁵; sin embargo, para la comunidad, el AIS debería ejecutar cuidados técnicos como medir la presión arterial, prescribir medicamento y aplicar inyecciones. Dias-Scopel¹⁸ concluye que las actividades de los agentes son organizadas según la lógica biomédica, con fuerte jerarquización profesional. Asimismo, los profesionales de salud del subsistema de salud indígena tienen poca claridad sobre el concepto de atención diferenciada, y la dimensión de respeto y valorización de la medicina tradicional no aparece en su trabajo cotidiano^{5,19}.

B) DSEI Parque Indígena del Xingu

El Xingu tiene una población de alrededor de 4.362 personas, pertenecientes a las 17 etnias²⁰. Mendonça¹⁶ relata que los primeros agentes de salud eran jóvenes que ayudaban a los profesionales de salud. En 1983, la Escuela Paulista de Medicina (UNIFESP/EPM) desarrolló el primer entrenamiento de algunos indígenas para el trabajo en laboratorio de malaria y tuberculosis.

Después de la implementación del DSEI, la formación de los agentes de salud fue hecha de manera informal, así, los agentes pasaron a exigir una formación profesional¹⁶. De ésta forma, a partir de 1995, ocurrió una articulación entre la UNIFESP/EPM y la Escuela Técnica de Salud del Estado del Mato Grosso para la ejecución del I Curso de Auxiliares Indígenas de Enfermería. Ese curso fue realizado entre 1997 y 2001, y fue hecho concomitantemente con la elevación de la escolaridad al nivel fundamental¹⁵. La construcción de ese curso adoptaba el perfil de los agentes como semejante al de los auxiliares de enfermería, pero, al final, consideraron que el agente tendría un perfil más cercano al área de la promoción de la salud¹⁶.

Con relación al modelo de atención diferenciada, por un lado, Mendonça¹⁶ observó la complementariedad de los abordajes de la medicina tradicional y de la biomedicina. Por otro lado, Novo¹⁷ relata que los profesionales de salud no-indígenas no reconocen los

diferentes modos de vida, las prácticas de autoatención y la medicina tradicional de los pueblos indígenas, lo que imposibilitaría la complementariedad.

Novo relata que los agentes encuentran muchas dificultades en la ejecución de sus actividades¹⁷, que no realizan las visitas domiciliarias con regularidad y refieren incompreensión de tales actividades¹⁷. La autora refiere que la ausencia de calificación profesional genera una desvalorización y subordinación de los AIS en los equipos¹⁷.

A partir de 2006, una nueva formación de los AIS fue desarrollada en el Xingu, según orientaciones de la propuesta nacional, sin la coordinación de la UNIFESP/EPM. Sobre esa formación, Novo¹⁷ identifica que los contenidos del curso enfatizan los conocimientos y procedimientos biomédicos, la concepción de la función pedagógica de los agentes es entendida como la transmisión de los conocimientos biomédicos, y, también, los profesionales no- indígenas responsables del curso ignoran las concepciones y prácticas nativas.

C) DSEI Alto Solimões

El DSEI Alto Solimões tiene una población de 28.562 indígenas, siendo 26.000 de la etnia Tikuna, distribuidos en 100 comunidades²¹.

Según Erthal²², en esta región, al principio, el papel de los agentes de salud era de ejecutores de los procedimientos biomédicos. Así, los primeros entrenamientos buscaron capacitarlos para el diagnóstico y el tratamiento de los padecimientos más frecuentes, como el cólera, y el encaminamiento de las situaciones más graves²².

Después de la década de 90, la organización de los AIS Tikuna solicitaron una articulación con los líderes de las comunidades, el reconocimiento de las medicinas tradicionales y la protección de los conocimientos indígenas, no obstante, la autora²² señala que se mantuvo una separación entre las prácticas tradicionales y los servicios de salud.

Erthal²² identifica el trabajo del AIS como un “canal de comunicación entre la población y los servicios”, con énfasis en las actividades educativas de promoción, prevención y cura, pero su actuación todavía es más una forma de promover la aceptación de los servicios médicos por las comunidades. La autora también relata que la formación desarrollada de los agentes sobrevalora los recursos y los conocimientos biomédicos²².

Bruno¹³ analizó la formación de los agentes desarrollada a partir de 2001, y señaló una ausencia de conocimiento por parte de los profesionales – instructores del proceso de implantación del Distrito-, de la historia de la región, de la cultura Tikuna y de los campos de las ciencias sociales y de educación. Bruno¹³ cuestiona que esta propuesta adopta las concepciones de salud de la biomedicina, ignorando las representaciones indígenas.

D)DSEI Alto Rio Negro

El DSEI Alto Rio Negro tiene 35 mil indígenas, pertenecientes a 17 etnias²³. En la década de los 80, el grupo de Salud Indígena del Núcleo de Estudios en Salud Pública de la Universidad del Amazonas (NESP/FUA) desarrolló una propuesta de formación para los AIS en esta región²⁴ pero no fue ejecutada en su totalidad. Otro proyecto del NESP, el Proyecto RASI (Red Autónoma de Salud Indígena)²⁵, realizó la capacitación de los agentes de la etnia Baniwa, con la participación de los conocedores locales de las enfermedades y formas de curación tradicionales, y de las plantas medicinales²⁶.

Garnelo y Wright²⁷ señalan que el trabajo y la formación del AIS Baniwas son conformados según las concepciones del mundo y las normas sociales del grupo. Por otro lado, lo autores identifican la expectativa de las personas de las comunidades de que los agentes dominen los saberes y recursos de la biomedicina como forma de apropiación del “poder de los blancos”²⁷.

Sobre la actuación de los agentes, Rocha¹² refiere que los enfermeros desean que ellos ejerzan un papel de facilitación del entendimiento y aceptación de las acciones técnicas priorizadas por el equipo. Y, su observación de campo mostró que los agentes se limitaban a la traducción, entrega de medicamento y servicios generales (limpieza y manutención de los espacios, traducción, alimentación y transporte) ¹².

Con relación a la formación de los agentes, se encontró¹² que se dictaron diversos cursos de corta duración, centrados en temas del saber biomédico, con falta de supervisión, sin certificación profesional y sin articulación con la elevación de la escolaridad.

En 2007, los liderazgos de la FOIRN (Federación de las Organizaciones Indígenas del Rio Negro) y del Consejo Distrital de Salud del DSEI Alto Rio Negro solicitaron a la Fundación Oswaldo Cruz, en Manaus, apoyo para la realización de la elevación de la escolaridad y profesionalización de los AIS. Esa solicitud generó la articulación de diversas

instituciones para la elaboración e implementación de la propuesta del Curso Técnico de Agentes Comunitarios Indígenas de Salud, que aún está en ejecución²⁸.

4. Discusión

Existe una diversidad en las características y en los procesos de los diversos DSEI en el país², sin embargo, estuvo presente, en los cuatro contextos, del trabajo del AIS: la incomprensión y no desarrollo de las actividades esperadas, y énfasis en actividades generales como limpieza, traducción o administración, y no en actividades de salud^{5,12,17,18,19}.

La poca claridad por parte de los agentes, gestores y profesionales (EMSI) sobre las atribuciones de los agentes, genera conflictos con el equipo (EMSI) y con la comunidad y desvaloriza su trabajo. Los estudios apuntan que los profesionales perciben a los agentes como sus auxiliares y como facilitadores de la adhesión con la comunidad en sus acciones biomédicas. Por otro lado, las comunidades desean que los agentes conozcan y desarrollen acciones de tipo curativo.

Así, observamos que los profesionales se limitan al modelo biomédico, o Modelo Médico Hegemónico, lo que dificulta la comprensión e incorporación de los agentes en las actividades de promoción y prevención en la salud, y aumenta también, la expectativa de ellos en la función curativa de tipo biomédica.

Estos datos tienen una relación directa con la situación formativa de los agentes, con respecto a la ausencia de procesos formativos iniciales y la irregularidad de esos procesos, que, cuando ocurren, hacen énfasis en los contenidos biomédicos^{13,17,19}, incluso en la propuesta de la política nacional. Asimismo, los autores en tres Distritos (Alto Rio Negro, Interior Sur y Xingu)^{12,16,19} identificaron que la demanda formativa de los agentes es a nivel de conocimientos biomédicos.

También encontramos en los resultados de las investigaciones, que los agentes no ejercen y no reconocen como suya la función de mediación entre los saberes y las prácticas biomédicas (o de los servicios), o, entre los saberes y las prácticas populares (o de las comunidades y de la medicina tradicional), como una dimensión de la implementación del modelo de atención diferenciada o interculturalidad. Los datos indican que los agentes

ejecutan un trabajo de facilitación de la implementación de la atención biomédica, aunque de forma poco calificada, poco efectiva y subordinada.

Estos datos sugieren que la biomedicina es la forma de atención que está en mayor expansión en la salud indígena brasileña. El sector gubernamental ha logrado acceder a la mayoría de las poblaciones indígenas con acciones de salud de la medicina científica, principalmente la vacunación y el uso de medicamentos, pero no ha avanzado en una propuesta de atención diferenciada o intercultural. Así, observamos, como Menéndez^{8,9,10} señala, que es el propio Sector de la Salud el que enseña y adiestra a los curadores locales y a los sujetos de las comunidades, a utilizar elementos biomédicos, como un modelo en mayor expansión en la salud indígena.

Los procesos formativos de los profesionales de salud en Brasil refuerzan esta estrategia pues están basados en la biologización del proceso salud-enfermedad- atención⁸. Así, el desconocimiento de los profesionales de salud de la cultura y del contexto indígena conlleva a la descalificación, prejuicio y estigmatización de los curanderos tradicionales, de los especialistas locales y de las estrategias de autoatención (MMA). Esta realidad dificulta la implementación de un modelo de atención diferenciado.

La situación de los AIS nos parece un reflejo de este proceso de relación hegemónica y subalternidad de los modelos de atención, con la hegemonía de la biomedicina (MMH). Sin embargo, debemos apuntar que también los sujetos y grupos desarrollan transacciones con las formas de atención de manera que manejan la biomedicina según criterios propios⁸. Así, Garnelo y Wright²⁷ y Garnelo y Buchillet²⁹ han detallado el sistema de “anclaje” que crea nuevos significados en la biomedicina y en los servicios de salud en el trabajo y en la formación del agente, que los contextualizan dentro de la cosmología Baniwa.

Conclusiones

Los resultados de las investigaciones sobre el trabajo y la formación del AIS en Brasil apuntan la importancia del análisis de las relaciones de hegemonía/ subalternidad entre los modelos de atención. En el caso de los agentes de salud, la ausencia de calificación profesional genera una desvalorización de su trabajo y su subalternidad en las

relaciones jerárquicas en los equipos, manteniendo la hegemonía de la biomedicina en el sistema. También, en los análisis del proceso formativo observamos la misma dinámica, pues prevalecen las prácticas y conocimientos biomédicos, y desvalorizándose los conocimientos y prácticas indígenas^{13,17}.

No obstante, para la discusión sobre el sistema de salud indígena desde la perspectiva de la atención diferenciada o interculturalidad, aunque para los profesionales y gestores de salud la biomedicina sea confrontante con las prácticas y conocimientos indígenas, debemos considerar que para los sujetos y grupos sociales prevalece la tendencia de integrar las diferentes formas de atención⁸. Según Menéndez, desde la perspectiva de los sujetos y grupos sociales, las dichas incompatibilidades y diferencias entre los tipos de atención o sistemas médicos se vuelven secundarias⁸. Así, hay que se reconocer en la organización de la atención en los Distritos, todas las estrategias que buscan prevenir, tratar, controlar, aliviar y/o curar una enfermedad y a los procesos de yuxtaposición y articulación de las formas de atención⁸, que no es observado en los resultados de los estudios analizados.

Proponemos un cambio del punto de vista en la discusión de atención diferenciada o interculturalidad en salud. Observamos que la mayoría de los estudios analizan y enfatizan la actuación de los profesionales de salud y del AIS en la atención diferenciada, pero consideramos que la definición de atención diferenciada propuesta por Langdon¹¹, como “la articulación entre los servicios y las prácticas de auto-atención existentes en la comunidad particular”, es muy adecuada. De ésta forma, tenemos que reflexionar sobre la auto-atención como proceso estructural y en cómo los servicios de salud y los agentes pueden relacionarse con ella^{8,9}.

Es importante destacar que si el personal de salud es el que enseña a la población a auto-atenderse, podría ser una función de los servicios de salud contribuir para mejorar las estrategias de autoatención con acciones de educación y promoción de la salud. De esa forma, sería posible pensar en la construcción del modelo de atención diferenciada con la participación de los profesionales de salud, del AIS y de la población indígena.

Referencias

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comunicação Social 10 de agosto de 2012. Brasília: IBGE [citado 27 jul 2012]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2194&id_pagina=1
2. ATHIAS, R, MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. Cad Saúde Pública 2001; 17(2):425-431.
3. LANGDON EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. En: Langdon EJ, Garnelo L, comp. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004:33-51.
4. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
5. LANGDON JE, DIEHL EE, WIJK FB, DIAS-SCOPEL RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006; 22(12):2637-2646.
6. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. A formação de Agentes Indígenas de Saúde no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasil 1999-2005. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, 2005.
7. PONTES AL, STAUFFER A, GARNELO, L. Profissionalização indígena no campo da saúde desafios para a formação técnica de Agentes Indígenas de Saúde. En:

- GARNELO L, PONTES AL comp. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012: 264-288.
8. MENÉNDEZ E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista Antropología Social* 2005;14: 33-69.
 9. MENÉNDEZ E. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. En: MENÉNDEZ E. De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009: 25-72.
 10. MENÉNDEZ E. Modelo Medico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención, caracteres estructurales. En: *Hacia una practica medica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata 86, 1983: 1-20.
 11. LANGDON, E J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. En: Baruzzi RG, Junqueira C, comp. *Parque Indigena do Xingu: saúde, cultura e histórica*. San Pablo: Terra Virgem/ Unifesp, 2005:115-134.
 12. ROCHA ESC. Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas (tesis). Manaus (AM): Universidade Federal do Amazonas, 2007.
 13. BRUNO PRA. Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil (tesis). Rio de Janeiro (RJ): Instituto Oswaldo Cruz , 2008.
 14. OLIVEIRA LSS. Formação e inserção institucional de Agente Indígenas de Saúde no Sistema Único de Saúde: um estudo de possibilidades (tesis). São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2002.

15. OLIVEIRA LSS. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. En: Baruzzi RG, Junqueira C, comp. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP, 2005:247-258.
16. MENDONÇA SBM. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: Reflexões. En: Baruzzi RG, Junqueira C, comp. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP, 2005:227-244.
17. NOVO MP. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. Rev de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar 2009; 1(1):122-147.
18. DIAS-SCOPEL RP. O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde (tesis). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.
19. LANGDON EJ, DIEHL EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc 2007;16 (2):19-36.
20. BARUZZI R. Do Araguaia ao Xingu. En: Baruzzi RG, Junqueira C, comp. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP, 2005:59-114.
21. ERTHAL RMC. O suicídio Tikúna no Alto Solimões: uma expressão de conflitos. Cad. Saúde Pública 2001;17(2): 299-311.
22. ERTHAL RMC. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. En: Coimbra Jr C, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003:197-216.

23. GARNELO L. Mito, História e representação social de Doença Sexualmente Transmissível entre os Baniwa – Noroeste Amazônico. En: Nascimento DR, Carvalho DM, Marques RC, comp. Uma História Brasileira das Doenças. Rio de Janeiro: Ed. Mauad, 2006: 24-36.
24. FIGUEROA AL, MAINBURG EMT. Formação de indígenas como agentes comunitários de saúde no Alto Rio Negro. En: Estrella E, Crespo A compo. Salud y población indígena de la amazônia. Editora TCA/Museo Nacional de medicina del Ecuador, 1993: 243-260.
25. GARNELO L. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. En: Vasconcelos EM, comp. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde. São Paulo: Hucitec, 2001:237-260.
26. GARNELO L, SAMPAIO S, LYNN G, BANIWA AF. Medicina Tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. En: Langdon EJ, Garnelo L, comp. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004:171-194.
27. GARNELO L, WRIGHT R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. Cad. Saúde Pública 2001; 17 (2):273-284.
28. GARNELO L, ROCHA E, PEITER P, SAMPAIO S, SANTOS E, PONTES AL, STAUFFER A. Formação Técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. Trab. Educ. Saúde 2009; 7(2):373-385.
29. GARNELO L, BUCHILLET D. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano Oriental) do Alto Rio Negro (Brasil). Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p.231-260, jul./dez. 2006.

CAPÍTULO 3

A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade

Introdução

Esse artigo parte do pressuposto de que o crescente debate sobre a necessidade de respeito à diversidade cultural nas sociedades contemporâneas gera implicações relevantes para a construção de um sistema de saúde público, universal e equânime, que promova a atenção integral à saúde da população.

Consideramos pertinente essa discussão no campo da saúde pública, pois se observa que a temática das diferenças culturais tem sido negada, excluída ou secundarizada pelo modelo biomédico hegemônico (MENÉNDEZ, 2003). Ainda que seja crescente o reconhecimento de que as iniquidades estão relacionadas a fatores de classe social, gênero, etnia, sexualidade, religião, idade e linguagem, a operacionalização dessas idéias gerais nas rotinas dos sistemas e serviços de saúde é ainda algo a ser feito.

Nos últimos anos, algumas políticas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família e o programa de controle das DST/AIDS têm enfatizado essas dimensões. No âmbito das relações com as minorias étnicas que vivem no país, as ações mais expressivas do Sistema Único de Saúde (SUS) foram a construção da Política Nacional de Saúde para a População Negra e a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SASI), que tem, entre seus principais objetivos a oferta de atenção diferenciada, culturalmente específica, aos povos indígenas que habitam em território brasileiro.

O presente artigo pretende refletir, a partir da ótica da integralidade, sobre as possibilidades de construção de um modelo de atenção diferenciada no Subsistema de Saúde Indígena (SASI), o qual nos parece ser um espaço privilegiado para discutir as relações entre saúde e diversidade cultural. A discussão está organizada em três partes; na primeira parte apresentamos algumas características do SASI; na segunda discutimos abordagens antropológicas dos modelos de atenção e, na terceira, uma reflexão sobre desafios para a construção do modelo de atenção diferenciada dirigida aos povos indígenas.

Reiteramos em nossa discussão que a integralidade continua sendo uma imagem-objetivo característica das políticas sanitárias, visando o reordenamento das práticas e

serviços de saúde (MATTOS, 2004). Do ponto de vista das práticas de saúde, entendemos a integralidade como um encontro intersubjetivo entre profissionais e usuários, calcado numa relação dialógica (MATTOS, 2004). Segundo Mattos (2004) para manter essa perspectiva intersubjetiva os profissionais de saúde precisam conhecer “os modos de andar a vida” dos usuários com quem interagem. Assim, “defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro” (MATTOS, 2004: 1414).

No caso do subsistema de saúde indígena, os contextos específicos em que transcorrem as vidas de seus usuários, expressam singularidades culturais que os prestadores de serviços de saúde tendem a desconhecer. Porém, um conhecimento adequado dos modos de organizar a vida nessas culturas seria uma condição necessária para o diálogo que fundamenta a integralidade.

1. O Subsistema de Saúde Indígena

A consolidação de uma política de atenção à saúde indígena no Brasil é um fato recente, pois somente a partir de 1988 o Estado brasileiro reconheceu seu caráter pluriétnico e garantiu aos povos indígenas o direito à saúde.

A implementação desse subsistema se tornou uma importante bandeira de luta do movimento pelos direitos étnicos, liderado pelas associações indígenas, com apoio de profissionais de saúde que atuam neste campo. Tal iniciativa representou também uma resposta do poder público frente a iniquidade das relações interétnicas, decorrente da violência do processo colonizador e ligada a ausência de políticas de saúde eficazes e abrangentes ofertadas pelo do Estado brasileiro. A história dos povos indígenas é marcada pelos massacres, mortes por doenças epidêmicas, expropriação de territórios e pelo não reconhecimento dos direitos nativos à auto-gestão política e cultural. Tais eventos redundaram em grande redução demográfica, elevados níveis de pobreza e situação sanitária precária, com índices morbi-mortalidade muito acima das médias brasileiras (GARNELO, MACEDO E BRANDÃO, 2003).

Nesse contexto histórico adverso, a diversidade sócio-cultural, geográfica e política dos povos indígenas, bem como suas variadas formas de contato interétnico e a heterogeneidade da implantação do SUS, tornam a construção de um modelo de atenção à

saúde, específico e diferenciado dirigido às populações indígenas, um grande desafio (ATHIAS E MACHADO, 2001).

Até 1999, a oferta de serviços de atenção à saúde para os povos indígenas ocorria de forma esporádica, desenvolvida por equipes que percorriam terras indígenas realizando assistência médica e outras ações pontuais de controle de algumas endemias. Tais ações seguiam a lógica do modelo campanhista, implantado por Noel Nutels, ainda na década de 1950, para as populações indígenas dos sertões (PAIVA, 2003). Nas décadas seguintes tal estratégia, continuou sendo desenvolvida pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), de modo cada vez mais precário e ineficiente, contribuindo para a piora das condições de saúde das populações indígenas no país.

Um dos marcos de início da atual política de saúde indígena foi I Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio (1986), que ocorreu no contexto do movimento de reforma sanitária brasileira (GARNELO, 2006a, LANGDON et al, 2006). Mas, somente em 1999, a Lei Arouca (Lei no. 9836/99) instituiu o Subsistema de Saúde Indígena e definiu que a organização da atenção se daria por redes territorializadas de saúde, na forma de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde (DSEI)⁴ operacionalizados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tornada pública em 2002, procurou assegurar o acesso a atenção integral à saúde, através da rede distrital de serviços, sob responsabilidade do gestor federal e com uma delimitação geográfica contemplou aspectos demográficos e etno-culturais. Como ocorre no SUS como um todo, a rede distrital de serviços deve contar com equipes multidisciplinares, formadas por agentes de saúde, corpo de enfermagem, médicos e odontólogos, trabalhando em articulação com os sistemas municipais e estaduais de saúde das regiões próximas (GARNELO, MACEDO E BRANDÃO, 2003).

⁴ A proposta de organização do Subsistema segue os princípios da atenção primária a saúde, apontados na Conferência Internacional de Atenção Primária à saúde realizada em Alma-Ata, em 1978. Esses princípios foram adequados aos marcos do Sistema Único de Saúde e reflexões teóricas nacionais sobre os conceitos de território, de distrito sanitário e de atenção básica, de saúde, entre outros.

2. A perspectiva antropológica dos modelos de atenção

A construção de um modelo de atenção diferenciada para o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI) pressupõe o acesso universal a serviços de saúde capazes de respeitar e valorizar as especificidades das práticas tradicionais de saúde.

Segundo Langdon (2005) a oferta de atenção diferenciada nos DSEI deveria contar com os subsídios da etnomedicina e da antropologia simbólica⁵, na busca de entender as concepções indígenas sobre o processo saúde-doença. Para esses grupos étnicos a experiência do adoecer não é um fenômeno primariamente biológico, mas um evento coletivo que requer interpretação e ação no meio sociocultural.

Dessa forma, é necessário entender e explicitar o sentido, ou o processo de construção de significados, das manifestações individuais ou coletivas da doença e do cuidado, de modo a apreender as ações das pessoas como parte inerente a um contexto social (ALVES E SOUZA, 1999). Por isso, Alves e Souza (1999: 134) destacam que a busca por cuidado “envolve tanto ações quanto discursos sobre essas ações”. Argumentam que a construção de significados não é um ato individual e sim, social; e que a enfermidade é “formada a partir de processos comunicacionais de definição e interpretação” (ALVES E RABELO, 1999: 173).

Se adotarmos essa perspectiva também aceitaremos que existem variados modos de interpretação e ação sobre o processo saúde-doença. Caberia aos profissionais de saúde entender a biomedicina como apenas uma das vias de interpretação-ação no processo saúde-doença, reconhecendo-se, por exemplo, que para os povos indígenas os episódios de doença são explicados por meio das relações sociais ou dos eventos cosmológicos (Langdon, 2005), configurando uma teia interpretativa bem distinta reducionismo biomédico.

Langdon (2005:121) enfatiza que o processo terapêutico é uma “sequência de decisões e negociações entre várias pessoas e grupos com interpretações divergentes a

⁵A antropologia simbólica considera que “a cultura emerge da interação dos atores que estão agindo juntos para entender os eventos e procurar soluções” (Langdon, 2005:118), dessa forma ela pode ser vista como uma criação dinâmica de sujeitos sociais históricos, e não como um conjunto de traços e comportamentos congelados no tempo.

respeito da identificação da doença e da escolha da terapia adequada”. Ou seja, a variedade de conhecimentos, experiências e interesses em relação a esse processo produz um campo de negociação política que institui possibilidades variadas de diagnósticos e encaminhamentos terapêuticos, desafiando os profissionais de saúde que buscam uma verdade única sobre os fatos.

Outro ponto que Langdon (2005) destaca é o reconhecimento das interações entre os diferentes sistemas médicos que coexistem nos territórios indígenas. O conceito de sistemas de cuidado em saúde (*health care system*) foi desenvolvido por Kleinman (1978), que enfatizou três deles: a) o profissional, constituído pela medicina científica, demais profissões da saúde ou sistemas médicos alternativos profissionalizados (medicina chinesa, homeopatia); b) setor *folk*, que corresponderia aos curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros terapeutas especialistas não-oficiais; e, c) o setor popular, que envolveria o campo leigo do tipo automedicação, conselho de amigos, familiares e vizinhos e outras formas de assistência mútua..

Essas reflexões acerca do processo saúde-doença apontam caminhos para pensarmos os modelos de atenção. Menéndez (2003) efetua uma releitura de Kleinman ao abordar os modelos de atenção e diz que se pode reconhecer nas sociedades latinoamericanas diversas formas de atenção à saúde, ainda que biomedicina negue, ignore ou marginalize tal diversidade. Ainda que sua taxonomia guarde semelhanças com a tipologia de Kleinman, Menendez (2003) está interessado em evidenciar o pluralismo médico, ou seja, o uso simultâneo de diversos recursos de saúde pela população, configurando o que o autor denomina de estratégias de auto-atenção.

Menéndez (2003), que valoriza a perspectiva dos usuários, conceitua como auto-atenção como:

“las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención” (MENÉNDEZ, 2003:198).

A caracterização de Menendez (2003) representa um passo à frente da tipologia estática de Kleinman, já que o conceito de auto-atenção enfatiza a dinâmica das relações entre sistemas terapêuticos – que surgem apenas justapostos no modelo de Kleinman – expressando os modos de operar do pensamento-ação dos sujeitos sociais. Ou seja, Menendez demonstra que os agentes terapêuticos instituem relações entre diversas formas de atenção, instituindo novas totalidades. Essa dinâmica ocorreria em dois níveis: a) relações estabelecidas entre as diversas formas de atenção por meio dos operadores e especialistas das mesmas; e, mais comumente, b) por relações estabelecidas entre dois ou mais tipos de atenção pelos sujeitos e grupos que buscam por cuidado (MENÉNDEZ, 2003).

Esse fenômeno, recorrente entre as populações, sugere que é no plano da ação social que se processam as interações entre as diversas estratégias de atenção, tidas como incompatíveis pelo modelo biomédico. O autor aponta ainda que esse processo de apropriação e ecletismo também ocorre por parte dos curadores e parteiras tradicionais que podem se apropriar de saberes e técnicas dos outros sistemas de cura e cuidados, entre os quais a biomedicina, e tomá-los como parte intrínseca do tratamento. Trata-se de um modo de atuação oposto ao da biomedicina, a qual se legitima por meio do reforço à diferença e da exclusão dos demais saberes.

Reforçamos que todos esses sistemas de atenção são construídos social e culturalmente, mas mantêm, entre si, relações desiguais de poder; dado que a biomedicina é a forma de atenção que mais se expande no mundo contemporâneo (MENÉNDEZ, 2003).

O biologicismo da biomedicina – um dos produtos da racionalidade científica moderna, fundada na fragmentação e na exclusão das dimensões históricas, sociais e culturais do processo saúde-doença-cuidado – opera, nesse caso, de modo quase inverso à tendência aglutinadora dos sistemas de auto-atenção (PINHEIRO E LUZ, 2003).

Nesse contexto, a cultura tornou-se um dos campos sociais excluídos nas abordagens biomédicas. Em consonância com a perspectiva higienista, os fatores culturais foram identificados basicamente como aspectos negativos, ou como crenças infundadas, que obstaculizam a adesão à propostas de intervenção biomédica como o planejamento familiar ou uso de preservativos. Em consequência, é comum que as equipes de saúde considerem-se com a obrigação de empreender mudanças culturais no sentido de

“modernizar” os saberes populares ou, pelo menos, de criar mecanismos administrativos ou médicos que possam acelerar essa modificação (MENÉNDEZ, 2003).

Se retomarmos as supracitadas premissas de Matos (2004), que concebe a relação terapêutica como um diálogo intersubjetivo, que só poderá ser plenamente desenvolvido quando a referido a contextos sociais que lhe confirmam sentido, veremos que o entendimento dos modos de andar a vidamuito se beneficiará de abordagens antropológicas que ampliem a compreensão dos modos como os sujeitos atribuem significado e produzem estratégias de enfrentamento dos seus problemas de saúde. Ademais, a análise proposta por Menendez (2003) aponta para um sentido da integralidade ainda pouco explorado, que são as maneiras como eles se organizam, segundo o ponto de vista dos sujeitos. A busca de uma perspectivaêmica facilitará o entendimento de como os diversos sistemas terapêuticos se articulam redundando em práticas de auto-atenção, que congregam também os modos de operar dos sistemas oficiais de saúde.

3. A construção do modelo de atenção diferenciada em saúde indígena e a integralidade

A Política de Saúde Indígena prevê a oferta de atenção diferenciada e adaptada às singularidades culturais da população a ser atendida. Ainda que esse seja um dos princípios orientadores dessa política, os documentos oficiais não descrevem com clareza o teor de tal diferenciação. Langdon, importante estudiosa do tema, propôs a seguinte conceituação de atenção diferenciada: “articulação entre estes [serviços de saúde] e as práticas de auto-atenção existentes na comunidade particular” (LANGDON,2005:42).

No caso de provisão de assistência a populações indígenas, faz-se necessário considerar certos aspectos internos a essas culturas, tais como suas cosmologias, organização social baseada no parentesco e língua mãe distinta da língua portuguesa. A essas dimensões da vida se associam uma história de exclusão social e violência que data do início da colonização. Em função disso, Langdon (2005) elege a abordagem antropológica como uma ferramenta capaz de orientar a ação sanitária. A autora discute três implicações desse enfoque para a construção de um modelo de atenção diferenciada, que também consideramos fundamentais para a construção da integralidade.

O primeiro seria a necessidade dos profissionais relativizarem a visão da biomedicina sobre o processo saúde doença, elegendo o contexto sociocultural como elemento fundamental na compreensão dessa dinâmica. Assim, os profissionais de saúde precisariam se apropriar das noções sobre doença e cura das populações indígenas, as quais são congruentes com sua visão de mundo e sistemas cognitivos, operando por padrões lógicos muito distintos daqueles priorizados nos enfoques biomédicos.

A segunda implicação priorizada por Langdon (2005) seria a necessidade de aproximação com o método antropológico, para melhor ouvir e compreender as narrativas dos povos indígenas. Ou seja, é necessário que os profissionais de saúde conheçam os modos de vida e as formas de auto-atenção das pessoas que atendem e que valorizem as vivências e explicações dos usuários sobre seu adoecimento. Ou seja, para lidar com modos de vida distintos daqueles produzidos pela cultura hegemônica os profissionais de saúde precisariam incorporar novos modelos explicativos, mais amplos e complexos, dos processos saúde/enfermidade/cuidados, superando a limitada abordagem monodisciplinar e etnocêntrica, que costuma orientar as práticas sanitárias no SUS (GARNELO E LANGDON, 2005.)

Um último ponto, dentre os apontados por Langdon (2005), seria o reconhecimento de que as intervenções médicas são também relações de poder, exercidas não apenas na relação médico/paciente, mas também na interação entre povos indígenas subalternizados e agentes da sociedade nacional hegemônica. Tais assimetrias repercutem na relação biomedicina/práticas tradicionais de cura e cuidados, inviabilizando a possibilidade do diálogo necessário à escuta e ao cuidado integral à saúde.

Do ponto de vista da articulação dos diferentes sistemas médicos (biomédico e tradicional indígena), autores como Fóller (2004) utilizam o termo “intermedicalidade” para discutir as conexões que se estabelecem entre os sistemas terapêuticos distintos, aí incluídas as práticas de auto-atenção. A intermedicalidade se refere às negociações de sentido feitas pelos sujeitos, que, frente ao sofrimento lançam mão de variadas práticas médicas, em busca de alívio para o sofrimento. Ali, o campo da saúde é reconhecido como polissêmico, alimentado por diversas tradições, que não se opõem, mas são apropriadas e reinterpretadas pelos sujeitos, em processos modulados pelos contextos locais e nacionais pela história de contato, além das políticas públicas dirigidas aos indígenas (GIL, 2007).

Em suma, os indígenas assumem posturas ativas, apropriando-se de elementos da medicina científica para desenvolver um processo de hibridização cultural.

“Uma distinção entre medicina tradicional e biomedicina como dois sistemas contrapostos e diferentes, estranhos e excludentes entre si, não dá conta da forma como esses grupos (indígenas) experienciam e usam os recursos terapêuticos ao seu alcance. A biomedicina passou a formar parte do “mundo vivido” nativo “. (GIL, 2007:59)

Langdon (2005) afirma que em áreas indígenas a rejeição à biomedicina não é um problema ou desafio para os profissionais, pois ela é recebida positivamente pelos povos indígenas. Ressalva, porém, que isso não implica numa mudança da cosmovisão explicativa do processo saúde-doença. A autora ressalva que em situações de intermedicalidade os indígenas tendem a manter suas taxonomias e nexos causais, utilizando o arsenal terapêutico da biomedicina mais como uma alternativa para a supressão mais veloz dos sintomas. Dessa forma, nos territórios indígenas observa-se uma coexistência produtiva entre os sistemas biomédico e nativos, com grande permeabilidade nos limites entre eles (LANGDON, 2005:45).

Um olhar mais detido sobre as nuances do pensamento indígena pode auxiliar no entendimento do porque as coisas se passam dessa maneira. Uma das características mais importantes dos sistemas explicativos de saúde e de doença produzidos nas culturas indígenas é que estes operam segundo os princípios do pensamento mítico.

Lévi-Strauss (1993, 1975) aponta como característicos do pensamento mítico a capacidade de ser, simultaneamente analítico e sintético, e de combinar e recombinar seus elementos constitutivos, efetuando transmutações dos sentidos que possam assumir, sem que haja uma alteração essencial em sua estrutura.. A plasticidade do pensamento mítico permite que seus praticantes atualizem, no tempo presente, explicações de origem e fundamentos da existência de objetos e eventos, mesclando o passado e o presente num nexo explicativo único, mediante uma dinâmica que o autor chama de trans-histórica.

Tais características do pensamento mítico – que Lévi-Strauss chama de pensamento “selvagem”– não desapareceram da história humana. Elas coexistem com o pensamento domesticado pela escrita e pela ciência, assumindo maior proeminência em culturas menos permeadas pela métrica instituída pelo saber acadêmico, como é o caso das sociedades

indígenas. Assim, a provisão de atenção à saúde a tais minorias étnicas precisa levar em conta como é construído o significado do processo saúde-doença, o que implica, por sua vez, nas formas de interpretação e uso nativo dos recursos de biomedicina, colocados a seu dispor nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Em estudo desenvolvido entre indígenas da região do Alto Rio Negro, noroeste amazônico, Garnelo (2006b) demonstrou como operavam a circulação e interpretação de saberes e práticas de controle das doenças sexualmente transmissíveis entre membros da etnia Baniwa, nos moldes do pensamento mítico. A autora encontrou ali uma complexa situação de intermedicalidade, na qual as narrativas míticas operavam como sistema de partida e de acolhimento das informações sobre etiologia, clínica e mecanismos de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis. Em consequência, assumiam conotações muito distintas das explicações contidas nas mensagens educativas oriundas dos sistemas de saúde.

De forma congruente com os modos de operar do pensamento “selvagem” as explicações biomédicas sobre as doenças sexualmente transmissíveis foram incorporadas pelos Baniwa a um conjunto de eventos míticos que remetem a conflitos de gênero. Nos tempos ancestrais, as guerras entre homens e mulheres teriam gerado doenças com sintomas semelhantes aos de doenças sexualmente transmissíveis, como a gonorréia, com a qual os Baniwa teriam tido contado somente nos últimos 30 anos. A constelação sintomática semelhante teria levado a uma associação analógica entre eventos de natureza distinta, formando um novo repertório explicativo desses agravos.

Porém as diferenças de atribuições causais do problema (agressão mágica feita pelas mulheres *versus* ação de microorganismos nos órgãos genitais gerando tipos específicos de lesões) teriam implicado, por um lado, em retardo na busca de tratamento biomédico (dado que remédios poderiam amenizar os sintomas, mas seriam incapazes de resolver os conflitos entre homens e mulheres). Por outro, teria facilitado as ações de prevenção, pois no entendimento Baniwa as DSTs, como quaisquer outras doenças, são vistas como eventos socialmente determinados e cujo controle exige ampla intervenção nas formas de interação dos membros da sociedade, não podendo ser solucionáveis apenas mediante exames e medicamentos. Ou seja, para os Baniwa, a explicação do processo saúde-doença é necessariamente ampla e totalizante, envolvendo inúmeros aspectos da vida social, e mesmo a cosmológica. Ela igualmente demanda intervenções voltadas para o

reordenamento daquilo que os sanitaristas chamariam de “modos de andar a vida”, aos quais se atribui a origem última dos agravos em geral.

Este exemplo permite ilustrar as singularidades de pensamento e ação de grupos étnicos alvo de interesse da atenção diferenciada. Para além das considerações sobre a veracidade ou falsidade da interpretação Baniwa de doença, cabe entender que tal interpretação dos eventos orienta as respostas sociais a eles e a outros problemas de saúde que o grupo enfrente. Assim, o conhecimento das cosmologias dos grupos indígenas – aqui entendidas como um contexto geral que confere inteligibilidade aos sentidos atribuídos ao processo saúde-doença – torna-se um requisito imprescindível para a atuação dos profissionais de saúde no subsistema de saúde indígena com vistas à provisão da integralidade da atenção.

Ressurge então a importância da realização de pesquisas antropológicas, dados o desconhecimento, pelas equipes multiprofissionais, sobre o acervo de conhecimentos, dos valores e dos cotidianos e das populações que atendem, bem como das formas de utilização da medicina ocidental por essa população, ou de quais outras estratégias utilizadas para resolver problemas de saúde (ERTHAL, 2003). Ressalve-se que tal limite não se restringe ao subsistema de saúde indígena, mas que é uma situação corrente também na interação entre os profissionais de saúde e populações não indígenas, cujos modos de vida são largamente ignorados pelos planejadores e executores das ações de saúde. A busca de informações sistemáticas sobre a vida cotidiana dos usuários poderia fornecer um inestimável subsídio para a construção de um modelo de atenção integral à saúde.

Considerações Finais

O processo de distritalização da atenção a saúde indígena tem ocorrido de forma desigual nas diversas regiões do país, em função das características peculiares encontradas em cada área indígena, que comportam grande diversidade sócio-cultural, geográfica e política. O fenômeno também está ligado às diferentes formas de contato interétnico e à heterogeneidade da implantação do SUS nos municípios circunvizinhos aos DSEI, produzindo um mosaico com múltiplos atores políticos que contribuem para esta heterogeneidade (CHAVES et al, 2006, ATHIAS E MACHADO, 2001).

A construção do modelo de atenção a saúde indígena nos impulsiona rumo à superação das formas reducionistas de compreender e discutir as políticas de saúde. Assim, ao “ampliar o horizonte de problemas a serem tratados pela política” nos aproximamos da imagem-objetivo da integralidade (MATTOS, 2001:59).

Diversos autores apontam dificuldades e problemas na organização dos serviços e das práticas de saúde nos distritos sanitários, que parecem comprometer a atenção diferenciada e a integralidade. Para estudiosos como Erthal, os DSEI ainda

“tem se pautado (...) pela adoção de um modelo que, a par da sobrevalorização de conhecimentos e recursos externos a essas comunidades, desconhece os modelos locais e recursos internos que podem ser acionados para a resolução de problemas específicos de saúde/doença, vinculados a modelos culturalmente diferenciados de entendimento dos processos de adoecimento/sofrimento e cura” (ERTHAL, 2003:198).

Gostaríamos de finalizar destacando que a discussão sobre a atenção diferenciada é uma ferramenta que pode contribuir para a construção da integralidade no SUS. Ainda que seja um tema pouco explorado na literatura, ele se reveste de importância, por evidenciar a necessidade de entendermos as articulações que se dão entre o sistema oficial de saúde e os demais sistemas terapêuticos adotados pela população (seja indígena ou não). Ela também permite demonstrar a amplitude e importância das práticas de auto-atenção como via autônoma de acesso à cura e cuidados pela população (MENÉNDEZ, 2003). A partir desse enfoque poderemos avançar mais no entendimento da relação entre os discursos e práticas dos usuários e dos profissionais de saúde, de modo a ampliar o escopo da noção de necessidades de saúde e aprimorar a construção da integralidade da atenção.

Referências Bibliográficas

ATHIAS, R e MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

BRUNO, PRA. Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil. Tese de doutorado apresentada no Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

CHAVES, MBG, CARDOSO, AM e ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base de Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):295-305, fev.2006.

DIAS-SCOPEL, RP. O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde. Dissertação de mestrado defendida no Programa de Pos-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

ERTHAL, RMC. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: Coimbra Jr, C; Santos, RV, Escobar, AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p197-216.

FOLLÉR, ML. Intermedicalidade: A zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Esther Jean Langdon e Luiza Garnelo (Orgs). Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 129-147, 2004.

GARNELO, L Políticas de Saúde Indígena na Amazônia: Gestão e Contradições. In: Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural. Elenizes Scherer e José Aldemir de Oliveira (orgs.) Rio de Janeiro: Ed Garamond LTDA, p. 133-160, v. 1, 2006a.

_____. Mito, História e Representação Social de Doença Sexualmente Transmissível entre os Baniwa do Noroeste Amazônico. In: Nascimento DR; Carvalho DM; Marques RC (orgs.). Uma História Brasileira das Doenças. RJ: Mauad X, pg. 24-36, 2006b.

GARNELO, L; LANGDON, EJ. A Antropologia e a Reformulação das Práticas Sanitárias na Atenção Básica à Saúde In: Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina. Maria Cecília Minayo e Carlos EA Coimbra Jr (orgs.). p.133-156. Rj: Ed. Fiocruz, 2005.

GARNELO, L; MACEDO, GM & BRANDÃO, LC. Os povos indígenas e a construção das políticas públicas de saúde no Brasil. Brasília: Ed. OPAS, 2003.

GIL, L P. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.48-60, 2007.

LANGDON, E J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica. Roberto G. Baruzzi e Carmen Junqueira (orgs). São Paulo: Terra Virgem/ Unifesp, 2005.

LANGDON, EJ e DIEHL, EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.

LANGDON, EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Esther Jean Langdon e Luiza Garnelo (org.). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

LANGDON, JE; Diehl, EE; Wiik, FB; Dias-Scopel, RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646, dez, 2006.

LÉVI-STRAUSS, C. Mito e Significado. Lisboa: Edições 70, 1993.

_____. A Estrutura dos Mitos. In: Antropologia Estrutural. Claude Lévi-Strauss. Rio de Janeiro: Ed Tempo Brasileiro, p. 237-266, 1975.

MATTOS, R. A integralidade na prática (ou a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MENDONÇA, SBM. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: Reflexões. IN: Baruzzi, RG e Junqueira, C. (orgs). Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP, 2005.

NOVO, M.P. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. IN: Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar, v.1, n.1, p.122-147, 2009.

OLIVEIRA, LSS. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. IN: Baruzzi, RG e Junqueira, C. (orgs). Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP, 2005.

PAIVA, CHA. A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, vol.10, n.3, p. 827-851, 2003.

PINHEIRO, R; LUZ, MT. Práticas Eficazes X Modelos Ideiais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, p. 7-34, 2003.

CAPÍTULO 4:

A organização do modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/Amazonas

1. Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi), aprovada em 2002, incorporou princípios estabelecidos na I Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio (1986), que previam a implantação de um “modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços — voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde” (1 p.6). Em termos organizacionais, a rede de serviços é caracterizada pela implantação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cujo objetivo é oferecer atenção integral à saúde desses povos.

Nos Dsei, o modelo de atenção deve ser operacionalizado, em um primeiro nível, pela atuação da equipe multidisciplinar de saúde indígena (EMSI), tendo como base trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nas comunidades. Os polos-base — unidades de saúde de primeira referência para os AIS — devem contar com a presença de enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e médicos. Delega-se para a Casa do Índio (Casai) o apoio aos casos que demandem atenção de média e alta complexidade. A Casai é um local de referência para articulação com os demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) fora das terras indígenas. Assim, a organização dos DSEI prevê diferentes níveis de resolutividade intradistrital, que devem se articular com outros serviços da rede SUS.

Teixeira (2) analisa os modelos de atenção assinalando o predomínio de três dimensões que se complementam: a) dimensão gerencial; b) dimensão organizativa; c) dimensão propriamente técnica, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho.

A dimensão técnica é um tema preponderante nas análises sobre modelo de atenção no SUS. É o caso de Paim (3), que entende o modelo de atenção como:

“formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas”(3 p.476-477).

Esse autor não nega, mas não reafirma a pluralidade dos contextos e formas de interação que possam ocorrer entre profissionais de saúde e usuários, em termos das práticas sanitárias.

Ayres (4), que também não tratou da realidade indígena, reconhece que o diálogo entre perspectivas instrumentais e estratégicas é um elemento revitalizador das práticas de saúde e indica que as tensões entre os princípios que ordenam as linhas de cuidado podem ser resolvidas pela flexibilização no uso das tecnologias, na busca de um horizonte compartilhado entre as diferentes formas de atenção. Para o autor, trata-se de incorporar a idéia de que a diversidade (social, de organização das práticas em saúde, da efetivação do cuidado e outras) pode ser elemento de sinergia das ações de saúde, em contraponto ao empobrecimento gerado pela “uniformidade em uma unidade coercitiva” que vem ocorrendo em diversos âmbitos do SUS, principalmente a partir da extensão da Atenção Primária à Saúde (APS) em território nacional. O caminho indicado por Ayres reconhece a possibilidade de diálogo entre a diversidade de estratégias de implementação das ações de saúde, seja no plano conceitual, seja no plano instrumental, possibilitando “compartilhar horizontes práticos de interesse comum” (4 p.13).

A aplicação da noção de modelos de assistência — um produto do sistema de saúde não indígena — enfrenta particular dificuldade na operacionalização de uma diretriz fundamental da Pnspi: a da atenção diferenciada. Tal diretriz, que não encontra equivalente na experiência do SUS, visa adequar a prestação de serviços à variabilidade das culturas indígenas, prevendo a inclusão de racionalidades médicas diversificadas. Embora proponha a organização de um modelo de atenção sensível à diversidade cultural, a Pnspi não apresenta uma definição clara de atenção diferenciada.

Os autores (5-7) entendem que a diferenciação da atenção é relativa ao reconhecimento do pluralismo médico e da diversidade das sociedades indígenas. Se aceita, tal premissa implica a necessidade de diversificar os modelos de atenção nos DSEI e, conseqüentemente de todas as atividades que buscam prevenir, tratar, controlar, aliviar ou

curar os adoecimentos e sofrimentos percebidos pelos indivíduos (8-10). Entretanto, a busca nas bases bibliográficas não identificou a existência de publicações que analisassem o modelo de assistência e as práticas de atenção à saúde com base nas premissas da diferenciação da atenção.

Neste artigo será analisado o modelo de atenção da Pnspi e sua operacionalização no DSEI Alto Rio Negro (DSEIRN), Amazonas, à luz da diretriz que preconiza o respeito à diversidade cultural. Essa temática será investigada sob três perspectivas: a) da formulação dessa diretriz na Pnspi; b) da organização da atenção oferecida pelo DSEIRN em duas comunidades; c) do uso, feito pelos usuários indígenas, das formas de atenção disponíveis nas comunidades, a partir de itinerários terapêuticos (11-12).

A análise focará a dimensão técnica do modelo de atenção, tal como referida por Teixeira (2), adotando como ponto de partida o conceito de proposto por Paim (3) e ampliado pela noção de diversidade sinérgica de Ayres (4). Será contemplada a perspectiva antropológica de Menéndez (8-10) sobre modelos de atenção visando incluir todas as estratégias empregadas pelos indivíduos para lidar com os adoecimentos ou sofrimentos. Para discutir as relações de poder entre as diferentes formas de atenção, se utilizará a noção de poder simbólico de Bourdieu (13-14).

2. Metodologia

2.1. Marco Teórico

Neste artigo toma-se como referência o supracitado debate sobre modelos de atenção no SUS (2-4) para discutir as propostas de atenção da saúde indígena estabelecidas pela Pnspi e sua implementação em duas comunidades do DSEIRN, aqui tomadas como estudo de caso (15-16).

Para a análise, adota-se a perspectiva antropológica de Menéndez (8-10), que incorpora tanto as diversas práticas sanitárias autônomas da população quanto as práticas dos serviços oficiais de saúde nos itinerários terapêuticos, entendidos como os percursos percorridos pelas pessoas em busca por cuidados de saúde (11-12).

Menéndez (9-10) identifica que os sujeitos e/ou grupos sociais utilizam potencialmente as seguintes modalidades de atenção, que não são excludentes ou incompatíveis:

- f) Biomedicina ou medicina científica;
- g) Popular e tradicional: envolvem os curandeiros e especialistas de ervas, xamãs, benzedeiros e grupos religiosos;
- h) Alternativas, paralelas ou *new age*: novas religiões curativas do tipo comunitárias;
- i) Outras tradições médicas acadêmicas;
- j) Centradas na autoajuda: associações e grupos de portadores de patologias.

Menéndez considera que é por meio da autoatenção que os sujeitos e os grupos geram articulações entre essas modalidades. A autoatenção é um conceito-chave desse autor, e é entendida como

“as representações e práticas que a população utiliza a nível de sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais” (9 p.54).

Menéndez (8) aponta o processo de apropriação das técnicas dos outros sistemas médicos e a legitimação da biomedicina como a forma de curar mais idônea, o que mantém a sua hegemonia e a subalternidade das demais formas de atenção.

Neste estudo entende-se que as disputas simbólicas entre os diversos modos de intervenção no processo saúde-doença subjacentes ao conceito de modelo de atenção, podem ser interpretadas como manifestações do poder simbólico, tal como concebido por Bourdieu (13-14). Para ele o poder implica o controle dos bens simbólicos e das lutas estabelecidas em torno do direito de nomear e interpretar a realidade e, assim, é entendido como luta de classificação (17). Essas lutas se expressam na disputa pela legitimação de formas específicas de ver o mundo, criando ou modificando categorias de percepção, as quais os grupos de poder na sociedade tentam tornar hegemônicas e generalizáveis ao corpo social.

Para Bourdieu, as ferramentas de conhecimento e de comunicação são sistemas simbólicos, e como tal contribuem para a reprodução social e podem ser instrumentos de

imposição ou de legitimação da dominação. Nesse sentido, optou-se por analisar as relações assimétricas de poder entre as formas de atenção a partir das contribuições desse autor.

2.2. Contexto Local do Estudo

O trabalho de campo foi realizado em duas comunidades indígenas do povo Baniwa da região do Baixo Içana, adscritas ao DSEIRN, que serão chamadas de Açaí e Buriti. Os principais informantes e tradutores foram quatro AIS que atuam nessas comunidades. Todos os nomes utilizados são fictícios.

A comunidade Açaí, católica, tem 245 habitantes, e a comunidade Buriti, evangélica, tem 169 habitantes; ambas têm acesso exclusivamente fluvial e são formadas basicamente por grupos de parentes, seguindo o padrão tradicional de moradia da região.

O DSEIRN situa-se no noroeste do estado do Amazonas, com atuação nos municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcellos, sendo responsável pela atenção à saúde de cerca de 25 mil indígenas distribuídos em cerca 700 povoações (18). Essa população se diversifica em 17 povos falantes de idiomas de três troncos linguísticos — Arawak, Tukano e Maku — além da língua geral (Nheengatu). As condições de vida são marcadas pela extensa bacia hidrográfica do Rio Negro e seus afluentes, como o rio Içana, em cujo curso se assentam os aldeamentos estudados.

A área do Baixo Içana encontra-se entre a foz do rio Içana e a aldeia de Tunuí, com assentamentos predominantemente da etnia Baniwa, falantes da língua Nheengatu. A maior proximidade com a cidade de São Gabriel da Cachoeira (SGC) propiciou um processo de colonização mais contundente, intensa atuação de missões evangélicas e católicas e outras agências da sociedade nacional, que acentuaram as transformações da sociedade tradicional Baniwa (19).

2.3. Técnicas de pesquisa

Essa é uma pesquisa qualitativa, interessada no “ponto de vista do ator” como produtor de sentidos (15, 20,21). As principais técnicas utilizadas para coleta de dados foram: a) observação participante, na modalidade participante-como-observador (22,23); b) entrevistas gravadas com roteiro semiestruturado (24-26) com agentes indígenas de saúde;

c) registro sistemático em caderno de campo; d) análise documental (27-29). A pesquisa foi aprovada no Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 0058.0.031.000-11).

A observação participante compreendeu o acompanhamento, durante 40 dias consecutivos, das atividades coletivas das comunidades e das desenvolvidas pelos AIS no seu trabalho cotidiano. A partir dessas informações procurou-se reconstituir alguns itinerários terapêuticos dos usuários indígenas.

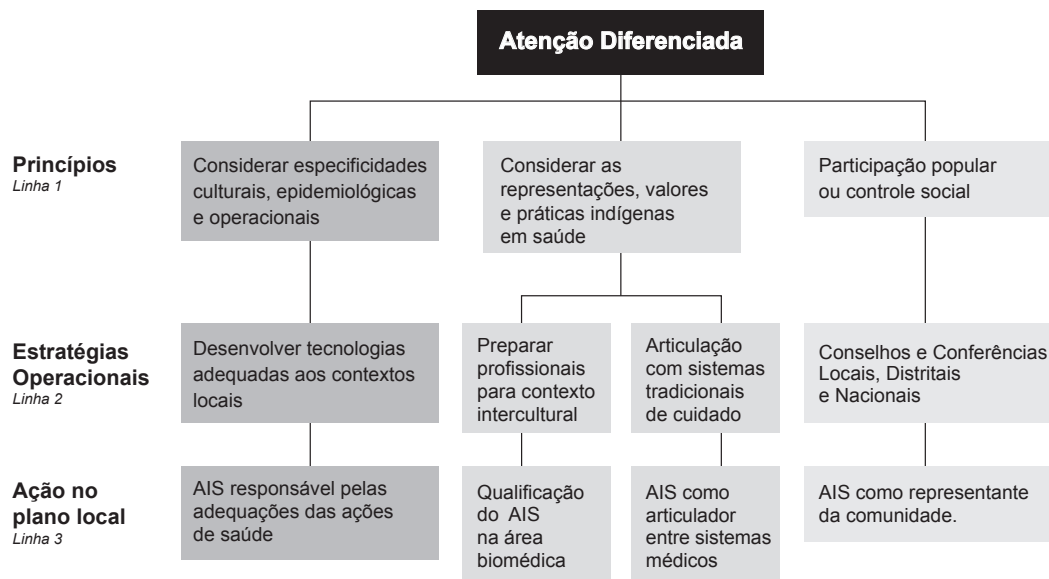
Também foram incluídas como dado de observação participante experiências acumuladas ao longo dos cinco anos de vivência profissional no desenvolvimento de projeto de formação técnica dos AIS do DSEIRN, em reuniões e conversas informais com gestores, comunitários, profissionais e AIS.

As entrevistas realizadas com os AIS das duas comunidades priorizaram temas ligados às trajetórias de formação e ao cotidiano do trabalho. A análise documental englobou documentos oficiais da política nacional da saúde indígena.

3. Resultados e Discussão

A partir da análise da Pnaspi (1), do diálogo com a literatura e dos dados coletados na pesquisa, elaboramos uma síntese, representada na Figura 1, dos seguintes elementos: na 1ª linha, dos princípios atribuídos à atenção diferenciada; na 2ª linha, das estratégias operacionais sugeridos pela Pnaspi; na 3ª linha, de como tem ocorrido a ação no plano local, que enfatiza a atuação do AIS.

Figura 1: Síntese dos princípios, das estratégias operacionais e das ações no plano local atribuídos ao modelo de atenção diferenciada identificados na PNASPI (2002) e na literatura.



Fonte: Elaboração das autoras, 2013.

Na leitura da PNASPI é possível apreender três princípios organizativos do modelo de atenção relacionados com a atenção diferenciada. O primeiro deles se refere a levar “em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (1 p. 6)”, sendo operacionalizado mediante o desenvolvimento e uso de “tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços” (1p.6).

O segundo princípio sustenta a proposição de que, para a organização do modelo, deve-se levar em consideração os “sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas” (1p. 8); desse modo, indica como estratégias operacionais a preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto intercultural e a articulação com os sistemas tradicionais de saúde.

Consideramos como o terceiro princípio a participação das lideranças e organizações indígenas e indigenistas na formulação, gestão e execução do sistema de saúde indígena por meio da estruturação de conselhos e conferências. Para além da realização do controle social, essas estruturas pretenderiam garantir a especificidade e adequação cultural das políticas e ações executadas nos Distritos.

Dados os termos da Pnspi, observa-se que a atenção diferenciada propõe adequar tecnologias e atuação profissional — entendidos como partes constitutivas do modelo de atenção (3) — às singularidades culturais da população atendida. É dessa forma que a política expressa a intenção de garantir a diferenciação da atenção da saúde indígena.

Ou seja, na Pnspi, a concepção de atenção diferenciada dirige-se ao plano da atuação técnica focal, segundo a análise dos modelos de atenção proposta por Teixeira (2). Nessa perspectiva, a atenção diferenciada não é entendida como elemento estruturante — nem na dimensão gerencial e nem na organizativa — dos DSEI.

Tomando-se as premissas de Bourdieu para análise da política de atenção à saúde indígena, é possível afirmar que, para além de questões estratégicas e operacionais, a atenção diferenciada coloca em questão diferentes visões de mundo que estão em disputa (13, 14).

Na Pnsapi, a ênfase nas dimensões técnicas da atenção diferenciada também pressupõe a naturalização da idéia de que a mera presença de indígenas nesse modelo — representados, no caso, pelos AIS — seria capaz de garantir a diferenciação da atenção. Isso pode ser percebido pela importância atribuída, no texto da política, à participação de indígenas no sistema e, principalmente, pelo modo como é discutida a inserção dos AIS nesse modelo.

Os documentos oficiais que tratam da atuação dos AIS no subsistema de saúde indígena descrevem de forma genérica suas tarefas, tais como: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças, das gestantes e de pacientes crônicos; atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária); primeiros socorros; promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; acompanhar a vacinação; supervisão de tratamentos de longa duração (30).

As tarefas elencadas são atribuíveis a qualquer agente de saúde e não expressam a singularidade da condição étnica dos AIS e nem da especificidade da atenção. No texto da

política observa-se o entendimento de que o pertencimento étnico do AIS seria condição suficiente para garantir a diferenciação na atenção. Nesse sentido, ignora dimensões contextuais — como, por exemplo, as hierarquias profissionais — que, em grande medida, definem limites para o alcance da atuação de um membro da equipe multiprofissional reconhecidamente de menor qualificação formal.

Assim, nem na Pnaspi e nem em outros documentos oficiais revisados encontrou-se o detalhamento do que se pretende que os AIS executem a partir de suas atribuições profissionais e de como se daria a operacionalização da atenção diferenciada nas aldeias, de modo a caracterizá-la como a de um profissional que atue em contexto culturalmente específico.

Ainda nas proposições da Pnaspi constata-se que as principais ações locais referidas à atenção diferenciada estão focadas no trabalho do AIS (Figura 1, linha 3). A relevância desta caracterização também se reflete na produção científica relativa ao tema, na qual identifica-se que:

- O papel de mediação ou elo entre as comunidades, suas práticas locais e os sistemas de saúde é principalmente atribuído ao AIS (31- 33; 6);
- Existe falta de preparação dos profissionais para atuação no contexto intercultural. No caso dos AIS, quando tal preparação ocorre, limita-se a uma formação biomédica (34, 35, 6);
- Percebe-se uma fusão de papéis do AIS, como representante das comunidades, exercendo o controle social, e como prestador de serviços (36, 6);
- Ocorre restrição do princípio da especificidade cultural das ações e tecnologias do sistema ao trabalho do AIS, a quem caberia garantir a aceitação e implementação local das ações da equipe de saúde (36, 37). Ou seja, nestas circunstâncias a atuação do AIS seria de domesticar e adequar o usuário indígena às normas e rotinas adotadas pelo subsistema, as quais, via de regra, são carregadas de etnocentrismo.

Visando discutir como esse modelo de atenção diferenciada tem sido implementado, apresentaremos a organização do mesmo em duas comunidades indígenas do DSEIRN.

3.1. A organização da atenção em duas comunidades do DSEIRN

O modelo de atenção dos DSEI é representado em documentos oficiais, desde sua criação, pelo seguinte diagrama:

Figura 2 – Organização do modelo de atenção no DSEI, 2012.



Fonte: Secretaria Especial de Saúde Indígena/Ministério da Saúde (Sesai/MS), 2012.

Essa representação visual apresenta fluxos e recursos de saúde que buscam demonstrar o funcionamento dos DSEI. Identificam-se como recursos os postos de saúde nas comunidades indígenas onde atuam os AIS; o polo-base, local de atendimento da equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e odontólogo); e, em seguida a Rede SUS e a Casai.

Observam-se fluxos que unem as comunidades indígenas aos polos-base, e entre polos-base, Casai e Rede SUS. Embora no modelo tais fluxos não estejam caracterizados, é possível deduzir que expressam a circulação dos usuários indígenas. Apesar de a diretriz da atenção diferenciada referir à articulação com os sistemas tradicionais de cuidado, estes não aparecem no diagrama.

O trabalho de campo desenvolvido procurou analisar a operacionalização desse modelo nas duas comunidades estudadas, levando em consideração a diversidade das tecnologias (4) e todas as formas de atenção utilizadas pelos indivíduos para enfrentar seus problemas de saúde (9,10).

Os recursos de saúde encontrados nas duas comunidades abrangiam os cuidados domésticos/familiares, que se referiam ao uso de plantas medicinais, e/ou dietas e automedicação com remédios industrializados, manipulados pelos membros das famílias. A estes podiam ser adicionados outros recursos existentes nas próprias aldeias, como os terapeutas tradicionais indígenas e/ou os AIS. O corpo de agentes de saúde era formado nessa região por três AIS (um voluntário e dois contratados) na comunidade Açaí e um AIS contratado na comunidade Buriti; todos atendiam nos domicílios, pois não existiam postos de saúde. Com relação aos terapeutas indígenas, na comunidade de Açaí foram referidos vários, e em Buriti somente um.

Excepcionalmente nessa região, existia uma unidade de saúde na comunidade Açaí: um ambulatório da missão salesiana, que funcionava de modo paralelo ao DSEIRN, com uma médica-missionária, dois técnicos de enfermagem e uma microscopista.

Quando as medidas locais não se mostravam eficientes para a resolução dos problemas, as famílias podiam autonomamente recorrer à terapeutas tradicionais indígenas de outras comunidades ou pedir aos AIS que solicitassem à sede do DSEIRN, por radiofonia, orientação sobre procedimentos ou remoção do doente para a cidade. Por vezes, AIS de outras comunidades ou ex-agentes também eram procurados pelas famílias.

Idealmente, o primeiro apoio aos AIS seria o atendimento feito pelas equipes multidisciplinares de saúde do polo-base mais próximo; entretanto, a permanência de médicos e enfermeiros em área indígena carecia de continuidade e, em consequência desse fato, com frequência ocorria a remoção do enfermo para os serviços sediados na cidade. Observamos que o grau de resolutividade intradistrital disponibilizado pelo DSEIRN era muito baixo e dependente, principalmente, da ação dos AIS.

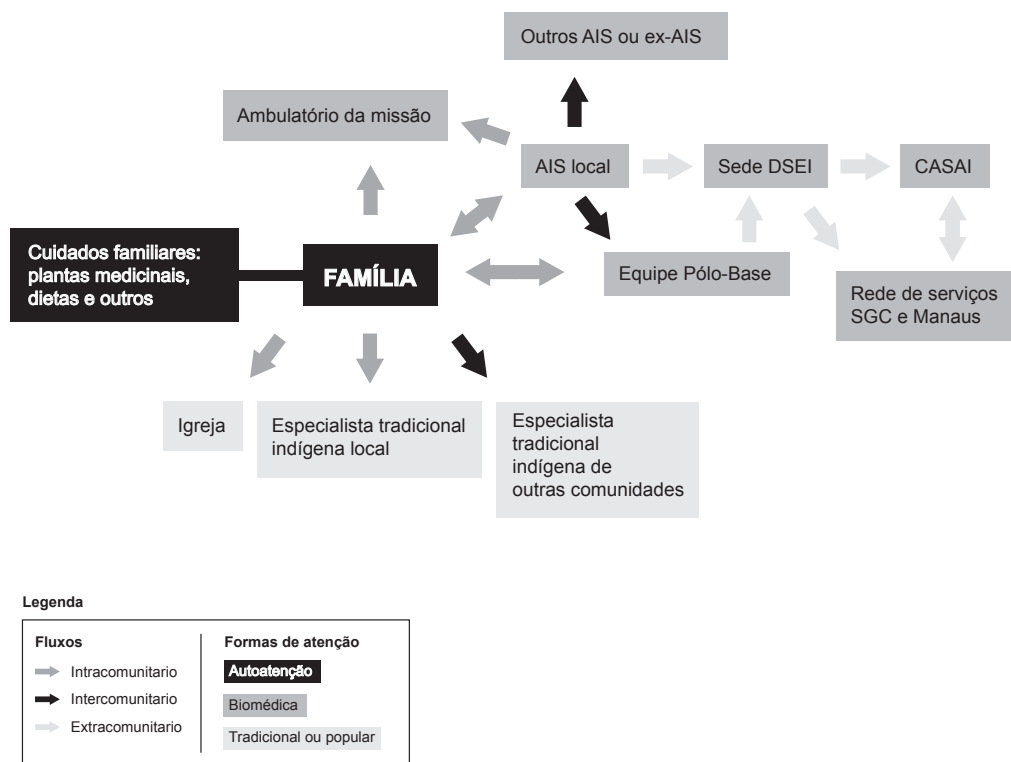
Na sede municipal de São Gabriel da Cachoeira (SGC) localizava-se a rede de referência (hospital e ambulatório gerenciados pelas secretarias estadual e municipal de saúde, respectivamente) para atendimento de doentes encaminhados das aldeias. Quando necessário, os enfermos eram encaminhados à Manaus, para a Casai.

Tomando como base a tipologia proposta por Menéndez (9,10), os recursos de saúde no Baixo Içana podem ser classificados em:

- Forma de atenção de tipo biomédico: ações desenvolvidas pelo DSEIRN e pelo ambulatório da missão;
- Forma de atenção de tipo popular ou tradicional: curadores especialistas nativos e pelas ações das Igrejas (católica e evangélica);
- Formas de autoatenção: cuidados gerenciados pelos indivíduos e famílias.

Esses dados, subsidiaram à elaboração de uma representação visual (Figura 3), alternativa à oficial da Sesai/MS (2012), para a organização da atenção nas duas comunidades estudadas. A Figura 3 sintetiza esses recursos e fluxos identificados nos itinerários terapêuticos na região, e agrega a classificação das formas de atenção segundo suas características predominantes, a partir da proposta de Menéndez (8,9).

Figura 3: Organização da atenção no DSEIRN, com fluxos e recursos de saúde identificados no Baixo Içana em 2011.



Fonte: Elaboração das autoras, 2013.

Além de identificar maior quantidade e diversidade de formas de atenção, que incluem a biomédica, tradicional e a autoatenção, pretende-se destacar os fluxos que existem no território. Esse fluxo pode ser entendido em duas dimensões, assinaladas por Hannerz (38): uma espacial e outra temporal. A espacial diz respeito aos deslocamentos de objetos, pessoas e informações. Nos locais estudados, este tipo de fluxo pode ser exemplificado pela busca um conhecedor tradicional de doenças em outra comunidade; por conversas na radiofonia entre AIS ou com a sede do DSEIRN; pelo transporte entre comunidades de medicamentos industrializados ou plantas medicinais; entre outros.

Segundo Hannerz, a dimensão temporal dos fluxos se refere ao caráter processual e dinâmico da cultura, no caso expresso no movimento constante de construção sociocultural da experiência de adoecimento. A doença para esses povos remete a relatos míticos, mas que são constantemente atualizados para explicar o mundo atual. No contexto das relações

interétnicas, as categorias nativas vão variar e se transformar com a interação e acesso às informações e procedimentos científicos da sociedade nacional (18). Por isso, Garnelo (39) aponta que é possível existir nas sociedades indígenas o convívio de diferentes sistemas terapêuticos e interpretações da doença. E, na realidade estudada, observa-se que os sujeitos e famílias mesclam, articulam e transformam as formas de atenção disponíveis no território, conforme Menéndez (9,10) aponta ser feito por meio da autoatenção.

A multiplicidade de agentes terapêuticos em complexa interação na vida cotidiana (Figura 3) acena para a diversidade e a dinamicidade de conceitos e práticas que estão em diálogo no DSEIRN e para a possibilidade de refletirmos sobre esse modelo de atenção a partir da perspectiva de fusão de horizontes, defendida por Ayres (4).

3.2. A atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)

A observação da atenção oferecida pelo DSEIRN nas comunidades centrou-se na rotina de trabalho dos AIS, que permanentemente atendem a população, ao passo que os outros membros das equipes multidisciplinares realizam visitas esporádicas e irregulares. Essa rotina foi diferente nas duas comunidades, pois em Açaí existia o ambulatório da missão católica, com presença cotidiana de médico e técnicos de enfermagem, ainda que sem vinculação com o DSEI.

Ao contrário do que foi relatado em outras realidades, onde se observa uma baixa frequência de visitas domiciliares (33,35-37), na comunidade Açaí as visitas eram regularmente realizadas pelos AIS. Essas visitas tinham o objetivo restrito de detectar enfermos, que, quando identificados, eram encaminhados à médica no ambulatório. Somente quando a queixa levava à suspeita de gripe ou verminose os AIS forneciam medicamento e registravam no formulário de “Produção do Agente”. Entretanto, os agentes referiram que muitas pessoas não gostavam de ser atendidas no ambulatório; assim, uma vez concluídas as visitas, os agentes passavam no ambulatório para discutir os casos com a médica. A partir do relato do AIS, a médica realizava o diagnóstico e fornecia a medicação. Esta situação é similar aos achados de Kelly (40) no atendimento aos Ianomâmi e de Novo (41) no Alto Xingu, que assinalam a predominância, não apenas de atendimento restrito à

queixa-conduta, mas também com pouco — ou nenhum — contato entre profissionais de saúde e pacientes indígenas.

Em Açaí, as pessoas cujos problemas de saúde não eram resolvidos pela equipe do ambulatório eram removidas para a cidade. Durante a única visita do restante da equipe multidisciplinar no período de coleta de dados em Açaí, a atuação dos AIS limitou-se a informar e mobilizar a comunidade para comparecer ao local. Tais atribuições foram equivalentes às observadas por outros autores, que mostram que o papel do AIS na equipe multidisciplinar tem se limitado ao apoio logístico (37) e aos serviços gerais (35, 31).

Em Buriti, o trabalho do AIS ocorria em função das demandas espontâneas da comunidade. O AIS atendia, em geral na sua casa, às pessoas que lhe procurassem com queixa, e para as quais costumava sempre ofertar algum medicamento do limitado estoque que dispunha. Em seguida, registrava o ato no formulário de “Produção do Agente”.

Caso sua ação não se mostrasse eficaz, ou se concluísse ser uma doença grave, o AIS entrava em contato com a sede do DSEIRN pela radiofonia, e, se necessário, organizava a remoção para a cidade.

Outras atividades eventuais desenvolvidas pelos AIS de Buriti e de Açaí foram a distribuição de medicação para hipertensos, palestras, pesagem das crianças e preenchimento de fichas de notificação de nascidos vivos e de óbitos.

Observa-se nas rotinas dos AIS a centralidade do atendimento curativo aos doentes, que percebem seu trabalho como "de detector de enfermos, distribuidor de medicamentos e encaminhador de consultas". Essas características são identificadas por diversos autores como predominantes também em outros níveis do SUS, sendo pontos importantes de críticas ao modelo biomédico (4; 42; 2).

O uso, pelos AIS, das taxonomias biomédicas foi recorrente na formulação dos diagnósticos, nos diálogos travados com os demais profissionais do DSEIRN e no uso de fichas e formulários. A necessidade de domínio de terminologias técnicas no trabalho cotidiano pode estar influenciando a demanda dos AIS por conhecimentos médicos, situação constatada em estudos de diversos autores (31, 32, 35-37,43).

Se os AIS são considerados pela Pnasp como os principais responsáveis pela implementação da atenção diferenciada, no local de estudo, não se observou qualquer tipo de ação diferenciada nas suas rotinas de trabalho. O que lhes é exigido é uma ação

exclusivamente técnica, cujo exercício não está sustentado por uma qualificação ou mesmo atribuição legal (35 -37; 6). As tecnologias utilizadas (conhecimentos e práticas) foram todas semelhantes às adotadas em qualquer contexto urbano.

À luz dos referenciais teóricos adotados, reconhece-se que no campo da saúde existem diferentes visões de mundo que estão em disputa (13). Considerando as relações simbólicas nos campos, Bourdieu (13) sugere três instâncias nas quais as autoridades ou o discurso oficial operam na legalização do capital simbólico ou da imposição de um ponto de vista. No sistema de saúde indígena observa-se que a manutenção da autoridade da biomedicina como forma de atenção hegemônica se expressa: a) na instância do diagnóstico, ou seja, no reconhecimento das enfermidades; b) no discurso administrativo, dizendo o que deve ser feito, por meio de ordens ou prescrições da organização da atenção; c) a partir de relatórios oficiais (tais como o formulário de “Produção do Agente”) que registra o que os AIS fizeram. Nessas três instâncias observamos que os AIS utilizavam categorias e formas de classificação do sistema de saúde oficial, não havendo a possibilidade de inclusão de outras formas de atenção nas suas rotinas de trabalho.

3.3. O ponto de vista do usuário indígena

Na tentativa de apreender a organização local das formas de atenção segundo a perspectiva dos doentes (8), buscou-se identificar os modos como estes acessam as diferentes formas de atenção ali disponíveis. Para ilustrar tais práticas, pautadas pela convergência de horizontes entre discursos de diferentes formas de atenção (4), será apresentada uma síntese dos dados da observação participante, na forma de itinerário terapêutico (11,12).

O itinerário terapêutico percorrido pelo sr. Xavier é o ponto de partida dessa discussão:

O sr. Xavier, morador da comunidade Buriti, teve um episódio de febre persistente. Alguns dias após o início da febre, procurou o AIS de Buriti; este fez uma avaliação inicial e pediu a remoção do paciente para São Gabriel da Cachoeira. O sr. Xavier ficou, então, internado na Casai, sendo atendido no hospital geral local, onde recebeu diagnóstico de dengue e prescrição de paracetamol.

Ao retornar para a comunidade, ele inicialmente teve uma melhora, mas, após ingerir carne de porco, referiu que “a doença não gostou” e seus sintomas pioraram. O sr. Xavier optou então por buscar um conhecedor local de plantas medicinais, mas não houve melhora. Pouco tempo depois o AIS retornou à casa do sr. Xavier e lhe forneceu mais antitérmico. Entretanto, a febre e o mal-estar continuaram, o que levou a mulher do sr. Xavier a buscar atendimento com outro conhecedor de plantas. Esse segundo conhecedor de plantas faz um diagnóstico de “estrago” e, para curá-lo, buscou no mato uma planta de uso medicinal.

O sr. Xavier disse que no primeiro momento em que colocou o remédio doeu muito, que ele “ficou louco”, mas logo depois melhorou. No segundo dia de tratamento tradicional o AIS fez nova visita domiciliar e durante a conversa concordou com o diagnóstico de “estrago”. O sr. Xavier já se sentiu melhor e confiante, apesar de persistir a febre. A partir desse dia ele retomou suas atividades cotidianas e considerou sua enfermidade resolvida.

(Trecho editado do Diário de Campo)

A partir desse caso, observa-se que o mesmo problema gerou dois diagnósticos, de dengue e de estrago, que surgiram segundo as diferentes visões de mundo e classificações dos sinais e sintomas. No decorrer do itinerário terapêutico percebe-se o confronto e a negociação de diferentes perspectivas sobre saúde e doença, o que demonstra a pertinência e importância de se discutir a diretriz da atenção diferenciada.

No caso apresentado, observa-se que a coexistência entre as medicina ocidental e a indígena é possível, apesar das diferenças epistemológicas entre essas medicinas. A partir de seus saberes e experiências acumulados, os sujeitos refletem, decidem e manejam de forma relativamente autônoma a busca e uso das diferentes formas de atenção (tradicional e biomédico), caracterizando a importância da autoatenção na construção do itinerário terapêutico.

Nesse contexto, a doença “estrago” — que é uma doença tradicional causada por malefício intencional de terceiros (19) — é percebida como fruto de ação humana (alguém colocou “veneno”) e uma entidade (a doença por exemplo “não gostou” de carne de porco). Langdon (12) destaca que em culturas tradicionais o significado da doença é construído a

partir do entendimento de suas causas (etiologia), e na perspectiva indígena remete ao contexto cosmológico, social e moral.

No caso relatado, após a consulta com o especialista indígena, que identificou a causa da doença, o sr. Xavier considerou-se curado, mesmo com a persistência do sintoma febre, mostrando que o significado da doença extrapola o sintoma físico. O sintoma físico pode ser aliviado pelo uso de medicamentos industrializados, mas suas causas são combatidas pela terapêutica tradicional. Através da perspectiva do usuário torna-se possível perceber a articulação das diferentes práticas terapêuticas (tradicional e biomédica) por meio da autoatenção.

É importante também assinalar que nesse itinerário terapêutico o AIS viabilizou o acesso ao medicamento e ao tratamento ocidental, não atuando como agente de diferenciação da atenção, conforme previsto na Pnspi. Diehl et al. (6), revisando a literatura, também assinalam que a expectativa das comunidades sobre o trabalho do AIS é de que representem a prática biomédica e não as práticas tradicionais de cura. No caso relatado, o AIS reconhece e concorda com o diagnóstico tradicional de “estrago”, o que para o seu trabalho no DSEIRN não é considerado relevante e não é alvo de registro no sistema de informação do subsistema de saúde indígena. Também não é necessariamente de sua responsabilidade acionar os terapeutas ou recursos tradicionais. Entretanto, ao facilitar o acesso aos cuidados biomédicos o AIS agiu em consonância com as expectativas da comunidade, e efetivou a pluralidade dos recursos à saúde disponíveis.

4. Conclusão

A partir da análise da Pnspi distinguiram-se três princípios que incluem a diversidade na organização do modelo de atenção. Contudo, as estratégias operacionais adotadas para efetivar a atenção diferenciada restringem-se a uma proposta de adequação das tecnologias e da atuação dos profissionais à realidade indígena limitando-se à dimensão técnica do modelo de atenção. Nos serviços prestados pelo DSEIRN nas comunidades estudadas não se encontrou qualquer tipo de ação culturalmente adequada, nem tampouco a inclusão ou o reconhecimento das representações e das práticas indígenas de saúde e doença nas atividades ou nos registros desenvolvidos pelo AIS.

O pressuposto de que a inclusão de indígenas nas equipes garantiria tal adequação cultural também mostrou-se inválido. A ação no plano local do DSEIRN, fortemente baseada na inserção do AIS, organiza-se a partir de rotinas e tarefas padronizadas para a atenção primária e refletem o padrão biomédico hegemônico na atenção à saúde no SUS.

Ademais, a capacidade dos AIS de interferir e transformar o sistema é muito reduzida tanto pela hierarquização do trabalho em equipe quanto pela pouca permeabilidade dos procedimentos técnico-burocrático às especificidades culturais. Apesar desses elementos críticos, considera-se estratégica e fundamental a inserção e ampliação dos profissionais indígenas no sistema, pois percebeu-se que os AIS reconhecem as práticas e conhecimentos tradicionais no território. A partir desse reconhecimento, produzem, no cotidiano, arranjos capazes de interferir nas formas como as ações de saúde previstas na política nacional são implementadas, e embora incapazes de transformá-las, as aproxima das singularidades do contexto local, viabilizando sua realização.

A análise do cenário encontrado na organização da atenção do DSEIRN mostra a distância existente entre o pluralismo médico implícito na Pnspi e a implementação local da política. Cabe lembrar que a própria representação visual do modelo proposto pela política dificulta o entendimento do contexto cultural presente no território sob a responsabilidade do DSEIRN. Os dados sobre o cotidiano de trabalho dos AIS também mostraram que os modos como se organizaram as rotinas do DSEIRN inviabilizam a pluralidade de práticas prevista na Pnspi.

Entende-se que essa sobrevalorização da biomedicina encontrada na política oficial e nas ações do DSEIRN é produto das disputas simbólicas existentes no campo da saúde, sendo que os procedimentos técnico-burocráticos do DSEIRN reforçam essa legitimação. A literatura relativa à saúde indígena tem constatado que o modelo de atenção posto em prática no subsistema de saúde indígena não conseguiu superar o formato das Equipes Volantes de Saúde (EVS) da Funai, cujo auge de sua implementação foi na década de 1970.

Em contrapartida, as observações de campo mostraram que a organização da atenção à saúde nas comunidades indígenas conta com diversos recursos e fluxos utilizados pelos sujeitos para enfrentar os adoecimentos, que envolvem simultaneamente, a autoatenção, a biomedicina e a medicina tradicional.

No plano comunitário, o seguimento dos itinerários terapêuticos permitiu a observação de articulação e mesclas entre formas de atenção gerando um sistema de autoatenção que propicia um nível privilegiado de “convergência de diferentes formas de gerir e usar tecnologias de cuidado em saúde” (4 p. 13). Nesse sentido, a proposta de Langdon (12) de pensar na atenção diferenciada também como “articulação entre estes [serviços de saúde] e as práticas de autoatenção existentes na comunidade particular” (12p. 42) mostra-se interessante para ampliar e diversificar o modelo de atenção dos DSEI.

Acredita-se também que é a partir da perspectiva que aponta para a convergência de horizontes que se torna possível enriquecer a reflexão sobre a resolutividade das ações em nível intradistrital, pois, conforme observado, se considerados somente os recursos oficiais, essa resolutividade tem se mostrado baixa.

Os resultados confirmam a importância da discussão conceitual sobre modelos de atenção para refletirmos sua diferenciação, em busca de sentidos que possibilitem sua flexibilização e pluralização para garantirmos um sistema de saúde de qualidade e mais sensível à diversidade cultural indígena.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
2. Teixeira C. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira C, Solla J, organizadores. *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Salvador: Edufba; 2006. p. 19-58.
3. Paim, JS. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ organizadora. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Medsi; 1999. p. 473-482.
4. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade 2009*; v.18 (supl. 2): 11- 23.
5. Langdon, EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ; Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos*

- povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia; 2004: 33-51.
6. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública* 2012, Rio de Janeiro, 28 (5) : 819-831.
 7. Dias-Scopel R P, Langdon EJ, Scopel D. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multiprofissional de saúde indígena. *Tellus* 2007; 7 (13): 51-72.
 8. Menendez, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*, 2003, vol.8, no.1, p.185-207.
 9. Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista Antropología Social* 2005;14: 33-69.
 10. Menéndez E. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. In: Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2009: 25-72.
 11. Gerhardt, TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(11): 2449-2463.
 12. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica*. São Paulo: Terra Virgem/ Unifesp; 2005.
 13. Bourdieu, P. *Coisas ditas*. Tradução Cássia R. Da Silveira e Denise Moreno. São Paulo: Brasiliense; 2004.
 14. Bourdieu, P. *O poder simbólico*. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
 15. Flick U. *Desenho da Pesquisa Qualitativa*. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão, revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed; 2009.
 16. Roese M. A metodologia do Estudo de caso. *Cadernos de Sociologia* 1998; 9 : p.189-200.

17. Bonnewitz P. *Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu*. Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.
18. Garnelo, L. Mito, História e representação social de Doença Sexualmente Transmissível entre os Baniwa – Noroeste Amazônico. In: Nascimento DR, Carvalho DM, Marques RC, organizadores. *Uma História Brasileira das Doenças*. Rio de Janeiro: Ed. Mauad; 2006.
19. Garnelo, L. *Poder, Hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2003.
20. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres et al. 3ª. Ed., São Paulo: Atlas; 2012.
21. Chizzotti A. *Pesquisa qualitativa em ciencias humanas e sociais*. Antonio Chizzotti, 3ª. ed. Petropolis, RJ: Vozes; 2010.
22. Cicourel A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: Zaluar A, organizadora. *Desvendando máscaras sociais*. 2ª. Ed, Livraria Francisco Alves Editora S.A.; 1980. p. 87-121.
23. Foote-Whyte W. Treinando a observação participante. In: Guimarães AZ, organizadora. *Desvendando máscaras sociais*. 2ª. Ed, Livraria Francisco Alves Editora S.A.; 1980. p.77-86.
24. Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.
25. Duarte R. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa* 2002; 115: 139-154.
26. Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em Sociologia. In: Thiollent, MJM, organizador. *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. Editora Polis; 1982. p.191-211.
27. Pinto, M.J. *Comunicação e Discurso: introdução à análise de discursos*. São Paulo: Hacker Editores; 2002.
28. Fairclough N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2001; 2008 (reimpressão).

29. Araújo IS. *A reconversão do Olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social*. São Leopoldo: Unisinos; 2000.
30. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. A formação de Agentes Indígenas de Saúde no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasil 1999-2005. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2005.
31. Langdon, JE; Diehl, EE; Wiik, FB; Dias-Scopel, RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646.
32. Erthal RMC. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: Coimbra Jr, C; Santos, RV, Escobar, AL. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.197-216.
33. Novo MP. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. *Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar* 2009; 1 (1):122-147.
34. Bruno PRA. *Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil [tese]*. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2008.
35. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde Soc. São Paulo* 2007; 16(2):19-36.
36. Dias-Scopel, RP. *O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde [Dissertação]*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
37. Rocha ESC. *Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas [dissertação]*. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2007.
38. Hannerz U. Fluxos, Fronteiras, Híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional. *Mana* 1997; 3(1): 7-39.

39. Garnelo, L. & Wright, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad. Saúde Pública* 2001, Rio de Janeiro, 17 (2): 273-284.
40. Kelly JA. *State Healthcare and yanomami transformation: a symmetrical anthropology*. The University of Arizona Press; 2011.
41. Novo MP. *Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu*. Brasília: Paralelo; 2010.
42. Silva Junior AG. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.
43. Mendonça SBM. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: Reflexões. IN: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP, 2005.

CAPÍTULO 5:

O trabalho do Agente Indígena de Saúde: reflexões sobre seu papel social e manejo das tecnologias em saúde

Introdução

A implementação de uma política de atenção à saúde às populações indígenas brasileiras é um desafio recente. Durante a década de 80 e 90, a emergência, no interior do estado nacional, das lutas etnopolíticas por direitos gerou mobilizações indígenas em vários campos. Uma delas foi a luta pelo direito à saúde. Nesse mesmo período, iniciativas de universidades e organizações não governamentais (ONG) para a formação e capacitação de indígenas no desenvolvimento de ações de saúde nas comunidades consolidam a figura do Agente Indígena de Saúde (AIS) (1,2).

O marco da atual da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas-Pnapi (3) incorporou princípios estabelecidos na I Conferência Nacional de Proteção a Saúde do Índio (1986), que preconizou um modelo de atenção diferenciada, organizado a partir de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e a inserção dos AIS no subsistema.

Os Distritos oferecem ações de atenção primária à saúde (APS) baseadas na atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde (AIS). Para os casos que demandem atenção de média e alta complexidade delega-se para a Casa do Índio (Casai) o apoio à referência de doentes para os demais serviços da rede do SUS, localizados fora das terras indígenas.

Entretanto, devido a alta rotatividade dos profissionais não-indígenas (4), em muitos Distritos, somente o AIS está atuando regularmente nas comunidades, principalmente nas comunidades mais isoladas. Ademais, a diretriz da atenção diferenciada, que pressupõe a adequação das tecnologias em saúde e articulação com os sistemas médico tradicionais, está fortemente baseada na ação do AIS (4). Essas características tornam o papel do AIS, entendido como um trabalhador comunitário da saúde (5), central na implementação desse modelo de atenção.

Garnelo (6) avalia que nos Distritos os serviços de saúde ainda tem se organizado a partir de ações da medicina curativa, voltadas para o atendimento de demandas espontâneas e o encaminhamento de doente os graves. São marcas das ações de saúde nesses territórios o uso excessivo de medicamentos e o etnocentrismo, comprometendo o modelo de APS idealizado para a saúde indígena.

Compreender as características, os limites e as potencialidades presentes na implementação desse modelo de atenção à saúde indígena nos parecem fundamentais para contribuir para a melhoria dos mesmo. Nesse debate, adotamos o conceito de modelos de atenção proposto por Ayres (7 p.12), definido como "a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações". Teixeira (8) assinala três dimensões dos modelos de atenção: a) a gerencial, relativa aos modos de condução das ações e serviços; b) a organizativa - das relações das unidades de serviços; e c) a técnica, entendida como as relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho (8).

Entendemos que o trabalho em saúde se refere aos processos envolvidos no ato de cuidar e que portanto ocorrem no encontro intersubjetivo entre um indivíduo portador de necessidades ou problemas de saúde e um profissional que maneja diferentes tecnologias de intervenção (9). No modelo proposto no subsistema de saúde indígena, o AIS é central para a efetivação, no cotidiano, da atenção. A partir dessa perspectiva, estabelecemos a dimensão técnica do modelo de atenção e especificamente a organização do processo de trabalho do Ais como foco desse estudo.

Em geral, os AIS são escolhidos por suas comunidades ou lideranças para se incorporar a Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), ainda não existe uma exigência formal de escolaridade ou de qualquer formação inicial para sua contratação, que é feita por meio de convênio dos DSEI ou pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (4,10,11). A qualificação profissional dos AIS tem ocorrido irregularmente e de forma incompleta (4). Segundo a Pnasp, a qualificação deveria auxiliar a apropriação da medicina ocidental pelos povos indígenas, a fim de que ela se some ao acervo de terapias e outras práticas tradicionais (3).

A diretriz nacional que orienta o trabalho dos AIS, é bastante restrita e indica apenas que eles devem: acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças;

acompanhar as gestantes; atender aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária); acompanhar pacientes crônicos; realizar primeiros socorros; desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; acompanhar a vacinação; acompanhar e supervisionar tratamentos de longa duração (12). Percebe-se a ausência de especificidade cultural nessas atribuições, que reproduzem aquelas dos ACS em contexto urbano.

Nosso objetivo nesse artigo é discutir o trabalho do AIS a partir dos seus modos de operar e gerir as tecnologias em saúde (9), e com isso refletir sobre seu papel social. A pesquisa foi desenvolvida no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro (DSEIRN), localizado no noroeste amazônico, no município de São Gabriel da Cachoeira (SGC).

A construção do papel dos trabalhadores comunitários da saúde na APS

Entendemos que os AIS se incluem na categoria dos trabalhadores comunitários da saúde. Segundo Walt et al (5), o termo “community health workers” (CHW), ou trabalhadores comunitários da saúde, foi difundido a partir de 1975 e agregou vários tipos e perfis de trabalhadores que tinham como característica comum serem pessoas provenientes e residentes das comunidades nas quais desenvolviam ações de saúde.

A promoção da APS depois da Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978, levou vários países a promoverem programas de trabalhadores comunitários da saúde, com distintos nomes, mas que tinham em comum dois objetivos: estender as ações de saúde para populações não assistidas; e envolver membros das comunidades nesses programas (5). Walt et al (5) relatam que os primeiros programas de CHW eram tentativas de treinar rapidamente e com baixo custo um amplo número de trabalhadores da saúde, para cuidar de comunidades não cobertas pelos serviços de saúde.

Entretanto, os autores apontam que os trabalhadores comunitários da saúde apresentam algumas contradições no desenvolvimento de suas atividades. Os CHW são os profissionais que tiveram os treinamentos mais curtos, mas são aqueles que ficam mais isolados e com maior falta de apoio de outros serviços ou profissionais de referência, e portanto precisam responder aos mais diversos problemas e necessidades de saúde (5). Ademais, o desenvolvimento das atividades preventivas, um foco central em suas

atividades, são dificilmente cumpridas devido a complexidade das mesmas e pela formação ofertada, que costuma ser focada na abordagem individual da doença (5).

Com relação ao papel exercido por esses trabalhadores, Walt et al (5) identificam, a partir do relato de experiências em vários países, que: a) é freqüente se constatar que os CHW conseguem maior credibilidade das comunidades quando são capazes de tratar doenças comuns e ofertam medicamentos; b) quando estão ligados a um serviço de saúde, os profissionais tendem a percebê-los como uma ajuda extra para dividir a carga de trabalho assistencial; c) em muitos programas os CHW tem somente tarefas educativas, de prevenção e de promoção da saúde, mas evidências mostram que se tem dúvidas se eles conseguem ter impacto nessas ações; e d) existe a expectativa de que eles sejam uma ligação entre os serviços/ profissionais e as comunidades- mantendo laços próximos com cuidadores tradicionais, parteiras e organizações comunitárias- porém os autores avaliam que os CHW se identificam mais com os profissionais de saúde e não exerceriam essa ligação.

Os trabalhadores comunitários no Brasil: ACS e AIS

A recente consolidação e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem se baseado na inserção de trabalhadores comunitários de saúde, com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e os AIS, no subsistema de saúde indígena. As atribuições, características e papel do ACS e AIS se construíram ao longo do século XX, numa trajetória com muitos pontos em comum com o contexto internacional, mas que ainda estão em disputa. As primeiras experiências com educadoras sanitárias que realizam visitas às famílias remetem aos anos 1920, e que se multiplicam ao longo das décadas seguintes, mantendo a educação em saúde, a visita domiciliar e a delimitação territorial como elementos em comum (13-15).

A recomendação de utilização em larga escala de trabalhadores selecionados nas comunidades que teriam menor qualificação e remuneração, para executar serviços básicos mínimos de saúde, consta do relatório da 3a. Conferência Nacional de Saúde (CNS), de 1963 (14). A 8a. CNS realizada em 1986, que é um marco na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), também sugeriu a incorporação de trabalhadores comunitários, denominados agentes populares de saúde, para executar ações de educação para a saúde e cuidados

primários. Nesse mesmo ano, a Ia. Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde defende a inclusão do agente comunitário como articulador entre a comunidade e os serviços de saúde (14).

A partir de 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e em, 1994, o Programa de Saúde da Família, retomam os princípios organizativos da APS para a reestruturação do SUS. Nesse momento o Agente Comunitário de Saúde (ACS) passa a ser considerado como estratégico para a mudança do modelo de atenção, e se transforma no maior quantitativo de trabalhadores responsáveis pela expansão dos serviços. Perpassa nessa construção do papel do ACS a noção de que, por pertencer ao mesmo contexto sociocultural, teria a capacidade natural de interagir num estilo e numa linguagem mais efetivos garantindo melhores resultados das ações de saúde (14). O processo de regulamentação dos ACS se fortalece a partir de 1999, sendo que a Lei 10.507 de 2002 o reconhece como um profissional do SUS.

Fonseca (14) propõe que a partir do resgate histórico das políticas implementadas pode-se sintetizar cinco papéis sociais desempenhados pelos ACS: 1) de agente de tradução, que atua em duplo sentido: das comunidades para os serviços e o inverso. 2) agente de correção, pela difusão do que se convencionou como boas práticas sanitárias; 3) agente de conexão entre usuário e serviços; 4) agente de efetivação de procedimentos de saúde (prevenção e assistência); e, 5) agente de mobilização de diversos tipos de conhecimentos e da articulação com as instituições do Estado e comunitárias.

Nesse mesmo contexto de expansão da APS e do trabalho do ACS, se consolida a figura do AIS (1,2), explicitamente conectada com o papel social e atribuições desenhados para os ACS. Em 1999, com a implementação dos DSEI, os AIS foram incorporados nas equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) do subsistema de saúde indígena (3). Até o momento não há regulamentação profissional apesar de ser uma ocupação reconhecida na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho e Emprego (4). Pressupomos que essa construção histórica e o debate sobre o papel dos trabalhadores comunitários no Brasil inflexionam a inserção e organização do trabalho do AIS, e perpassam nossa análise.

A análise do processo de trabalho pela articulação das tecnologias em saúde

Para Merhy (9), pode-se analisar os processos produtivos em duas dimensões, do trabalho vivo e do morto. O trabalho morto envolve produtos de ação humana, como matérias-primas, ferramentas e regras prescritas, que são operados pelo trabalhador. No momento em que o sujeito utiliza as ferramentas e as matérias-primas na produção ele expressa sua história, habilidades, inteligência e criatividade, portanto, caracterizando o trabalho vivo em ato. O trabalho vivo interfere nas formas de gerir e de operar os processos produtivos, e está aberto a disputa por várias lógicas sociais.

No modo de produção capitalista, hegemônico em nossa sociedade, se observa a captura do trabalho vivo pelo morto, por meio da divisão técnica e social do trabalho; a separação entre a concepção e a execução; o controle e organização da força de trabalho e da produção. Nesse contexto, existe uma sobrevalorização da racionalidade técnico-burocrática em detrimento da dimensão relacional e humanizadora do trabalho (16,17).

O processo de trabalho em saúde é entendido como o conjunto de atividades envolvidas com a produção de serviços de saúde (17). Na saúde também podemos observar as influências do modo capitalista de produção. Atualmente, o trabalho em saúde é realizado de forma coletiva por vários profissionais, com uma crescente incorporação tecnológica e de procedimentos, de modo que a atenção é resultante de um processo parcelado e compartimentalizado (9, 17).

Ainda assim, Merhy (9) destaca que no trabalho em saúde predomina o trabalho vivo, pois este concretiza-se na intervenção em ato do encontro entre usuário e profissional de saúde, caracterizando-o com alto grau de subjetividade, liberdade e imprevisibilidade. Cada um dos envolvidos - trabalhador e usuário- apresenta suas próprias intencionalidades, conhecimentos e representações sobre as necessidades de saúde, que podem entrar em conflito ou serem negociadas. Ayres (7) destaca a abertura dos modelos ao devir prático do uso das tecnologias no cotidiano do trabalho. Essas características seriam favoráveis a diferenciação da atenção oferecida aos indígenas.

Apesar disso, Ayres(7) observa que a noção predominante de modelos de atenção visa a implementação de práticas sanitárias uniformes e padronizadas, assim, Faria e Araújo (16) observam uma tendência na saúde de fortalecimento dos indicadores quantitativos de avaliação e normatização por meio de protocolos e procedimentos. Na gerência dos

serviços de saúde também predomina uma visão que nega as diferenças e os conflitos, e que busca a "integração social" por via da disciplina e do controle (18 p.45).

Porém, no cotidiano dos serviços de saúde, os trabalhadores reinterpretam e recriam as diretrizes técnico-burocráticas, as dinâmicas e práticas no seu cotidiano de trabalho, na busca da defesa de seus interesses, de sua identidade, de valores pessoais, e de sua visão de mundo. (16,18). Esses processos mostram as dinâmicas entre trabalho vivo e morto, e o tensionamento entre reprodução e liberdade nos atos produtivos em saúde.

O processo de captura do trabalho vivo pelo morto pode ser analisada a partir dos modos de operar e gerir as tecnologias em saúde, que são divididas por Merhy (9) em leve, leve-dura e dura. No uso das tecnologias duras predomina o trabalho morto, pois o equipamento determina o seu modo de operação. Os saberes tecnológicos configuram as tecnologias leve-duras, que apresentam o conhecimento instituído, trabalho morto, singularizado no trabalho vivo em ato. As tecnologias leves compreendem os modos de operar os encontros intersubjetivos entre trabalhadores e usuários, sendo eminentemente um trabalho vivo em ato.

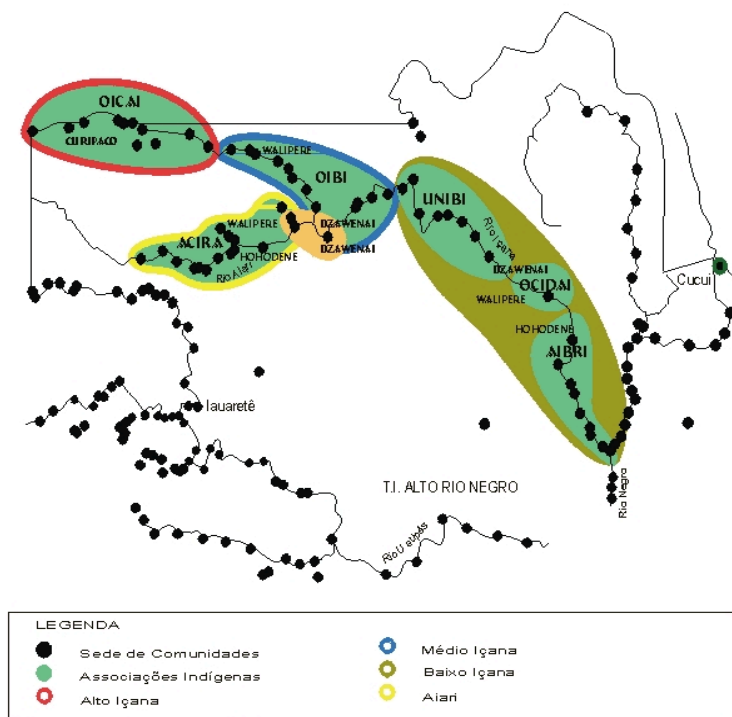
Ao analisar os processos produtivos em saúde devemos considerar os diferentes modos de ação humana no ato produtivo, que são influenciados tanto por pelas características individuais do trabalhador quando das socioculturais do contexto donde ocorre (9). A significação do trabalho não é universal ou a-histórica (16), na nossa análise, realizada no contexto indígena, buscaremos identificar as lógicas e sentidos nativos que influenciam o trabalho ou o papel do trabalhador AIS.

Metodologia

Contexto do Local de Estudo

O DSEIRN é responsável pela atenção à saúde de cerca de 25 mil indígenas distribuídos em cerca 700 povoações (19). Essa população se diversifica em 17 povos falantes de idiomas de 03 troncos linguísticos, Arawak, Tukano e Maku, além da Língua Geral (Nheengatu). As condições de vida são marcadas pela extensa bacia hidrográfica do Rio Negro e seus afluentes, como o Rio Içana, em cujo curso se assentam os aldeamentos estudados e as comunidades onde atuam os AIS entrevistados (Figura 1).

Figura 1: Mapa da região do DSEIRN com destaque para as região do Alto, Médio e Baixo rio Içana.



A observação participante foi realizada em duas comunidades indígenas do povo Baniwa da região do Baixo Içana, que serão chamadas de Açaí e Buriti. A comunidade Açaí, católica, tem 245 habitantes e a comunidade Buriti, evangélica, tem 169 habitantes, ambas têm acesso exclusivamente fluvial e são formadas basicamente por grupos de parentes, seguindo o padrão tradicional de moradia da região.

A área do Baixo Içana encontra-se entre a foz do Rio Içana e a aldeia de Tunuí, com assentamentos predominantemente da etnia Baniwa, falantes da língua Nheengatu. A maior proximidade com a cidade de S. Gabriel da Cachoeira propiciou um processo colonizatório mais contundente, intensa atuação de missões evangélicas e católicas e outras agências da sociedade nacional, que acentuaram as transformações da sociedade tradicional Baniwa (19).

As entrevistas envolveram AIS que procediam também da região do Médio e Alto Rio Içana. Acima do aldeia de Tunuí se localiza a região do Médio Içana de ocupação da

etnia Baniwa, falante da língua Baniwa, onde predomina comunidades evangélicas e de pequeno porte, e que tem sido o lócus de maior dinamismo no movimento indígena na região. O Alto Içana é reconhecido como área do povo Coripaco, falantes de sua própria língua e todos evangélicos, e que por ser localizado na fronteira, sofre influências no seu cotidiano do Exército e do país vizinho, a Colômbia (19).

Técnicas de pesquisa

Esta pesquisa qualitativa é parte de uma investigação de doutorado, interessada no “ponto de vista do ator” como produtor de sentidos (20-22) As principais técnicas utilizadas para coleta de dados foram: a) observação participante, na modalidade participante-como-observador (23); b) entrevistas gravadas com roteiro semi-estruturado (24,25) com agentes indígenas de saúde; c) registro sistemático em caderno de campo. A pesquisa foi aprovada no CONEP (CAAE 0058.0.031.000-11).

A observação participante compreendeu o acompanhamento durante quarenta dias consecutivos das atividades coletivas e das tarefas desenvolvidas pelos AIS nas comunidades. Nesses locais haviam quatro agentes, um em Buriti e três em Açaí. Esses agentes foram os principais tradutores e informantes da pesquisa. Também se incluiu como dado de observação participante experiências acumuladas ao longo dos cinco anos de vivência profissional, na qual por diversas vezes estivemos em comunidades indígenas da região para o desenvolvimento de projeto de formação técnica dos AIS do DSEIRN, em reuniões com profissionais, gestores e comunitários, e conversas informais com profissionais e AIS.

As entrevistas foram realizadas com doze Agentes Indígenas de Saúde de comunidades distribuídas ao longo do curso do Rio Içana, da etnia Baniwa e Coripaco. Essas entrevistas tiveram como objetivo discutir questões ligadas às trajetórias e cotidiano do trabalho e da formação com um maior número de agentes de diferentes contextos. Esses AIS eram todos bilíngües (falantes de português e outra língua indígena) sendo dez homens e duas mulheres.

As entrevistas foram realizadas em português, de modo que alguns agentes encontraram dificuldades em expressar-se. Durante a análise dos dados, reunimos os dados das entrevistas e do diário de campo em temáticas comuns para discussão. Os dados

procuram refletir o ponto de vista dos AIS sobre suas atribuições, sua inserção no funcionamento do DSEI, sua relação com os demais profissionais e os modos de organização do trabalho. Os dados de campo não foram confrontados com outros documentos ou entrevistas com gestores ou profissionais de saúde.

Resultados e discussão

“Fazer visitas, atender os doentes e dar palestra”: o cotidiano de trabalho do AIS e seu uso das tecnologias em saúde

A indicação e a permanência de um AIS da região são decorrentes de avaliações feita pelos moradores ou lideranças das comunidades. Ao mesmo tempo, estes agentes se reconheciam subordinados ao DSEIRN que os contrata e são responsáveis pela remuneração. Identificamos a ambivalência da inserção do AIS, conforme Silva (26) caracteriza sua dupla vinculação, também considerada como um conflito de lealdade por Walt et al (5). Diehl et al (4) destacam que ainda predominam as formas de organização social e política na permanência e legitimidade dos AIS, o que também influencia nos diversos aspectos do trabalho dos agentes.

Observamos que a rotina de trabalho dos AIS foi diferente nas duas comunidades, pois em Açaí existia um ambulatório da missão católica, com presença rotineira de médico e técnicos de enfermagem, que funcionava de forma paralela ao DSEIRN. Na comunidade Açaí, os AIS realizavam regularmente visitas domiciliares e os atendimentos aos enfermos era discutido ou encaminhado para os profissionais do ambulatório. Já o AIS da comunidade Buriti organizava seu trabalho a partir das demandas espontâneas de atendimento, que ocorria preferencialmente em sua casa, e realizando visitas sob demanda. Os agentes tinham sob sua responsabilidade famílias que moravam na sua própria comunidade, e por vezes alguns "sítios" próximos, mas que devido a falta de fornecimento de gasolina por parte do DSEIRN, freqüentemente só eram visitas sob demanda ou em urgências.

Em relação a realização de visitas domiciliares regulares, os agentes entrevistados referiram receber orientação verbal dada pelos enfermeiros do DSEIRN indicando que essa atividade deveria ocupar três dias da semana. A maioria dos agentes referiu realizar

regularmente a visita, diariamente ou no mínimo 2 vezes por semana, ao contrário do que foi relatado em outras realidades onde se observa uma baixa frequência de visitas domiciliares (27, 28, 10, 11). Porém, essa regularidade expressa no discurso não parece se concretizar na prática. Observou-se que existia uma adaptação e flexibilização da rotina de acordo com a dinâmica da comunidade. Os agentes destacavam que não adiantava seguir um horário de trabalho regular ou igual da cidade, pois as famílias não estariam em suas casas durante todo o dia ou sempre nos mesmos horários devido aos trabalhos domésticos e de subsistência.

Além do ritmo de trabalho das famílias, outros fatores influenciavam na dificuldade de estabelecimento de uma rotina fixa para os AIS, e destacaremos dois. O primeiro se relaciona com o fato de que o agente possui obrigações comuns a todos os membros da comunidade, e participavam ativamente nas atividades coletivas, como os mutirões para limpeza da comunidade, coleta de produtos, construção de espaços comunitários, entre outros.

Outro aspecto é que os AIS necessitam dedicar um tempo semanal para a subsistência de suas próprias famílias, na produção autônoma de alimentos, de moradia ou de meios de transporte. Ainda que sejam assalariados tanto a dinâmica de vida em comunidades distantes quanto o montante do salário não viabilizam a aquisição de todos os bens de consumo.

Faria e Araújo (16), Cecílio e Mendes (18) e Merhy (9) destacam que os trabalhadores buscam atuar no limite de sua autonomia e reorganizam os processos produtivos. No campo da saúde indígena, Garnelo (19), Dias-Scopel (27) e Novo (11) denominam de 'lógica comunitária' esses fatores relativos as formas de organização social que influenciam o trabalho do AIS.

Consideramos que essa flexibilidade da rotina de trabalho dos AIS, de acordo com 'lógica comunitária' da região, mostram o predomínio do trabalho vivo na gestão local das ações desenvolvidas. As dinâmicas das comunidades tensionam as orientações tecno-burocráticas na organização do trabalho do AIS, as tecnologias leves aparecem. Outro exemplo dessa permeabilidade às dimensões relacionais rionegrinas foi observada na realização das visitas domiciliares de um AIS que saudava as famílias por nomes de parentesco, como cunhado(a), irmão(ã) ou primo(a); conversava longamente sobre

acontecimentos familiares e comunitários; compartilhava os alimentos; mostrava empatia e interesse pelo ponto de vista e necessidade das famílias; e, dessa forma, exercia seu trabalho de busca ativa de doentes.

Porém, segundo os agentes o não cumprimento de um horário e rotinas pré-estabelecidos, como feito em áreas urbanas, gerava conflitos com a gerência do DSEIRN e os enfermeiros, que lhes cobravam regularidade. Observamos, conforme Dias-Scopel et al (29) e Garnelo (19) destacam, o choque entre a 'lógica comunitária', flexível, e a 'lógica técnica', focada na organização do trabalho em procedimentos tecno-burocráticos padronizados, expressa pelas orientações recebidas.

Segundo os agentes, a realização regular das visitas domiciliares também era comprometida pela falta de medicamentos. Na região do Rio Negro, durante a década de 90, os agentes foram treinados para administrar algumas medicações e recebiam um estoque para distribuição (10). Mas, atualmente, as diretrizes do DSEIRN sugerem que o AIS não deveriam mais privilegiar essas tarefas.

Essa é uma situação que explicita o fato que os AIS está em um lugar impreciso e por vezes contraditório, por exemplo, no campo, observamos que: a) os agentes ainda recebem, em pequenas quantidades, medicamentos, como analgésicos, colírios, antitérmicos, para que dispensem quando considerem necessário; b) os agentes situados em comunidades mais isoladas recebem um estoque maior, com antibióticos e outros remédios, fornecidos pelos enfermeiros; c) alguns recebem medicamentos, chamados de "controlados", para distribuir para pacientes crônicos, como antihipertensivos e anticonvulsivantes; c) os agentes quando vão à sede do DSEIRN conseguem obter alguns medicamentos ou compram na cidade para distribuir. Em uma das comunidades, identificamos a venda de sintomáticos e que as famílias compravam medicamentos quando iam a cidade. Assim, o uso de medicamentos industrializados já faz parte dos recursos de saúde incorporados pelos indígenas para alívio e tratamento de enfermidades, sendo fortemente demandados (Diehl e Grassi, 2010).

No contexto do trabalho do AIS, o que observamos é semelhante ao apontado por Diehl et al (30), de que para as comunidades e os próprios agentes, eles são representantes da prática biomédica, sendo que a distribuição de medicamentos é central nesse papel. Walt

et al (5) também encontraram a vinculação da credibilidade do trabalho dos CHW com a distribuição de medicação e tratamento de doenças comuns, em diversas experiências.

Garnelo e Wright (31) destacam que para as sociedades rionegrinas a distribuição de recursos é uma das principais fontes de prestígio e reconhecimento social. Os AIS são reconhecidos como intermediários ou distribuidores dos recursos do branco para as comunidades. Nesse contexto, a falta de medicamentos, que segundo os agentes tem se agravado ao longo dos anos, tem gerado desmotivação e desvalorização dos AIS, até mesmo porque a mudança de regras do DSEIRN não foi acompanhada pela formulação de um novo papel para o AIS.

Influencia nessa problemática as características históricas da assistência a saúde aos povos indígenas, pois segundo Santos et al (32) as Equipes Volantes de Saúde, implementadas pela FUNAI em 1967, se limitavam ao tratamento de doenças e a distribuição de medicamentos. Para Tesser et al (33) a organização dos serviços por demanda espontânea, como ocorre predominantemente na organização do DSEIRN, tende a canalizá-lo para o atendimento médico, a realização de procedimentos diagnósticos e o uso de medicamentos.

Uma outra dimensão da atuação do AIS centrado no atendimento sob demanda diz respeito a realização de procedimentos de enfermagem. Para trabalhar em suas comunidades, os agentes referiam necessitar saber executar procedimentos como aferição de pressão arterial e temperatura, e realização de curativos e aplicação de soro e injeção. Esse tipo de conhecimento era justificado diante das situações de urgência e emergência que enfrentam, tais como acidentes com terçado, picadas de cobra ou diarreias graves. A contradição que apontamos é que ao mesmo tempo em que o DSEIRN orienta para não execução desses procedimentos, observamos que os enfermeiros optam por ensinar o manejo das tecnologias duras acima referidas, e um dos AIS acompanhados relatou que foi alocado pelo DSEIRN para treinamento por quatro dias numa emergência de hospital em SGC. A formulação incipiente de qual seria o papel e atribuições do AIS favorece esse tipo de contradição e ambiguidade.

Outros autores (27, 1) também identificaram os conhecimentos biomédicos como a principal demanda formativa dos agentes. Walt et al (5) assinalam que poucos estudos tem analisado como os CHW são capazes de manejar essas tecnologias biomédicas, e durante

nossa observação percebemos muitas dúvidas e erros dos agentes sobre o preenchimento de formulários, orientação de medicamentos e a realização de procedimentos (como aferição de PA e temperatura). Isso nos leva a apontar que a apropriação das tecnologias biomédicas é limitada pela falta de formação inicial e de supervisão contínua do trabalho dos AIS, situação identificada na região (10) e em outros Distritos (4).

Outra contradição grave do sistema, associada a organização do atendimento sob demanda, é que os AIS são convocados a realizar sozinhos a avaliação clínica e classificação de risco dos pacientes, função para qual não foram qualificados. Acreditamos que isso se dá pela conjunção de dois fatores articulados: a ausência de profissionais qualificados e a presença do AIS em comunidades isoladas. Consideramos que essas responsabilidades, de diagnosticar e avaliar o prognóstico dos pacientes, que são desproporcionais a pouca disponibilização pelo DSEIRN de formação, de supervisão e de recursos técnicos.

Concordamos com Silva (26) de que essas contradições no trabalho do AIS surgem da dificuldade de incorporação do mesmo na hierarquia profissional, na qual estão em disputa o uso e controle das tecnologias duras e leve-duras, como a distribuição de medicamentos. O conflito de expectativas e de interesses acerca do trabalho do AIS (29,4,10,11) gera a situação descrita por alguns autores como ambigüidade sobre o papel do AIS, entendida como caráter duvidoso.

De acordo com nossa análise, o trabalho do AIS no DSEIRN está focado no controle e na distribuição de tecnologias duras (medicamentos, procedimentos e exames) e leve-duras (encaminhamento para consultas). Apesar de observarmos a construção de sentidos e lógicas locais sobre a importância do manejo de tecnologias duras no trabalho do AIS, devemos assinalar que o trabalho vivo do AIS pode estar sendo capturado pelo trabalho morto. Neste contexto, as visitas domiciliares se tornam conversas rápidas para detectar doentes, distribuir medicamentos ou encaminhar para atendimento. Nas "Fichas de Produção do AIS", as únicas atividades valorizadas para registro eram os atendimentos dos doentes e distribuição de remédios, expressando uma redução do trabalho do AIS ao seu aspecto mais curativista.

Possivelmente isso nos ajuda a compreender a percepção dos agentes de que as visitas regulares poderiam ser prescindíveis, visto que durante as refeições e reuniões

comunitárias regulares, os agentes poderiam rapidamente fazer o levantamento dos doentes, distribuir medicamentos, aferição de pressão arterial e realizar informes. Novamente, identifica-se que a lógica comunitária subverte a diretriz técnica. Dias-Scopel (27) e Langdon et al (1) identificam esses mesmos aspectos no DSEI-Interior Sul, e Novo (11) no Xingu, que também se expressa na incompreensão dos agentes dos objetivos da visitação.

Outra dimensão estratégica do trabalho assistencial curativo observada no trabalho dos AIS de Buriti e Açaí era a solicitação de remoção dos enfermos ou encaminhamento para os serviços de saúde na cidade. Após sua avaliação da gravidade dos pacientes, os agentes se comunicavam com a sede do DSEIRN para informar os casos que consideravam graves ou para os quais não tinham recursos para tratar localmente.

Quando decidia-se pela remoção, seria papel do DSEIRN realizar o resgate ou fornecer os recursos (gasolina, principalmente) para sua realização. Entretanto, muitas vezes os AIS eram solicitados a usar recursos próprios para fazer o deslocamento do doente até SGC, de modo que precisavam solicitar emprestado da comunidade recursos como bote, gasolina e motor. O agravante dessa situação é que o DSEIRN deveria ressarcir esses recursos e garantir gasolina para o retorno do AIS e da família, entretanto, relatava-se que isso muitas vezes não ocorria ou demorava. Segundo os agentes, essa situação de não cumprimento dos acordos atinge o AIS levando a uma certa desmoralização e desprestígio do seu trabalho diante da comunidade. Novo (11) e Dias-Scopel (27) também relatam que a falta de recursos para encaminhamentos era uma queixa importante dos agentes e das comunidades.

Ainda que para as comunidades o papel do AIS fosse de provedor de recursos terapêuticos do branco, observamos que os agentes reconheciam e valorizavam os tratamentos tradicionais na resolução dos problemas de saúde. Existia uma coexistência entre as diferentes formas de atenção, conforme também identificado por outros autores (11, 26). A questão é que se por um lado a Pnspi preconiza que o AIS seja o principal responsável pela diferenciação da atenção, por outro as diretrizes técnicas-burocráticas do DSEIRN desconsideram as informações sobre os casos identificados e resolvidos pela medicina tradicional, que não constam nos registros oficiais. Portanto, o manejo do AIS de conhecimento e recursos tradicionais tornam-se invisíveis no modelo de atenção.

No trabalho desenvolvido pelos AIS, as atividades que escapavam da lógica curativa tinham como objetivo oferecer orientações sobre a higiene pessoal, dos alimentos, do domicílio ou da comunidade, durante as visitas e em palestras. Em nossa pesquisa, identificamos a higiene como o principal tema da educação em saúde em área indígena, coincidindo com perspectivas historicamente presentes na APS (14). Entretanto, os agentes consideravam que a higiene era um tema conflituoso e desconfortável para ser abordado com as famílias, de modo que, durante a observação participante, os agentes não realizaram nenhum tipo de recomendação. Na nossa análise isso se deve ao fato de que nessas sociedades não se atribuiu a um indivíduo um lugar de autoridade sobre a vida dos outros.

Segundo os AIS, as palestras ocorriam com periodicidade irregular, de acordo com as demandas locais e períodos de maior ocorrência de doenças e eram feitas nos espaços coletivos, reuniões e refeições, já instituídos pela comunidade. Além da higiene, outros temas freqüente citados eram as doenças e sua prevenção. Os AIS referiram trabalhar essa atividade em conjunto com os professores das escolas, que forneciam o apoio necessário, já que o DSEIRN não dava recursos materiais e orientações para estratégias educativas.

Outra atribuição identificada no trabalho de campo, mas que foi pouco referida nas entrevistas, foi o uso da radiofonia. O DSEIRN instituiu um horário para comunicação dos agentes, que pressupunha que os mesmos deveriam ligar a rádio diariamente num horário estipulado. O preenchimento de formulários, como ficha de produção do AIS, formulário de nascidos vivos e de mortes, eram outras atividades determinadas pela gestão do DSEIRN, mas eram pouco compreendidas e realizadas com falhas pelos AIS .

Na única visita de outros membros da equipe multidisciplinar observada durante o trabalho de campo, constatou-se que os agentes executaram somente atividades de apoio como limpeza, tradução e comunicação, conforme Rocha (10) já havia descrito na região. Novamente, retomamos a análise de Silva (26) sobre a dificuldade dos demais profissionais de saúde em inserirem o AIS na organização das ações de saúde. O contato do AIS com os demais membros da sua equipe era inconstante e irregular, seja pela ausência dos mesmos do Pólo-Base ou pela referida rotatividade dos profissionais. A comunicação e o apoio regular que os agentes recebiam era por meio da radiofonia com o enfermeiro de plantão disponível.

A relação dos AIS da comunidade de Açaí com os profissionais do ambulatório da missão era centrada na discussão da demanda espontânea de atendimento. Os agentes referiram que muitas pessoas tinham restrições quanto a serem atendidos nesse local; uma vez concluídas as visitas, os agentes passavam no ambulatório para discutir os casos com a médica. A partir do relato do AIS, a médica realizava o diagnóstico e fornecia a medicação, registra-se que eram escassas as orientações para a família e para o AIS.

O papel do AIS no modelo de atenção

Se considerarmos o predomínio do uso de tecnologias duras e leve-duras no trabalho do AIS, podemos apontar que nossos achados são semelhantes a análise de Diehl et al (4) que consideram que o processo de trabalho nos Distritos

"segue estruturado segundo a lógica da organização dos serviços de saúde pautados pelo modo capitalista de produção, pela racionalidade burocrática, pela hegemonia do saber biomédico e pela hierarquia de cargos legitimados por um sistema de treinamento formal. Nesse contexto o AIS ocupa um posição subalterna" (4 p. 827).

Apesar de no âmbito da gestão de seu trabalho os agentes transformarem seu cotidiano e práticas de acordo com a 'lógica comunitária', dentro da hierarquia das equipes os AIS não possuem a capacidade de transformar os processos técnico-burocráticos do DSEIRN. Diante das atuais condições e características do trabalho do AIS

Se nos apoiarmos na tipologia proposta por Fonseca (14), observamos que os papéis sociais do AIS tem se apresentado como:

- tradutores do idioma indígena quando profissionais de saúde externos à comunidade estão presentes, e principalmente, de difusão das informações biomédicas e, em menor grau, sobre uso dos serviços do DSEIRN;
- a referida correção das práticas sanitária não parecem ser viáveis no contexto das relações sociais;
- encaminhadores das demandas por atendimento ou de medicamentos;

- efetivadores de alguns tratamentos com uso de medicação industrializada, quando há disponibilidade para distribuição dos mesmos, e realizam o convencimento das ações do restante da equipe;
- mobilizadores das demandas da comunidade por atendimentos para o DSEIRN; e, pouco como articuladores das práticas comunitárias ou terapeutas locais pois estas são desconsiderados e desvalorizados pela lógica de organização do DSEIRN.

Consideramos que perpassa nesses papéis o predomínio de uma função de controle e distribuição dos recursos biomédicos para as comunidades. Esse papel é coerente com a demanda dos AIS por uma formação focada no uso e manejo de tecnologias dura e leves. Os agentes referiram uma expectativa, da comunidade, de diferenciação do AIS dos demais moradores, a partir da apropriação desses conhecimentos.

Concordamos com Novo (11) que o excesso de cobrança do desempenho do AIS na atenção biomédica é perpassado pela idéia de auto-gestão das políticas públicas pelos indígenas, aspecto também apontado por Mendonça (2). Reforçamos a hipótese de Mendonça (2) de que os AIS são mais um dos interlocutores indígenas criados para a articulação com a sociedade nacional.

Nesse contexto, a interlocução ou mediação tem que ser compreendidas a partir de uma lógica nativa. Encontramos na pesquisa de Kelly (34) um caminho interpretativo para essa questão. Esse autor argumenta que na busca por se beneficiarem tanto do mundo do branco quanto do indígena, os Yanomami precisam "domesticar o branco". Kelly (34) considera que nessa complementação entre dois mundos pode-se observar nos Yanomami um mecanismo de mediação semelhante ao xamanismo, no qual "o verdadeiro conhecimento provém de tornar-se o Outro e tomar o ponto de vista do Outro" (trad. nossa, 34 p.83). Segundo Kelly (34) esta seria uma mediação reconhecida e validada no contexto indígena. A característica dos povos ameríndios de construção de afinidades, mudando da alteridade para a identidade, estaria se reproduzindo na relação com os serviços de saúde, na forma de indigenização das ações de saúde (34).

Kelly (34) também considera que o trabalhadores indígena, com algum acesso a conhecimentos médicos, seriam responsáveis por controlar as performances dos demais profissionais, mais do que somente auxiliá-los. Essa seria a forma dos indígenas de

controlar as técnicas disciplinares do poder médico. Silva (26) encontra características semelhantes desse processo no trabalho dos AIS Munduruku.

Silva (26) considera que o AIS emerge como um mediador a partir do entendimento de um elo entre duas oposições, a comunidade e os serviços. Para a autora o AIS é um elo que reforça a relação entre comunidade e profissionais de saúde, que explicita que existem diferentes partes em disputa. Nessa posição de terceira parte, o agente não seria imparcial, pois sua vinculação com a comunidade lhe colocaria num lugar de posição de ambivalência. Consideramos que para o exercício dessa função o agente precisa aproximar-se da identidade do profissional de saúde.

Reforçando esse tipo de interpretação e ampliando-a, gostaríamos de propor que o AIS se insere num mercado simbólico de sentidos sobre seu trabalho e de uso das tecnologias da saúde. Entendendo o espaço de comunicação como um mercado simbólico, de produção, de circulação e de consumo de discursos, observa-se a disputa por sentidos dominantes (35). Essas disputas podem ser entendidas como lutas simbólicas pelas formas legítimas de ver o mundo, criando ou modificando categorias de percepção pelas quais descrevemos nossas práticas e representações(36,37).

Nesse sentido, a partir das falas e da observação do cotidiano dos AIS identificamos vários discursos concorrentes sobre as formas de operar e gerir tecnologias que estão em disputa. A formulação da política e da construção de atribuições formais para trabalhadores comunitários tem sua origem na APS, como apontamos inicialmente, e que se expressa na ênfase das visitas domiciliares no trabalho dos agentes. As ações educativas e preventivas são fortemente influenciadas pelo discurso higienista, presente desde as origens da APS (13-4), e igualmente na saúde indígena. E o modelo tecno-burocrático de organização dos serviços é referido pelos agentes na forma de solicitação padronizada do seu trabalho. Por outro lado, a forma de ação em saúde conhecida por essas comunidades é o modelo médico curativista implementado pelo SPI e Funai, e ainda não superado pelo DSEIRN.

Nas situações concretas, os modos como esses discursos são incorporados estão em relação com direta com as formas de organização social e com a visão de mundo dos indígenas. As relações de parentesco, por exemplo, mantém-se fundamentais para estabelecer o vínculo entre as pessoas, assim como a construção de afinidades. Numa sociedade que não centraliza o poder (38), o AIS fica submetido a lógica de organização da

comunidade, pois não tem prestígio para controlá-la. Também se pode apontar que a busca de autonomia das comunidade com relação as questões de saúde, é uma pauta do movimento indígena por desenvolvimento da auto-gestão das políticas públicas indigenistas.

Considerações Finais

Os AIS e as comunidades sobrevalorizam o domínio e uso de tecnologias duras (medicamentos e procedimentos) e leve-duras (diagnóstico e encaminhamentos para consulta), mostrando, nas visitas domiciliares e no atendimento sob demanda, uma captura do trabalho vivo pelo morto. Os AIS representam para as comunidades, sobretudo, o poder de distribuição e controle e dos recursos de saúde da sociedade ocidental.

Por outro lado, consideramos que nos modos de gerir as tecnologias de saúde os AIS exercem sua autonomia e liberdade, adequando o uso dessas tecnologias duras de acordo com a 'lógica comunitária'. No âmbito da gestão dos processos produtivos, o AIS valoriza a lógica relacional das comunidades indígenas, como os sistemas de troca e parentesco, mas essas transformações não incidem nos processos tecnico-burocráticos do DSEIRN.

O perfil de atuação do AIS no DSEIRN é compatível com o perfil que historicamente tem sido constituídos para os trabalhadores comunitários da saúde caracterizado pela extensão das ações de saúde em locais distantes dos serviços, com treinamentos rápidos e de baixo custo. Ressaltamos que esse tipo de perfil apresenta uma contradição grave, pois os AIS precisam responder a diversas e complexas demandas para as quais não dispõem de recursos materiais, não foram qualificados e não contam com supervisão. Incidem sobre essa situação a falta de diretrizes claras, de formação profissional, de supervisão, de recursos, e a disputa de diversos sentidos sobre o seu trabalho.

Identificamos que na realidade do DSEIRN os AIS trabalham isoladamente, tendo pouca interação ou articulação com os demais profissionais. Consideramos que a forma como o DSEIRN está estruturado, fortemente assentado no trabalho do AIS, prejudica a implantação plena do modelo de atenção preconizado pela PNASPI. Afirmamos que a complexidade das ações propostas na organização da APS não pode depender de um único trabalhador, sendo necessário um trabalho em equipe em que se articulem diversas áreas

específicas de saberes profissionais. Se em contextos urbanos tem se mostrado difícil a mudança do enfoque do modelo de atenção, na saúde indígena, as condições e formas de organização do trabalho tornam ainda mais complexo esse desafio.

Referências Bibliográficas

1. Langdon, JE; Diehl, EE; Wiik, FB; Dias-Scopel, RP. 2006. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646.
2. Mendonça, SBM. 2005. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: Reflexões. IN: Baruzzi, RG e Junqueira, C. (orgs). *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP.
3. Brasil. 2002. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.
4. Diehl EE, Langdon EJ, Dias-Scopel RP. 2012. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28 (5) : 819-831.
5. Walt G, Gilson L, Heggenhougen K, Knudsen T, Owuor-Omondi L, Perera M, Ross D, Salazar L, Malins S. 1990. *Community health workers in national programmes: just another pair of hands?* Philadelphia: Open University Press.
6. Garnelo L. 2006. Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia. In: Scherer E, Oliveira JA (org). *Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond.
7. Ayres JRCM. 2009. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*; v.18 (supl. 2): 11- 23.
8. Teixeira C. 2006. A mudança do modelo de atenção á saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: *Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família*. Teixeira C, Solla J (orgs). Salvador: Edufba: 19-58.
9. Merhy, E. 2002. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC.

10. Rocha, E.S.C. 2007. Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas [Dissertação]. Universidade Federal do Amazonas.
11. Novo MP. 2009. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. *Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar*; 1 (1):122-147.
12. Brasil. 2005. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. A formação de Agentes Indígenas de Saúde no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasil 1999-2005. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.
13. Castro Santos LA, Faria L. 2002. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*, no. 40-41, p.137-182.
14. Fonseca A. 2013. O trabalho do agente comunitário: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
15. Santos MR, Pierantoni CR, Silva LL. 2010. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1165-1181.
16. Faria H. X; Araújo M. D. 2010. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc. São Paulo*, v.19, n.2, p.429-439.
17. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. 2004. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446.
18. Cecilio LCO, Mendes TC. 2004. Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade* v.13, n.2, p.39-55.
19. Garnelo, L. 2003. Poder, Hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
20. Flick U. 2009. *Desenho da Pesquisa Qualitativa*. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão, revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed.

21. Richardson RJ. 2012. Pesquisa social: métodos e técnicas. Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres et al. 3^a. Ed., São Paulo: Atlas.
22. Chizzotti A. 2010. Pesquisa qualitativa em ciencias humanas e sociais. Antonio Chizzotti, 3^a. ed. Petropolis, RJ: Vozes.
23. Cicourel A. 1980. Teoria e método em pesquisa de campo. In: Zaluar A, organizadora. Desvendando máscaras sociais. 2^a. Ed, Livraria Francisco Alves Editora S.A. p. 87-121.
24. Minayo, M.C.S. 2010. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec.
25. Duarte R. 2002. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. Cadernos de Pesquisa; 115: 139-154.
26. Silva CD. 2010. Cotidiano, Saúde e Política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena. [Tese] Brasília: Universidade de Brasília.
27. Dias-Scopel, RP. 2005. O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde. [Dissertação].Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.
28. Langdon, EJ e Diehl, EE. 2007. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.19-36.
29. Dias-Scopel R P, Langdon EJ, Scopel D. 2007. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multiprofissional de saúde indígena. Tellus; 7 (13): 51-72.
30. Diehl EE, Grassi F. 2010. O uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(8):1549-1560.
31. Garnelo, L.; Wright, R. 2001. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17 (2): 273-284.
32. Santos, R. V; Cardoso, A. M; Garnelo, L; Coimbra Junior, C. E. A; Chaves, M. B. G. 2008. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil.In. Giovanella, L; Escorel, S; Lobato, L; Noronha, J; Carvalho, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz: p. 1035-1056.

33. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. 2010. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 3):3615-3624.
34. Kelly, José antonio. 2011. *State Healthcare and yanomami transformation: a symmetrical anthropology*. The University of Arizona Press.
35. Araújo, I. S. 2010. *A reconversão do Olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social*. São Leopoldo: Unisinos.
36. Bourdieu, P. 2004. *Coisas ditas*. Tradução Cássia R. Da Silveira e Denise Moreno. São Paulo: Brasiliense.
37. Bourdieu, P. 2010. *O poder simbólico*. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
38. Clastres P. 2004. A questão do poder nas sociedades primitivas. In: Clastres P. *Arqueologia da violência: pesquisas de antropologia política*. São Paulo: Cosac & Naify: p.143-152.

CAPITULO 6:

A perspectiva indígena de questões morais na relação com serviços de saúde no Brasil

1. Introdução

A percepção, compreensão e resolução dos problemas morais nos serviços de saúde são fortemente influenciados pelo contexto, rural ou urbano, onde ocorrem (1,2). Uma característica fundamental dos serviços de saúde em contextos rurais é que frequentemente as populações atendidas possuem práticas, conhecimentos e valores diferentes dos profissionais de saúde. As variações de compreensões de práticas e de valores morais levam a episódios de conflitos nos serviços de saúde (3).

Turner (4) afirma que nas últimas décadas vários estudos têm mostrado a considerável variação cultural nas formas como as famílias e os indivíduos entendem situações clínicas, como o diagnóstico terminal, a definição de morte, o uso de alta tecnologia, entre outras. Tais estudos mostram que algumas famílias consideram que o diagnóstico terminal não deveria ser abertamente discutido com os pacientes, o que entra em choque com a perspectiva de *truth telling* dos profissionais de saúde. O valor da autonomia do indivíduo se confronta com o coletivismo de alguns locais nos quais a família é considerada o espaço mais adequado para a tomada de decisão. Em certas sociedades, as experiências individuais de sofrimento e de adoecimento são entendidas em um espectro muito mais amplo de significados do que o biomédico, predominante na formação dos profissionais de saúde.

As diferenças culturais e de tradições religiosas estão diretamente relacionadas com essa diversidade moral existente na sociedade. Portanto, na relação entre povos indígenas e profissionais de saúde, essas diferenças deveriam ser tomadas como pressuposto. Ellerby e colaboradores (3) destacam que as decisões éticas dos povos nativos diferem dos valores hegemônicos da sociedade ocidental. Ademais, o contexto histórico das relações de poder existentes entre povos indígenas e sociedades nacionais também influencia nessa relação. No Brasil, durante séculos, agentes colonizatórios — como as instituições de saúde — desenvolveram o projeto de civilizar os indígenas, ou seja, entendiam que estes deveriam ser protegidos de si mesmos adotando os valores, costumes e *habitus* da cultura ocidental

(5). Nesse sentido, os indígenas foram desconsiderados como sujeitos morais, capazes de tomar decisões, com valores e conhecimentos próprios.

A discussão sobre uma perspectiva indígena das questões éticas é fundamental para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados a essa população, pois a falta de uma atenção culturalmente sensível pode ser responsável pelo não uso dos serviços de saúde e pelos maus resultados (6,7). Em vários países é visível que a população indígena apresenta menor expectativa de vida e maiores prevalência e incidência de diversos agravos (7-11).

Os sistemas médicos são culturalmente moldados e, no Brasil e em outros países, refletem valores ocidentais, cristãos e liberais, que terão impactos negativos naqueles que não compartilham essas bases (2,7). Na Austrália, autores relatam experiências de discriminação e preconceito que prejudicam a adesão a ações curativas e preventivas; dificuldades no acesso ao atendimento; problemas de comunicação; culpabilização dos pacientes indígenas por sua condição de saúde (9, 2). Ellerby e colaboradores (3) reconhecem diversas barreiras que impedem ou interferem no acesso aos serviços de saúde dos membros de comunidades indígenas no Canadá, como problemas de linguagem, falta de competência cultural dos profissionais de saúde, problemas de comunicação e de transporte. Wexler (7) identifica inadequação cultural dos programas sociais e de saúde, que, além de ineficazes, resultam para o autor em atitudes desrespeitosas com as ideias, valores e práticas indígenas no Alaska.

Turner (4) destaca a relevância de estudos sobre o ponto de vista moral de membros de comunidades específicas; nesse sentido, pretende-se, neste artigo, discutir a perspectiva indígena a respeito de questões morais na relação com os serviços de saúde na região do Alto Rio Negro/Amazonas/ Brasil. Nossa análise partirá do reconhecimento de que profissionais de saúde e indígenas não compartilham os mesmos *habitus* (12,13) e, portanto, constituem-se como estranhos morais (14). Nesse contexto, consideramos a ética discursiva como um caminho para a solução desses conflitos e forma de superar a relação colonizador-colonizado, (15).

***Habitus*, estranhos morais e ética discursiva**

Adotaremos a noção de *habitus*, proposta por Bourdieu. Os *habitus* são esquemas classificatórios de gostos, de compreensão e, também, de julgamento moral (13). Portanto, indígenas e não indígenas, que não compartilham o mesmo mundo social, desenvolvem diferentes atitudes e maneiras de agir, perceber e refletir.

Os “agentes portadores do mesmo *habitus* não precisam entrar em acordo para agir da mesma maneira” (16 p.86), pois a codificação comum assegura uma comunicação mínima (13). Todavia, se as condições objetivas ou o contexto se modificam, pode ocorrer uma defasagem entre o *habitus* antigo e as novas condições, que levariam os agentes a cometerem atitudes consideradas inadequadas, desencadeando conflitos (16).

Engelhardt (14) denomina estranhos morais aqueles que não compartilham premissas, regras ou autoridades morais, incorporados nos *habitus* de indivíduos e grupos. Por conseguinte, os amigos morais seriam aqueles que compartilham uma moralidade continuísta em um grupo de pessoas. Para resolver as controvérsias, os amigos morais podem recorrer ao argumento moral ou a uma autoridade reconhecida, mas os estranhos morais não: teriam que resolver por meio de um acordo comum, pois não compartilham as mesmas regras, pressupostos ou autoridades morais. O autor afirma que o não compartilhamento de uma moralidade essencial não significa a impossibilidade de compreensão da perspectiva do outro, de modo que propõe a resolução de conflitos por meio de acordos.

Concordamos com a perspectiva da ética discursiva, que tem sido trabalhada no contexto da relação entre indígenas e não indígenas no Brasil por Oliveira e Oliveira (15) e Oliveira (17) usando como fundamento o conceito de comunidade de comunicação e de argumentação de Karl-Otto Apel.

A comunidade de comunicação é um espaço social marcado por relações dialógicas, mas que para funcionar democraticamente como uma comunidade de argumentação necessita de um acordo intersubjetivo das normas e das regras entre os interlocutores (15).

Entretanto, no contexto interétnico de uma sociedade dirigida por um Estado uniétnico, observa-se a hierarquização de uma cultura sobre a outra, de modo a comprometer as condições de simetria e igualdade necessárias para um diálogo efetivamente

democrático. Esse é o desafio que encontramos no contexto das relações entre profissionais de saúde e indígenas para resolução de conflitos morais.

Saúde indígena no Brasil

Depois de séculos de opressão e de violência que levou ao extermínio de vários grupos indígenas, observa-se nos últimos anos uma tendência de crescimento demográfico da população indígena brasileira. O último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (18) mostrou que cerca de 897 mil pessoas (0,4% da população total) se identificam como indígenas, representando 305 etnias e 274 línguas.

A partir de 1999, implantou-se um sistema específico de atenção à saúde dos povos indígenas integrado ao sistema nacional de saúde brasileiro. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi) prevê a implantação de um modelo de atenção baseado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cujo objetivo é oferecer o acesso à atenção integral à saúde dos povos indígenas (19). Os Distritos oferecem serviços de atenção primária em saúde por meio da atuação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) nas comunidades indígenas, apoiados por médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos de enfermagem, localizados em comunidades de referência com polos-base. Essa rede local articula-se com o restante do sistema de saúde para oferta de serviços de média e alta complexidade.

Uma das diretrizes fundamentais desse subsistema é a atenção diferenciada, que preconiza a adequação dos serviços por meio da preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto intercultural, a articulação com os sistemas tradicionais de saúde e a diferenciação das ações e tecnologias para os contextos locais. Entretanto, essa diretriz encontra muitas dificuldades na sua concretização nos Distritos.

Alguns conflitos éticos oriundos da relação intercultural entre povos indígenas e sociedade nacional permanecem polêmicos. Entretanto, a literatura científica sobre as questões éticas emergentes na implantação do subsistema de saúde indígena ainda é incipiente. A pouca bibliografia disponível foca a questão do infanticídio (5, 20-25) e a ética em pesquisa (26).

Consideramos que o debate sobre o infanticídio indígena no Brasil levanta algumas questões para a discussão ética na saúde indígena, que são: a necessidade de buscar o ponto

de vista dos indígenas sobre os problemas e conflitos éticos na sua relação com os profissionais de saúde; o desafio da construção de uma perspectiva dialógica e não intervencionista para solucionar os conflitos; a importância de esclarecer as diferenças de moralidades entre indígenas e não indígenas e de considerar o atravessamento de questões mais amplas das relações entre povos indígenas e sociedade nacional nesse debate.

Metodologia

Essa é uma pesquisa qualitativa, interessada no “ponto de vista do ator” como produtor de sentidos (27,28). As técnicas utilizadas para coleta de dados foram a observação participante, na modalidade participante-como-observador (29,30); o registro sistemático em caderno de campo; e revisão bibliográfica internacional. A pesquisa foi aprovada no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CAAE 0058.0.031.000-11).

O trabalho de campo foi realizado durante 40 dias consecutivos em duas comunidades do Baixo Rio Içana no Distrito Sanitário Especial Indígenas do Alto Rio Negro (DSEIRN), situado no município de São Gabriel da Cachoeira (SGC). Os principais informantes e tradutores foram quatro AIS, duas mulheres e dois homens, que atuavam nessas comunidades. Os nomes das comunidades e pessoas utilizados são fictícios.

A observação participante compreendeu o acompanhamento diário das atividades coletivas das comunidades, a prestação de cuidados pelos quatro AIS e os itinerários terapêuticos seguidos pelos doentes atendidos. Também foram realizadas conversas informais com moradores sobre suas experiências nos serviços de saúde na cidade de São Gabriel da Cachoeira (SGC) e de Manaus. Os registros no diário de campo foram revisados e categorizados, buscando identificar situações que, na perspectiva dos indígenas, representavam conflitos na relação com profissionais de saúde.

Apesar de a pesquisadora estar nas comunidades exclusivamente para desenvolver o estudo, devido à sua formação médica e à sua atuação na região como professora de um curso de formação profissional de AIS, por vezes, os moradores e agentes a tratavam como profissional de saúde. Essas situações foram entendidas como parte do material empírico de análise da relação dos indígenas com os serviços, e como motivo de autocrítica.

Também realizou-se revisão bibliográfica no banco de dados do PubMed, em março de 2013, com os termos: “*ethics*” OR “*bioethics*” OR “*bioethical*” OR “*professional*

ethics” OR “*Ethic, Professional*” AND “*indigenous*” OR “*aboriginal*” OR “*indigenous population*” OR “*aboriginal population*” OR “*cultural context*” OR “*cultural context*” OR “*health services, indigenous*” OR “*health services, indigenous/ethics*” OR “*health services, indigenous/utilization*”. Esta revisão serviu para definição das categorias de análise e para comparação dos dados empíricos.

Contexto Local do Estudo

O DSEIRN está localizado no noroeste amazônico, em uma região denominada “cabeça do cachorro”. Essa região é uma bacia hidrográfica drenada pelo alto e médio do rio Negro e seus afluentes, como os rios Uaupés, Içana, Xié, entre outros inúmeros rios e igarapés. A maior parte desse território é da União, constituída por Terras Indígenas. É uma região povoada há pelo menos 3 mil anos por vários povos indígenas, sendo que atualmente ali vivem 17 povos falantes de idiomas de três troncos linguísticos — Arawak, Tukano e Maku. Nosso estudo ocorreu na região do rio Içana, pois é onde se localiza o povo Baniwa. A população Baniwa está distribuída em 90 assentamentos, e totaliza aproximadamente 5.486 indivíduos (31).

O estudo foi realizado Açaí e Buriti, com população predominantemente da etnia Baniwa e falantes de Língua Geral (Nheengatu). A região do Baixo Içana compreende uma região geopolítica entre a foz do Rio Içana e a aldeia de Tunuí. A maior proximidade da área urbana permitiu um processo colonizatório mais contundente, com intensa atuação de missões evangélicas e católicas e maior contato com agências da sociedade nacional, o que acentuou as transformações da sociedade tradicional Baniwa (32).

A organização social da vida cotidiana e da reprodução social é fortemente apoiada em um sistema de saberes míticos e formas de organização de parentesco, que também são fundamentais para compreensão da origem, manutenção e classificação das doenças nessa sociedade (33,34).

Resultados e Discussão

Nas comunidades estudadas as famílias preferencialmente buscavam resolver seus problemas de saúde com recursos locais, e esses abrangiam: a) os cuidados

domésticos/familiares, com uso de plantas medicinais, e/ou dietas e/ou automedicação com remédios industrializados; b) a consulta a terapeutas tradicionais indígenas; c) o atendimento dos AIS; d) menos frequentemente, a assistência de enfermeiros e técnicos de enfermagem do polo-base.

Em geral, a população indígena usava de forma complementar os diferentes recursos de saúde existentes no território; para eles não existiam conflitos ou contradições no uso concomitante de terapêuticas biomédicas e tradicionais. Segundo Menéndez (35), os sujeitos e grupos sociais realizam constantemente articulações entre formas de atenção, caracterizando o pluralismo médico das sociedades latino-americanas.

Os AIS são parte das equipes multidisciplinares de saúde do DSEIRN e realizavam a primeira avaliação e conduta dos usuários indígenas do subsistema de saúde nas comunidades. Quando eles consideravam que o caso era grave ou que não possuíam recursos locais para resolver o problema de saúde, eles se comunicavam por radiofonia com a sede do DSEIRN em busca de orientação sobre procedimentos ou para solicitar a remoção do doente para a cidade.

Na cidade de SGC, localizava-se uma Casa de Saúde do Índio (Casai) que oferecia hospedagem e cuidados aos indígenas encaminhados para atendimento na rede de referência local, hospital e ambulatório, gerenciados pelas secretarias estadual e municipal de Saúde, respectivamente. Quando necessário, os doentes podiam ser encaminhados à Manaus, e, nesses casos a Casai de Manaus hospedava os pacientes e gerenciava a continuidade do cuidado.

Durante o trabalho de campo, foi identificado que a remoção para a cidade era frequentemente uma decisão conflituosa para as famílias indígenas e as equipes do DSEIRN. Os AIS relatavam que muitas pessoas desistiam ou se recusavam a serem deslocadas ou a permitir a transferência de familiares para a cidade. Para os profissionais de saúde, essas recusas significavam resistência ao tratamento ofertado pelo DSEIRN.

Na literatura, encontramos que esse tipo de situação também é comum em outras regiões. Stamp e colaboradores (36) relatam que a transferência para serviços em áreas urbanas é uma experiência intimidadora para indígenas de áreas remotas na Austrália, e diz respeito ao receio do ambiente e de pessoas desconhecidas, às dificuldades e custos nos deslocamentos e alojamento, e às inadequações culturais dos serviços.

Na etapa de análise da pesquisa, selecionaram-se os registros no diário de campo relacionados com as situações de remoção, relatados pelos usuários indígenas ou acompanhados pela pesquisadora, que serviram de material empírico para a discussão sobre a perspectiva dos indígenas sobre os conflitos com os serviços de saúde.

a) Barreiras nos serviços e discriminação nos serviços de saúde

“Durante uma visita com o AIS Rodrigo, ele comenta com as três famílias reunidas que eu tinha perguntado as razões pelas quais as pessoas não gostam de ir para a cidade. o sr. Abreu diz que a Casai mistura muita gente, que o local é sujo e bagunçado, porque os funcionários não limpam o local e dizem que os indígenas é que deveriam limpar. Depois Dona Maria diz que a Casai de Manaus é pior que a de SGC, que lá não tem onde colocar a rede, que tem que dormir no chão”. (Trecho do diário de campo da comunidade Açaí)

Em muitos relatos tornava-se claro que para os indígenas as condições da Casai não eram adequadas para a hospedagem de pacientes e familiares. Essas experiências negativas eram reforçadas por histórias semelhantes de outros familiares e comunitários nas Casai e nos demais serviços de saúde. Esse tipo de percepção negativa dos serviços de saúde também foi identificado na Austrália por Stamp e colaboradores (36) e Aspin (9).

Os indígenas demonstravam pouca confiança na relação com os profissionais não indígenas e insegurança quando eram transferidos para os serviços urbanos, pois nestes se sentiam desconfortáveis, maltratados e submetidos a condições inadequadas. Dessa forma, a adesão às orientações e tratamentos ofertados era prejudicada e a remoção recusada pelos pacientes ou seus familiares, situação igualmente referida por outros autores (6,7,9,36). Stamp e colaboradores (36) destacam que a falta de informação disponível para os indígenas sobre o que esperar dos hospitais de referência agrava esse desconforto vivido, e consideramos que isso pode ser um fator relevante na região do Rio Negro.

Esse tipo de situação foi classificado por Betancourt (6) como barreiras estruturais no acesso aos serviços, pois se refere a dificuldades encontradas devido aos desenhos da estrutura física e de gestão dos serviços de saúde, como a hospedagem e manutenção dos espaços. Para o autor, esse tipo de barreiras também inclui a ausência de intérpretes,

demora nos atendimentos, dificuldades na referência a serviços especializados, ausência de material educativo e informações culturalmente sensíveis (6). Essas outras dificuldades no acesso nos serviços de saúde também são enfrentadas pelos indígenas brasileiros.

Consideramos que esses desenhos estruturais estão inadequados, pois refletem concepções estereotipadas e preconceituosas sobre os modos de vida dos indígenas. No Brasil, desde a época da colonização, os indígenas tiveram seus *habitus* incompreendidos pelos colonizadores e interpretados como selvagens (20,21). Pode-se perceber um choque entre *habitus* distintos nos serviços de saúde.

Para complexificar a situação, as culturas indígenas apresentam diferenças e diversidades importantes entre si, desse modo não é possível adotar um único tipo de tratamento para todo usuário indígena, o que se agrava pelo fato de a maioria dos DSEI atender a diversos povos.

Apesar de a legislação brasileira (37) determinar o atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação nos serviços, o funcionamento das instituições de saúde refletem valores e concepções existentes na sociedade. E percebemos que visões estereotipadas sobre os modos de vida dos indígenas levam à discriminaçãodesses usuários nos serviços, o que é também constatado por outros autores (7,9, 38). O registro de que existem disparidades étnicas no acesso e na qualidade do atendimento nos serviços de saúde é relatado em diversos estudos (2,6,9), mas é um fator pouco referido na bibliografia brasileira.

b) O desafio da diversidade e da pluralidade médica na atenção

A política nacional de saúde direcionada aos povos indígenas tem como diretriz o respeito aos costumes e práticas tradicionais de cuidado, o que é entendido como parte da atenção diferenciada. Segundo Betancourt (6), o reconhecimento da necessidade de adequação, ou de competência cultural dos serviços, tem se tornado mais evidente nos últimos anos, e no caso da atenção à saúde direcionada aos povos indígenas é mais evidente e necessária, posição compartilhada por vários autores (7, 3, 2).

Langdon (39) destaca que a doença é um processo construído socioculturalmente. Portanto, para cada cultura, os sintomas, as classificações e as terapêuticas para os problemas de saúde variam. Garvey e colaboradores (2) discutem que para os grupos

indígenas esse processo não é dissociado da espiritualidade, das relações familiares/comunitárias e do cosmo, característica encontrada no Alto Rio Negro.

No caso dos Baniwa, a origem e a classificação das doenças são feitas a partir de um sistema de saberes míticos relacionados com guerras entre famílias de heróis criadores (40). Garnelo e Buchillet (34) estabelecem uma taxonomia das doenças entre os Baniwa que evolui: doenças relacionadas com a agressão desses seres-espíritos; com envenenamentos, uma forma de bruxaria que tem lugar central na cosmologia Baniwa; com conflitos de gênero que remetem às guerras ancestrais entre homens e mulheres; doenças provocadas por Yoópinai — seres-espíritos da floresta; e doenças provocadas pelo contato, mas inseridas na cosmologia tradicional. Da mesma forma,

“a cura remete à instauração de estratégias de resolução de conflitos que ameaçam a ordem cósmica e social, fundada na hierarquia e troca de bens e serviços entre consanguíneos e afins, jovens e velhos, homens e mulheres” (34,p. 233).

Tais especificidades da compreensão do processo saúde-doença coexistem com a oferta de serviços governamentais baseados em APS, que são utilizados pelos indígenas no enfrentamento de seus problemas de saúde. Porém, na região do Rio Negro, os relatos dos indígenas revelaram que ainda existe um despreparo das instituições e dos profissionais de saúde para lidar com essas especificidades socioculturais do processo saúde-doença.

“Pergunto porquê as pessoas não gostam de ir para SGC, a agente Denise diz que o problema era que na Casai a comida é ruim, e eles misturam as etnias. Denise também fala que havia um senhor que começou com inchaço generalizado, ela pediu resgate e a família, a princípio, concordou, mas depois desistiu. A família achava que era doença tradicional (sopro) e queria tratar com remédio tradicional”.

(Trecho do diário de campo da comunidade Açai)

Nesse relato identificamos algumas barreiras, classificadas como clínicas, para Betancourt (6). Estas estão relacionadas às diferenças socioculturais no processo saúde-doença-cura que levam a conflitos nos serviços. Na região, percebe-se a incompreensão por parte de profissionais de saúde e gestores dessas diferenças, que se expressa na inadequação cultural quando da organização de serviços oferecidos, como: a mistura de pessoas de

diferentes etnias, que é entendido como uma situação de risco à saúde; a desconsideração das dietas e restrições alimentares tradicionais das famílias enfermas; e a proibição de especialistas, conhecedores de plantas, pajés e benzedores realizarem seus tratamentos nos espaços dos serviços públicos; o não reconhecimento das doenças tradicionais.

Garnelo e Wright (33) destacam que o deslocamento para a cidade e a permanência na Casai são eventos temidos para esses grupos, pois a produção de alimentos por pessoas de outros grupos é identificada como situação de risco para adoecimento; ademais, existe o receio de não se poder seguir a dieta adequada, segundo as tradições. A internação em hospitais ou permanência na Casai gera a ruptura de regras dietéticas, bastante restritivas para os enfermos e suas famílias, que alguns grupos mantêm. Essas regras não são exclusivas para o indivíduo enfermo e se estendem para a família, o que é diferente da lógicas dos serviços de saúde, cujo foco de atenção é exclusivamente o enfermo. Além disso, para essas sociedades a presença da família serve de apoio para os doentes, característica encontrada em outros contextos (3, 36).

As práticas médicas tradicionais dos povos indígenas não são respeitadas nos serviços de saúde. Para os indígenas, existe o uso complementar, não conflitivo, de recursos biomédicos e tradicionais; entretanto, para os profissionais de saúde é muito difícil aceitar essa coexistência. Lorenzo (41) enfatiza o frequente etnocentrismo na implantação das ações de saúde, que está baseado em uma visão de que “o saber científico deve esclarecer e/ou validar o saber local”(41 p.335). Dessa forma, observamos que as práticas locais dos especialistas de cura são toleradas nos territórios indígenas, mas não em áreas urbanas.

Além disso, cada grupo indígena apresenta uma forma de se expressar verbalmente e/ou corporalmente seus sinais e sintomas que podem ser incompreensíveis para profissionais não indígenas, o que leva a problemas de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Aspin e colaboradores (9) referem ser esse um dos principais problemas encontrados pelos indígenas nos serviços de saúde na Austrália.

Atualmente, a maioria dos profissionais de saúde que atuam nos Distritos não recebeu nenhuma preparação para atuar no contexto indígena. Vários autores brasileiros identificam o desconhecimento dos profissionais não indígenas da história, culturas e sistemas médicos dos povos indígenas (41 -43), e confirmam que os profissionais de saúde têm dificuldades na compreensão do que seria a atenção diferenciada (43,44). As ações de

saúde implementadas nos Distritos e na Casai são baseadas nos programas nacionais de saúde, sem adequações significativas nas tecnologias, sistemas de informação ou metas.

As concepções universalistas dos profissionais de saúde concretizam-se em um cuidado tecnicamente padronizado aos doentes, sem quaisquer considerações em relação às suas singularidades culturais. Devido às diferenças de concepção do processo saúde-doença-cura, Ellerby e colaboradores (3) relatam que, quando nos serviços de saúde, a população indígena percebe a instituição como desumanizadora, pois vivencia a separação mente-corpo e a separação da família e da comunidade.

c) Diferentes valores morais, formas de autonomia e os conflitos durante a tomada de decisão

Nos serviços saúde, observou-se que os indígenas são solicitados a tomar decisões com base em valores biomédicos. Entretanto, segundo Garvey e colaboradores (2), na perspectiva indígena, frequentemente o compromisso com a qualidade de vida é maior do que a busca da cura, assim como o desejo de ter um cuidado feito por indígenas e que envolva a cultura, a comunidade e a espiritualidade. Para Ellerby e colaboradores (3), devido a uma imposição de valores ocidentais, as instituições de saúde também podem ser associadas à cultura de colonização, o que poderia limitar a adesão aos cuidados ofertados. Consideramos que esses aspectos são relevantes para os indígenas da região do Alto Rio Negro/Brasil na sua relação com o sistema de saúde.

Para os indígenas, os parâmetros que orientam a tomada de decisão em situações clínicas não diferem daqueles aplicados nas demais situações da vida. As decisões éticas indígenas seriam frequentemente situacionais e altamente dependentes de valores individuais e do contexto familiar e comunitário (3). No contexto rionegrino, o *ethos* é fortemente orientado pela família (parentesco) e vida comunal. Para Ellerby e colaboradores (3), a ética indígena é mais bem entendida como um processo relacional, e de fato percebeu-se no trabalho de campo que para os indígenas era extremamente importante, na tomada de decisão, a qualidade da relação com os profissionais de saúde, principalmente com relação à confiança, à amizade e à empatia.

Também percebemos que para os indígenas e suas famílias do Alto Rio Negro os riscos e benefícios para o indivíduo podem ser relativizados diante dos interesses da família

e da comunidade, e a presença na família na tomada de decisão clínica é fundamental. Concordamos com autores (2,45) que apontam que a ênfase dominante na sociedade ocidental no respeito à autonomia — entendida como uma tomada de decisão individual, que prioriza o consentimento informado do enfermo — deveria ser substituída por concepções coletivistas. Ao invés de atribuir a unidade da decisão autônoma ao indivíduo, esta pode ser a família ou a comunidade, conforme também identificado por Hanssen (45).

Na tomada de decisão, as relações de poder podem ser acentuadas pelas barreiras linguísticas e pelas hierarquias profissionais. No DSEIRN, a existência dos AIS nas equipes multidisciplinares favorece essa possibilidade de diálogo, mas esses agentes não acompanham os doentes e familiares durante suas estadias na Casai e em outros serviços urbanos. No exercício da tradução, observa-se que a opinião do AIS é pouco valorizada pelos demais profissionais devido à sua inserção subalterna nas equipes de saúde (46).

Os profissionais de saúde deveriam ser capazes de reconhecer os diferentes modos de tomada de decisão, de noção de família e das formas de comunicação dos usuários indígenas (2), o que ainda é um desafio para no contexto observado. Na pesquisa, vivenciei essa dificuldade durante o trabalho de campo, quando um comunitário sofreu uma paralisia. Mobilizada pela possibilidade do indivíduo ter sofrido um Acidente Vascular Cerebral (AVC), tentei convencê-lo em aceitar a remoção rápida via transporte do DSEIRN, porém, desde a primeira conversa o enfermo afirmou desejar deslocar-se por meios próprios, o que levaria muito mais tempo. Somente depois de dois dias de diálogo, compreendi e aceitei que o enfermo queria gerenciar seu cuidado com seus próprios recursos, de modo que pudesse, no percurso, parar em outra comunidade para encontrar com seu filho, realizar tratamento tradicional, ficar hospedado na casa de familiares na cidade e procurar o hospital autonomamente e não pelo DSEIRN.

Nessa situação, assumi a postura de médica, para a qual o paciente não poderia entender a gravidade do caso, pois não tinha conhecimento biomédico, mas para as AIS e a família indígena não havia dúvida de que “ele não queria ir, então, ninguém vai forçar”. Para os profissionais de saúde é imperativo fazer algo e controlar o processo, e Menéndez (47) enfatiza que no processo de hegemonia da biomedicina construiu-se a situação de paciente subordinado ao conhecimento médico, postura incorporada no *habitus* profissional.

Essa postura é influenciada pelo paternalismo médico existente no Brasil, que persiste, pois se mantém, na formação dos profissionais de saúde, uma apropriação da tradição da ética hipocrática na qual se enfatiza que o profissional deve atuar sempre no sentido de “restaurar a saúde e prolongar a vida” dos pacientes, mesmo sem sua aprovação e inclusive contra sua vontade (48). Essa atitude é justificada pela ideia de que o saber técnico seria o único critério válido para a garantia do melhor interesse do paciente (48).

Porém, no Brasil, Barroso (49) refere que a Constituição de 1988 é um marco na garantia dos direitos individuais, adotando a concepção de dignidade humana como a capacidade de ser autônomo. Esse jurista defende que prevaleceria legalmente no país a ideia de que os indivíduos, com base em seus valores e princípios, sejam religiosos ou culturais, podem decidir sobre suas vidas e seus tratamentos médicos, inclusive podendo abrir mão de um direito fundamental, como a vida.

Mas também é nesse ponto que observamos que indígenas e não indígenas são estranhos morais. Autores que atuam no campo da saúde indígena (50) relatam que a oferta de cuidado à saúde é fortemente impactada pelo conflito entre os valores de igualdade e individualidade da sociedade ocidental e a organização das etnias das terras baixas sul-americanas, caracterizadas como sociedades de pessoas (e não de indivíduos) e marcadas pela tensão entre igualitarismo e hierarquia nos grupos de parentesco. Este é o caso específico das etnias do Alto Rio Negro.

A noção fundamental de liberdade individual de escolhas, que separa o indivíduo do meio sociocultural, entra em conflito com a noção de construção coletiva da pessoa desses grupos (50, 51, 26, 45). A noção de indivíduo é algo particular e histórico, e atualmente é base das teorias científicas, políticas, éticas e do trabalho em saúde na sociedade ocidental, mas projetá-la para outras sociedades gera equívocos e conflitos.

Esses pressupostos morais distintos fazem com que indígenas e não indígenas não compartilhem regras e valores interpessoais para se constituírem como uma comunidade de comunicação na resolução de conflitos.

Estratégias de resolução de conflitos

Ao considerar o referencial da ética discursiva, o grande desafio no campo da saúde indígena é a constituição de comunidades de comunicação que funcionem como

comunidades de argumentação, ou seja, que possam estabelecer regras e pressupostos para a construção de acordos (15,17). Durante o trabalho de campo, observou-se que as regras e valores morais diferiam entre indígenas e profissionais de saúde.

Outra característica dos encontros entre profissionais de saúde e usuários indígenas foi a falta de tempo para diálogo, pois os atendimentos eram muito rápidos e focados na queixa. Quando os AIS estavam presentes, apesar de as famílias terem noção do português, boa parte da conversa era feita com eles. A brevidade do atendimento era justificada pelo curto período de permanência das equipes nas comunidades, que levava à sobrecarga de demanda. Essa característica também foi identificada em outros serviços voltados para indígenas (52,53).

Nas consultas observadas, os enfermeiros conversavam pouco com os pacientes e familiares sobre os diagnósticos, as condutas e os procedimentos; em geral, ficava como responsabilidade dos AIS realizar as explicações e o convencimento para adesão ao tratamento ou da remoção. Em geral, não existia também um acompanhamento dos pacientes e dificilmente ocorria uma reavaliação do mesmo usuário.

Os vínculos entre os profissionais e as famílias pareciam muito frágeis, o que também era prejudicado pela alta rotatividade dos enfermeiros. Essas condições entram em conflito com a importância dada pelos indígenas à qualidade das relações humanas na tomada de decisão e no processo terapêutico (3,45).

Quando ocorria discordância com a indicação de transferência para a cidade, os principais responsáveis pelo diálogo e convencimento eram os AIS, que organizavam a maior parte das remoções. Os agentes costumavam respeitar o desejo das famílias, apesar da recusa lhes gerar algum constrangimento com a sede do DSEIRN. Também percebemos que por vezes, esses profissionais se queixavam de que as famílias eram resistentes, de que não entendiam a gravidade da doença, ou de que era um descaso com os doentes.

O DSEIRN adotou como estratégia solicitar aos que se recusam a remover os enfermos que assinassem um “Termo de Responsabilidade”, cujo maior objetivo parece ser isentar o DSEIRN das consequências dessa decisão. Essa estratégia é usada em outros Distritos, e, no nosso entendimento, é uma coação e constrangimento das famílias, e reforça a falta do diálogo e do entendimento das motivações sobre as recusas.

Alguns profissionais, com mais tempo e experiência, aprenderam a dialogar com lideranças e a realizar reuniões comunitárias para discutir seu planejamento e avaliação de atividades ou os problemas. Esse tipo de postura era bem visto pelos indígenas e auxiliava na resolução de conflitos, pois ia ao encontro da perspectiva coletivista do processo decisório dessas sociedades (45) e favorecia a construção de espaços de negociação.

Durante a estadia nos serviços de saúde em área urbana, os indígenas também relataram dificuldades para garantir seus direitos e seus desejos com relação às condutas terapêuticas. Para as situações de impedimento de atendimento de especialistas indígenas e uso de medicação tradicional, a solução usual era o retorno para as comunidades. Alguns terapeutas indígenas entrevistados relataram estratégias e tentativas de atenderem de forma escondida e despercebida nos hospitais.

Com relação ao uso de procedimentos mais invasivos e tecnológicos, foram registrados relatos de brigas e conflitos mais violentos com profissionais diante de suas recusas ou da incompreensão de algumas condutas, que, por vezes, eram realizadas à revelia do consentimento dos familiares. Principalmente nos casos mais graves, os indígenas relataram ser impedidos de acompanhar os doentes, inclusive as crianças.

Essas condições prejudicam a constituição de comunidades de comunicação entre indígenas e profissionais de saúde para a solução de conflitos, mantendo-se a incompreensibilidade entre os estranhos morais. É importante ressaltar que diferentes valores e experiências pessoais e profissionais, e de perfis (gênero, idade, classe social, escolaridade) dos prestadores de serviços e usuários também influenciam nas suas relações e formas de resolução das situações conflitivas, fatores também destacados por Lloyd e colaboradores (54).

Considerações Finais

A recusa dos indígenas no que diz respeito à transferência para os serviços de saúde em área urbana identificado no DSEIRN revelou diversos elementos conflitivos da relação entre indígenas e profissionais de saúde. Na nossa análise, esses relatos não se referiam à recusa à atenção biomédica propriamente dita, mas às barreiras culturais nos serviços e à desconsideração da perspectiva dos indígenas sobre o processo terapêutico. Também ocorria o conflito entre prioridades sociais, rituais ou familiares que se tornavam

competitivas com a oferta dos cuidados de saúde e cuja importância não era percebida pelos profissionais de saúde. Essa situação tem levado a experiências negativas e desrespeitosas nos serviços, a falhas de comunicação, à insatisfação, à baixa aderência aos tratamentos, à desconfiança na relação com os profissionais, entre outros problemas. Destacamos que alguns desses problemas identificados não são específicos para essa população.

O que faz com que problemas se tornem conflitos morais é a característica de anulação da perspectiva do sujeito indígena no seu modo de conduzir a vida e o processo terapêutico. Observou-se que as regras e valores morais diferem entre indígenas e profissionais de saúde e são um desafio para a organização dos serviços e para os processos de tomada de decisão terapêutica.

Nas situações discutidas entre profissionais de saúde com usuários indígenas ficaram evidentes os choques entre *habitus* distintos e a configuração de uma relação entre estranhos morais. Ademais, percebe-se que as condições e as características do encontro entre profissionais de saúde e usuários indígenas dificultam a constituição de comunidades de comunicação e de argumentação para a resolução de discordâncias.

É fundamental a reflexão sobre essas situações para evitarmos os efeitos negativos e danosos da adoção, por parte de profissionais de saúde, de valores da cultura ocidental dominante ou de concepções estereotipadas e discriminatórias sobre os indígenas.

A aceitação da pluralidade moral seria mais produtiva do que a busca de uma orientação para a conduta dos profissionais nos serviços de saúde, pois esta dificilmente seria factível diante da diversidade de concepções e práticas dos povos indígenas. É necessário que os profissionais se atentem para as percepções, expressões e valores de cada usuário indígena, e que flexibilizem suas práticas diante de cada contexto. A valorização da família durante o cuidado e a tomada de decisão, o uso de intérpretes durante o processo, o reconhecimento e o respeito dos conhecimentos e práticas tradicionais de saúde parecem fundamentais para a relação entre profissionais de saúde e indígenas nos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

1. Nelson W, Pomerantz A, Howard K, Bushy A. A proposed rural healthcare ethics agenda. *J Med Ethics* 2007; 33: 136-139.

2. Garvey G, Towney P, McPhee JR, Little M, Kerridge IH. Is there an Aboriginal bioethic? *J Med Ethics* 2004; 30: 570-575.
3. Ellerby JH, McKenzie J, McKay S, Gariépy GJ, Kaufert JM. Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures. *CMAJ* 2000; 163 (7): 845-50.
4. Turner, L. Bioethics in a multicultural world: medicine and morality in pluralistic settings. *Health Care Anal* 2003;v. 11, n.2,p. 99-117.
5. Garnelo, L. Bioethics and indigenous worlds: where do we situate ourselves? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26 (5): 853-878, 2010.
6. Betancourt JR, Green AR, Carrollo JE, Ananeh-Firempong O. Defining Cultural Competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports* 2003, 118: 293-302.
7. Wexler L. Behavioral health services “Don’t work for us”: Cultural incongruities in Human Service Systems for Alaska native Communities. *Am J Community Psychol* 2011, 47: 157-169.
8. Coimbra CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1): 125-132, 2000.
9. Aspin C, Brown N, Jowsey T, Yen L, Leeder S Strategic approaches to enhanced health service delivery for Aboriginal and Torres Strait Islander people with chronic illness: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Jun 8;12:143.
10. McMurray A. Culture-specific care for Indigenous people: A primary health care perspective. *Contemporary Nurse* (2008) 28: 165-172.
11. Tookenay VF. Improving the health status of aboriginal people in Canada: new directions, new responsibilities. *Can Med Assoc J* (1996), 155(11): 1581-1683.
12. Bourdieu, Pierre. *O senso prático*. Tradução Maria Ferreira. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
13. Bourdieu, Pierre. *Coisas ditas*. Tradução Cássia R. Da Silveira e Denise Moreno. São Paulo: Brasiliense, 2004.
14. Engelhardt HT 1998. *Fundamentos da bioética*. Loyola, São Paulo.

15. Oliveira, Roberto Cardoso de, Oliveira, Luís R. Cardos. Ensaio antropológico sobre moral e ética. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.
16. Bonnewitz, Patrice. Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu. Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
17. Oliveira, Roberto Cardoso de. O trabalho do antropólogo. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp, 2000.
18. IBGE. Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Brasília: IBGE, 2012.
19. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
20. Feitosa SF, Garrafa V, Cornelli G, Carvalho SJ. Bioethics, culture and infanticide in Brazilian indigenous communities: the Zuruahá case. Cad. Saúde Pública 2010, 26 (5): 853-878.
21. Lorenzo C. Is an interethnic ethic possible? Reflections on indigenous infanticide. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 26 (5): 853-878, 2010.
22. Schramm FR. 2010. The morality of infanticide at the crossroads between moral pluralism and human rights culture. Reflections on indigenous infanticide. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 26 (5): 871-3.
23. Segato RL. 2010. Leaving behind cultural relativism to endorse historical pluralism. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 26 (5): 875-6.
24. Lidório R. 2007. Uma visão antropológica sobre a prática do infanticídio indígena no Brasil. <http://www.ultimato.com.br/revista/artigos/309/uma-visao-antropologica-sobre-a-pratica-do-infanticidio-indigena-no-brasil>. Acessado em junho/2012.
25. Adinolfi VT. 2012. Enfrentando o infanticídio: bioética, direitos humanos e qualidade de vida das crianças indígenas. http://xa.yimg.com/kq/groups/20451959/578391691/name/enfrentando_infanticidio.pdf. Acessado em junho de 2012.

26. Coimbra CEA, Santos RV. Ética e pesquisa biomédica em sociedades indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 (3): 417-422, 1996.
27. Flick U. *Desenho da Pesquisa Qualitativa*. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão, revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed, 2009.
28. Chizzotti, Antônio. *Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais*. Antonio Chizzotti, 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
29. Cicourel A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: *Desvendando máscaras sociais*. Alba Zaluar Guimaraes Seleção, Introdução e Revisão técnica. 2^a. Ed, 1980, Livraria Francisco Alves Editora S.A. p. 87-121.
30. Foote-White W. 1980. Treinando a observação participante. In: Guimaraes AZ, organizadora. *Desvendando máscaras sociais*. 2^a. Ed, Livraria Francisco Alves Editora S.A.: p.77-86.
31. ISA. FOIRN. 2006. *Mapa-livro Povos Indígenas do Rio Negro: uma introdução à diversidade socioambiental do noroeste da Amazônia brasileira*. São Paulo: Instituto Socioambiental; São Gabriel da Cachoeira: Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro.
32. Garnelo, L. 2003. Poder, Hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
33. Garnelo, L. & Wright, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17 (2), mar-abr, 2001.
34. Garnelo, L & Buchillet, D. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano Oriental) do Alto Rio Negro (Brasil). *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p.231-260, jul./dez. 2006.
35. Menéndez E. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista Antropología Social* 2005;14: 33-69.
36. Stamp G, Miller D, Coleman H, Milera A, Taylor J. "They get a bit funny about going"- transfer issues for rural and remote Australian Aboriginal people. *Rural and Remote Health* 2006, 6 (536): 1-8.
37. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério*

- da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
38. Silva, C.D. 2010. Cotidiano, Saúde e Política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena. [Tese] Brasília: Universidade de Brasília.
 39. Langdon, E J. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. Roberto G. Baruzzi e Carmen Junqueira (orgs). São Paulo: Terra Virgem/ Unifesp, 2005.
 40. Garnelo, L. Mito, História e representação social de Doença Sexualmente Transmissível entre os Baniwa – Noroeste Amazônico. In: Nascimento, DR, Carvalho, DM, Marques, RC (orgs). Uma História Brasileira das Doenças. Rio de Janeiro: Ed. Mauad, 2006.
 41. Lorenzo, CFG. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde. Rev. bioét (impr.) 2011; 19 (2): 329-42.
 42. Bruno, PRA. Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil. Tese de doutorado apresentada no Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.
 43. Langdon, EJ e Diehl, EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.
 44. Langdon, JE; Diehl, EE; Wiik, FB; Dias-Scopel, RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):2637-2646, dez, 2006.
 45. Hanssen I, From human ability to ethical principle: An intercultural perspective on autonomy. Medicine, Health Care and Philosophy 2004, 7:269-279.
 46. Diehl E.E.; Langdon, E.J.; Dias-Scopel; R.P. 2012. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. Cad. Saúde Pública 2012, Rio de Janeiro, 28 (5), pp. 819-831.
 47. Menéndez, E. Antropologia Médica: orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuadernos de la Casa Chata 179. México, D.F.: CIESAS, 1990.

48. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
49. Barroso LR. Parecer: Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. Rio de Janeiro, 2010.
50. Coimbra C; Garnelo L . Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro S; Sansone L. (Org.). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. 1ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 153-174.
51. Seeger A, Matta R, Viveiros de Castro EB. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do Museu Nacional (Antropologia)*, 32:2-19.
52. Novo, MP. Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu. Brasília: Paralelo, 2010.
53. Kelly, JA. State Healthcare and yanomami transformation: a symmetrical anthropology. The University of Arizona Press, 2011.
54. Lloyd J, Wise M, Weeramanthri T, Nugus P. The influence of professional values on the implementation of Aboriginal health policy. *Journal of Health Services Research & Policy* 2009, 14 (10): 6-12.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação de um subsistema que ofereça atenção integral para as populações indígenas é ainda um desafio. Apesar da recente criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), a sua formulação ainda está fortemente baseada na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas de 2002, e demais diretrizes formuladas pela Funasa. Entendemos que a diretriz da atenção diferenciada da Pnspi é fundamental para a garantia da qualidade desse subsistema, pois os sistemas médicos oficiais podem ter efeitos negativos naqueles que não compartilham os valores hegemônicos da sociedade.

Entretanto, observa-se predominantemente na formulação e na implementação de políticas de saúde a adoção de metas, de ações e de normas uniformes e padronizadas. Isso nos levou a problematizarmos inicialmente a conceituação de modelos de atenção. Nesse sentido, buscamos um enfoque que considerasse a diversidade de conceitos e estratégias das práticas de saúde, e que incorporasse as tensões, os conflitos e a negociação como partes constitutivas dos modelos de atenção. A formulação proposta por Ayres (2009) agregada à perspectiva antropológica de Menéndez (2003, 2005, 2009) nos possibilitou destacar o pluralismo médico existente nos territórios indígenas, além dos usos e as articulações das diferentes formas de atenção feitas pelos sujeitos.

A proposta organizativa dos DSEI se baseia em princípios da APS, tais como delimitação territorial e populacional, equipes multiprofissionais, articulação com serviços de média e alta complexidade e participação comunitária. Na sua formulação pudemos identificar três princípios para a atenção diferenciada: a) adequação das tecnologias em saúde; b) respeito e articulação com as representações e práticas tradicionais; e, c) participação dos indígenas na formulação e execução do subsistema.

Porém, as estratégias operacionais para a implementação da atenção diferenciada se limitam a adequação de profissionais e de tecnologias, como partes constitutivas dos modelos. Essa perspectiva dificulta a incorporação da diversidade como elemento estruturante do sistema, e minimiza a disputa de sentidos existente no contexto do pluralismo médico. Ademais, subjaz nessas estratégias a ideia de que a presença indígenas nas equipes, a partir da inserção do AIS, garantiria a diferenciação das ações.

A fragilidade da formulação da diretriz de atenção diferenciada reflete-se na pouca clareza sobre as formas de organizar ações de saúde culturalmente sensíveis. Como resultado, observamos pouca especificidade na forma como são desenvolvidas as práticas de saúde no DSEIRN. A organização da atenção está direcionada para o modelo biomédico, privilegiando-se o uso das tecnologias duras e leve-duras. Essas características são constatadas no desenvolvimento e registro das atividades do Distrito, nas demandas das comunidades e no trabalho do AIS.

Se nos limitássemos a análise da proposta e da execução da atenção pelo sistema oficial, encontraríamos poucas indicações da pluralidade de sistemas médicos existentes nas comunidades indígenas e das possibilidades de articulação entre os mesmos. Mas, a luz dos referenciais adotados, durante a observação participante, identificamos nas comunidades indígenas a existência e a negociação de diferentes representações e práticas de saúde. Esse uso de diversas formas de atenção, como a tradicional, a biomédica e a autoatenção, nos itinerários terapêuticos nos permitem apontar a possibilidade de coexistência e articulações que são desconsideradas pelo sistema oficial e pelos profissionais de saúde. A identificação dos fluxos existentes no território nos parecem essenciais para apreender a dimensão de dinamicidade da construção sociocultural do processo saúde-doença-cuidado nessas sociedades. Esses achados nos apontam que a diferenciação da atenção passa pela incorporação da perspectiva dos usuários indígenas na forma de utilizar os diferentes recursos de saúde, sugerindo que a autoatenção é central nesse processo.

Nossas análises sobre o trabalho do AIS foram coincidentes com muitos achados na literatura sobre o tema. Identifica-se que ainda existem muitas dúvidas e conflitos sobre qual deveria ser o papel do AIS no subsistema. Por outro lado, observamos que para os agentes e suas comunidades seu principal papel seria de controlar e de distribuir os recursos da medicina ocidental. O foco da realização de visitas domiciliares, principais atribuições dos AIS na região, são as ações curativistas.

O perfil do AIS no DSEIRN se mantém como um trabalhador comunitário da saúde que precisa responder a demandas e problemas que estão muito acima da oferta de qualificação, de supervisão ou de recursos que recebem. Assim, o trabalho do AIS é insuficiente para mudar a forma de organização da atenção no DSEIRN, que mantém um

padrão semelhante ao existente previamente a Pnasp, com foco na distribuição de medicamentos e atendimento dos doentes.

As formas de organização social das comunidades rionegrinas influenciam o trabalho do AIS, e tensionam as orientações dadas aos agentes pelos enfermeiros do DSEIRN. Nesse sentido, o trabalho vivo do AIS nos mostra que os valores e regras dessas sociedades transformam as formas como desempenham sua rotina e suas atividades. Encontramos nas formas pelas quais os AIS gerem as tecnologias e organizam seu processo de trabalho o maior espaço de liberdade e adequação sociocultural das ações. Porém, sua inserção subordinada na equipe, por ser o trabalhador menos qualificado tecnicamente, dificulta sua contribuição para mudanças nas diretrizes técnico-burocráticas.

Apesar disso, constatou-se que os agentes reconhecem e valorizam os recursos tradicionais de cuidado, mas não são solicitados a repassar essas informações para os demais profissionais ou serviços de saúde. Isso mostra que a presença de indígenas nas equipes de saúde favorece, mas não é suficiente, para a diferenciação da atenção.

Analisando o ponto de vista dos usuários indígenas sobre os serviços, observamos que a incompreensão de suas especificidades socioculturais tem levado a episódios de conflitos com os profissionais de saúde, principalmente nos serviços em área urbana. O despreparo dos profissionais associado ao choque de *habitus* distintos leva ao desrespeito dos indígenas e a experiências negativas desses nos serviços. Ademais, o choque entre diferentes valores na tomada de decisão e o paternalismo dos profissionais de saúde leva ao não reconhecimento das opções dos indígenas sobre seu processo de cuidado, seja na inclusão de terapias tradicionais ou na recusa de procedimentos biomédicos. Essas características relatadas da relação dos indígenas com os serviços apontam para uma questão moral na implementação do subsistema. Outras pesquisas, incluindo o estudo da perspectiva dos profissionais de saúde não indígenas, sobre a relação com os usuários e trabalhadores indígenas são fundamentais para analisarmos os limites e potencialidades da construção de uma perspectiva dialógica nessa relação.

Apesar de nossa investigação focar num contexto específico do DSEIRN consideramos que essas reflexões podem servir para problematizarmos a formulação e implementação do modelo de atenção na região do Alto Rio Negro e em outros Distritos. Procuramos incorporar referenciais e autores que pudessem contribuir com novas

abordagens sobre a temática, ampliando os argumentos e discursos sobre esse campo de investigação. Nesse sentido, avaliamos que a teoria social do discurso e as formulações de Bourdieu sobre poder simbólico auxiliam na análise da perspectiva conceitual sobre modelos de atenção que adotamos.

Consideramos que devem ser realizados outros estudos sobre as formas como os usuários indígenas constroem seus itinerários terapêuticos e como se relacionam com as diferentes formas de atenção, oficial ou não, para a construção de modelos alternativos. Acreditamos que a atenção deve ser moldada de acordo com cada contexto sociocultural, de forma que dificilmente o ideal será construir um padrão único de funcionamento dos DSEIs. Da mesma forma, a construção da atenção diferenciada deve ter diferentes expressões de acordo com os contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, I. S. 2000. **A reconversão do Olhar: prática discursiva e produção dos sentidos na intervenção social.** São Leopoldo: Unisinos.

ASPIN, C.; BROWN, N.; JOWSEY, T.; YEN L.; LEEDER S. 2012. **Strategic approaches to enhanced health service delivery for Aboriginal and Torres Strait Islander people with chronic illness: a qualitative study.**BMC Health Serv Res. Jun 12, pp.143- 152.

ATHIAS, R. e MACHADO, M. 2001. **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2); pp. 425-431.

AYRES J.R.C.M. 2009.Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde e Sociedade ; v.18 (supl. 2): pp.11- 23.

BARROSO L.R. 2010. Parecer: Legitimidade da recusa de transfusão de sangue por Testemunhas de Jeová. Dignidade humana, liberdade religiosa e escolhas existenciais. Rio de Janeiro.

BELLATO R.; ARAÚJO, L.F.; CASTRO, P. 2008. **O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde.** In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA. Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO; pp. 167-187.

BETANCOURT, J.R.; GREEN, A.R.; CARROLLO, J.E.; ANANEH-FIREMPONG, O. 2003. **Defining Cultural Competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care.** Public Health Reports, 118; pp.293-302.

BONNEWITZ, P. 2003. **Primeiras lições sobre a sociologia de P. Bourdieu.** Tradução de Lucy Magalhães. Petrópolis, RJ: Vozes.

BOURDIEU, P. 2004. **Coisas ditas.** Tradução Cássia R. Da Silveira e Denise Moreno. São Paulo: Brasiliense.

BOURDIEU, P. 2010. **O poder simbólico.** Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

BOURDIEU, Pierre. 2011. O senso prático. Tradução Maria Ferreira. Petrópolis, RJ: Vozes.

BRASIL. 2002. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

BRASIL. 2004. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Referencial curricular para o curso técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: MS/MEC.

BRASIL. 2005. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. **A formação de Agentes Indígenas de Saúde no âmbito da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasil 1999-2005. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

BRASIL. 2007. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde.

BRODY, H. 1997. **Medical bioethics and Cultural diversity**. Indian J Pediatr; v. 64: pp. 277-284.

BRUNO P.R.A. 2008. **Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil** [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz.

CASTRO SANTOS, L.A.; FARIA, L. 2002. **Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo**. Teoria e Pesquisa, no. 40-41, p.137-182.

CECILIO, L.C.O.; MENDES, T.C. 2004. **Propostas Alternativas de Gestão Hospitalar e o Protagonismo dos Trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?** Saúde e Sociedade v.13, n.2, pp.39-55..

CHAVES, M.B.G.; CARDOSO, A.M.; ALMEIDA, C. 2006. **Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base de Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):295-305.

CHIZZOTTI, A. 2010. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Antonio Chizzotti, 3 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

CICOUREL A. 1980. **Teoria e método em pesquisa de campo**. In: Zaluar A, organizadora. Desvendando máscaras sociais. 2^a. Ed, Livraria Francisco Alves Editora S.A.pp. 87-121.

CLASTRES P. 2004. **A questão do poder nas sociedades primitivas**. In: Clastres P. Arqueologia da violência: pesquisas de antropologia política. São Paulo: Cosac & Naify.pp.143-152.

COIMBRA, C; GARNELO, L . 2004. **Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil**. In: MONTEIRO, Simone; SANSONE, Lívio. (Org.). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. 1ed.Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 153-174.

COIMBRA, C.E.A; SANTOS, R.V. 1996. **Ética e pesquisa biomédica em sociedades indígenas no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 12 (3): 417-422.

CORRÊA, J.G.S. 2002. **A administração dos índios: as diretrizes para o funcionamento dos postos indígenas do SPI**. In: SOUZA LIMA, Antônio Carlos de (org.). Gestar e Gerir: estudos para uma antropologia da administração pública no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará.. (Coleção Antropologia da Política). P. 125-145.

DIAS-SCOPEL, R. P., LANGDON, E.J., SCOPEL, D. 2007. **Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multiprofissional de saúde indígena**. Tellus; 7 (13): 51-72.

DIAS-SCOPEL, RP. 2005. **O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde** [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

DIEHL, E.E.; GRASSI, F. 2010. **O uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(8):pp.1549-1560.

DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J.;DIAS-SCOPEL; R.P. 2012. **Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros**. Cad. Saúde Pública 2012, Rio de Janeiro, 28 (5), pp. 819-831.

DUARTE R. 2002. **Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo**. Cadernos de Pesquisa; 115,pp. 139-154.

ELLERBY, J.H.; MCKENZIE, J.; MCKAY, S.; GARIÉPY, G.J.; KAUFERT, J.M. 2000. **Bioethics for clinicians: 18. Aboriginal cultures**. CMAJ; 163 (7): pp.845-50.

- ENGELHARDT, H.T. 1998. **Fundamentos da bioética**. Loyola, São Paulo.
- ENGELHARDT, Jr. H. 2006. **Critical Care: Why There is no Global Bioethics**. *Current Opinion in Critical Care*, 11.6: pp. 605-609.
- ERTHAL, R.M.C. 2003. **A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica**. In: Coimbra Jr, C; Santos, RV, Escobar, AL. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.197-216.
- FARIA, H. X; ARAÚJO, M. D. 2010. **Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos**. *Saúde Soc*. São Paulo, v.19, n.2, pp.429-439.
- FEITOSA, S.F.; GARRAFA, V.; CORNELLI, G.; CARVALHO, S.J. 2010. **Bioethics, culture and infanticide in Brazilian indigenous communities: the Zuruahá case**. *Cad. Saúde Pública*, 26 (5):pp. 853-878.
- FLICK, U. 2009. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão, revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Porto Alegre: Artmed.
- FOLLÉR, ML. 2004. **Intermedicalidade: A zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde**. In: *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Esther Jean Langdon e Luiza Garnelo (Orgs). Rio de Janeiro: Contra Capa, pp. 129-147.
- FONSECA A. 2013. **O trabalho do agente comunitário: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde** [tese]. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz.
- FOOTE-WHYTE, W. 1980. **Treinando a observação participante**. In: Guimarães AZ, organizadora. *Desvendando máscaras sociais*. 2^a. Ed, Livraria Francisco Alves Editora S.A.: p.77-86.
- GARNELO L. 2006. **Mito, História e Representação Social de Doença Sexualmente Transmissível entre os Baniwa do Noroeste Amazônico**. In: Nascimento DR; Carvalho DM; Marques RC (orgs.). *Uma História Brasileira das Doenças*. RJ: Mauad X, pp. 24-36.
- GARNELO, L; LANGDON, EJ. 2005. **A Antropologia e a Reformulação das Práticas Sanitárias na Atenção Básica à Saúde**. In: *Críticas e Atuantes*. Ciências Sociais e

Humanas em Saúde na América Latina. Maria Cecília Minayo e Carlos EA Coimbra Jr (orgs.). p.133-156. Rj: Ed. Fiocruz, 2005.

GARNELO, L; MACEDO, GM; BRANDÃO, LC. 2003. **Os povos indígenas e a construção das políticas públicas de saúde no Brasil.** Brasília: Ed. OPAS.

GARNELO, L. 2003. **Poder, Hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro.** Rio de Janeiro: editora Fiocruz.

GARNELO, L. 2006. **Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia.** In: Scherer E, Oliveira JA (org). Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural. Rio de Janeiro: Ed. Garamond.

GARNELO, L. 2006. **Políticas de Saúde Indígena na Amazônia: Gestão e Contradições.** In: Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural. Elenizes Scherer e José Aldemir de Oliveira (orgs.) Rio de Janeiro: Ed Garamond LTDA, p. 133-160, v. 1.

GARNELO, L. 2010. **Bioethics and indigenous worlds: where do we situate ourselves?** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (5): pp. 853-878.

GARNELO, L.; BUCHILLET, D. 2006. **Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano Oriental) do Alto Rio Negro (Brasil).** Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p.231-260.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. 2001. **Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17 (2): pp.273-284.

GARVEY, G.; TOWNEY, P.; MCPHEE, J.R.; LITTLE, M; KERRIDGE, I.H. 2004. **Is there an Aboriginal bioethic?** J Med Ethics; 30: 570-575.

GERHARDT, T.E. 2006. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade.** Cad. Saúde Pública; 22(11): pp.2449-2463.

GERHARDT, T.E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D.L. 2008. **Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado.** In: Pinheiro R, Silva Junior AG, Mattos RA. Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO:pp. 197-214.

- GIL, L P. 2007. **Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia.** Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, pp.48-60.
- HANNERZ, U.1997. **Fluxos, Fronteiras, Híbridos: palavras-chave da antropologia transnacional.** Mana ; 3(1): pp. 7-39.
- HANSSEN, I, 2004. **From human ability to ethical principle: An intercultural perspective on autonomy.** Medicine, Health Care and Philosophy, 7:pp.269-279.
- IBGE. 2012. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça.** Brasília: IBGE.
- ISA. FOIRN. 2006. **Mapa-livro Povos Indígenas do Rio Negro: uma introdução à diversidade socioambiental do noroeste da Amazônia brasileira.**São Paulo: Instituto Socioambiental; São Gabriel da Cachoeira: Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro.
- Kelly, J.A. 2011. **State Healthcare and yanomami transformation: a symmetrical anthropology.** The University of Arizona Press.
- LANGDON, E.J. 2004. **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.** In: Langdon EJ; Garnelo L, organizadoras. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia:pp. 33-51.
- LANGDON, E.J. 2005. **A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica.** In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores.Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica. São Paulo: Terra Virgem/ Unifesp.
- LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E. 2007. **Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil.** Saúde Soc. São Paulo; 16(2):pp.19-36.
- LANGDON, J.E.; DIEHL, E.E.; WIJK, F.B.; DIAS-SCOPEL, R.P. 2006. **A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(12):pp.2637-2646.
- LÉVI-STRAUSS, C. 1975. **A Estrutura dos Mitos.** In: Antropologia Estrutural. Claude Lévi-Strauss. Rio de Janeiro: Ed Tempo Brasileiro, pp. 237-266.

- LÉVI-STRAUSS, C. **Mito e Significado**. Lisboa: Edições 70, 1993.
- LLOYD, J.; WISE, M.; WEERAMANTHRI, T.; NUGUS, P. 2009. **The influence of professional values on the implementation of Aboriginal health policy**. Journal of Health Services Research & Policy, 14 (10): pp.6-12.
- LORENZO, C. 2010. **Is an interethnic ethic possible? Reflections on indigenous infanticide**. Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, 26 (5): pp. 853-878.
- LORENZO, C.F.G. 2011. **Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde**. Rev. bioét (impr.); 19 (2): pp.329-42.
- MATTOS, R. 2001. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS.
- MATTOS, R. 2004. **A integralidade na prática (ou a prática da integralidade)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):pp.1411-1416.
- MCMURRAY, A. 2008. **Culture-specific care for Indigenous people: A primary health care perspective**. Contemporary Nurse; 28: pp.165-172.
- MENDES, E.V. 1993. **Distrito Sanitário: O processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 1993.
- MENDONÇA, S.B.M. 2005. **O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: Reflexões**. IN: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP, pp. 227-244.
- MENÉNDEZ, E. 1990. **Antropología Médica: orientaciones, desigualdades y transacciones**. Cuadernos de la Casa Chata 179. México, D.F.: CIESAS.
- MENÉNDEZ, E. 2003. **Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas**. Ciênc. saúde coletiva, vol.8, no.1, pp.185-207.
- MENÉNDEZ, E. 2005. **Intencionalidad, experiência y función: la articulación de los saberes médicos**. Revista Antropología Social;14:pp. 33-69.
- MENÉNDEZ, E. 2009. **Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas**. In: Menéndez E. De sujetos,

saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial:pp. 25-72.

MERHY, E. 2002. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MICHELAT, G. 1982. **Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em Sociologia**. In: Thiollent, MJM, organizador. *Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária*. Editora Polis; p.191-211.

MINAYO, M.C.S. 2010. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec.

NELSON, W.; POMERANTZ, A.; HOWARD, K.; BUSHY, A. 2007. **A proposed rural healthcare ethics agenda**. *J Med Ethics*; 33:pp. 136-139.

NOVO, M.P. 2009. **Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu**. *Revista de Antropologia Social dos alunos do PPGAS-UFSCar*; 1 (1):pp.122-147.

NOVO, M.P. 2010. **Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. Brasília: Paralelo.

Novo, MP. *Os agentes indígenas de saúde do Alto Xingu*. Brasília: Paralelo, 2010.

OLIVEIRA, L.S.S. 2005. **O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho**. IN: Baruzzi, RG e Junqueira, C. (orgs). *Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História*. São Paulo: Terra Virgem/ UNIFESP.

OLIVEIRA, R. C.; OLIVEIRA, L. R. C.. 1996. **Ensaio antropológico sobre moral e ética**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

OLIVEIRA, R.C. 2000. **O trabalho do antropólogo**. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: Editora Unesp.

PAIM, J.S. 1999. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais**. In: Rouquayrol MZ organizadora. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Medsi:pp. 473-482.

PAIVA, C.H.A. 2003. **A saúde pública em tempos de burocratização: o caso do médico Noel Nutels**. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* , vol.10, n.3, p. 827-851.

PINHEIRO, R; LUZ, MT. 2003. **Práticas Eficazes X Modelos Ideiais: ação e pensamento na construção da integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.

(Orgs.). A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, pp. 7-34.

PINTO, M.J. 2002. Comunicação e Discurso: introdução à análise de discursos. São Paulo: Hacker Editores.

PONTES, A.L.; GARNELO, L. 2010. **A construção do modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil e a integralidade**. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, orgs. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ; pp. 367-382.

PONTES, A.L.; STAUFFER, A.; GARNELO, L. 2012. **Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde**. In: Garnelo L, Pontes, A, orgs. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI:pp. 264 – 288.

REGO, S.; PALÁCIOS, M.; SIQUEIRA-BATISTA, R. 2009. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. 2004. **A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2):pp.438-446.

RICHARDSON, R.J. 2012. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres et al. 3^a. Ed., São Paulo: Atlas.

ROCHA, E.S.C. 2007. **Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas** [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas.

ROESE, M. 1998. **A metodologia do Estudo de caso**. Cadernos de Sociologia; 9 :pp.189-200.

SANTOS, M.R.; PIERANTONI, C.R.; SILVA, L.L. 2010. **Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 20 [4]:pp. 1165-1181.

SANTOS, R. V; CARDOSO, A. M; GARNELO, L; COIMBRA JUNIOR, C. E. A; CHAVES, M. B. G. 2008. **Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil**.In. Giovanella, L; Escorel, S; Lobato, L; Noronha, J; Carvalho, A. I. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 1035-1056.

- SEEGER, A.; MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E.B. 1979. **A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras**. Boletim do Museu Nacional (Antropologia), 32:2-19.
- SILVA JUNIOR, A.G. 2006. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec.
- SILVA, C.D. 2010. **Cotidiano, Saúde e Política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena**. [Tese] Brasília: Universidade de Brasília.
- SILVA, I.Z.Q.J.; TRAD, L.A.B. 2004/2005. **O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais**. Interface- Comunic, Saúde, Educ, v.9, n. 16, pp 25-38.
- STAMP, G.; MILLER, D.; COLEMAN, H.; MILERA, A.; TAYLOR, J. 2006. **“They get a bit funny about going”- transfer issues for rural and remote Australian Aboriginal people**. Rural and Remote Health, 6 (536): pp.1-8.
- TEIXEIRA, C. 2006. **A mudança do modelo de atenção á saúde no SUS: desatando nós, criando laços**. In: Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Teixeira C, Solla J (orgs).Salvador: Edufba:pp. 19-58.
- TESSER, C.D; NETO, P.P.; CAMPOS, G.W.S. 2010. **Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família**. Acolhimento e (des)medicalização social:Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):pp. 3615-3624.
- TOOKENAY, V.F. 1996. **Improving the health status of aboriginal people in Canada: new directions, new responsibilities**. Can Med Assoc J , 155(11): pp.1581-1683.
- TRAD, L.A.B.; ROCHA, A.A.R.M. 2011. **Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 16(3):pp. 1969-1980.
- TURNER, L. 2003. **Bioethics in a multicultural world: medicine and morality in pluralistic settings**. Health Care Anal ;v. 11, n.2,pp. 99-117.
- TURNER, L. 2004. **Bioethics in pluralistic societies**. Medicine, Health Care and Philosophy, v. 7, pp. 201-208.

UWE, F. 2009. **Desenho da Pesquisa Qualitativa**. Tradução Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão, revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Coleção Pesquisa Qualitativa, coordenada por Uwe Flick. Porto Alegre: Artmed.

WALT, G.; GILSON, L.; HEGGENHOUGEN, K.; KNUDSEN, T.; OWUOR-OMONDI, L.; PERERA, M.; ROSS, D.; SALAZAR, L.; MALINS, S. 1990. **Community health workers in national programmes: just another pair of hands?** Philadelphia: Open University Press.

WEXLER, L. 2011. **Behavioral health services “Don’t work for us”: Cultural incongruities in Human Service Systems for Alaska native Communities**. Am J Community Psychol, 47: pp.157-169.

ANEXOS

ANEXO 1

© 2012. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e Projeto Trilhas de Conhecimentos – LACED/Museu Nacional

Obra produzida no âmbito do Projeto Saúde e Condições de Vida de Povos Indígenas na Amazônia, Programa de Apoio a Núcleos de Excelência – PRONEX/FAPEAM/CNPq, Edital 003/2009.

Coordenação Editorial

Antonio Carlos de Souza Lima

Revisão: Gabriela Delgado

Projeto Gráfico: Andréia Resende

Diagramação: Marcelo Paixão e Marcelo Maurício

Tiragem: 10 (dez) mil exemplares

FICHA CATALOGRÁFICA **Biblioteca do ILMD / FIOCRUZ**

G234c Garnelo, Luiza(Org.).
Saúde Indígena: uma introdução ao tema. / Luiza
Garnelo; Ana Lúcia Pontes (Org.). - Brasília: MEC-SECADI,
2012.
280 p. il. Color. (Coleção Educação para Todos)
ISBN 978-85-7994-063-7

1. Saúde indígena I. Pontes, Ana Lúcia (Org.) II. Título
CDD 980.41
22. Ed.
CDU 613.94(=1.81-82)

Os autores são responsáveis pela escolha e apresentação dos fatos contidos neste livro, bem como pelas opiniões nele expressas, que não são necessariamente as da Unesco e do Ministério da Educação, nem comprometem a Organização e o Ministério. As indicações de nomes e a apresentação do material ao longo deste livro não implicam a manifestação de qualquer opinião por parte da Unesco e do Ministério da Educação a respeito da condição jurídica de qualquer país, território, cidade, região ou de suas autoridades, nem tampouco a delimitação de suas fronteiras ou limites.

Capítulo 10
Profissionalização indígena
no campo da saúde:
desafios para a formação
técnica de Agentes
Indígenas de Saúde

Ana Lúcia Pontes

Anakeila Stauffer

Luiza Garnelo

Introdução

A história de contato entre a sociedade nacional brasileira e os povos indígenas é marcada pela subalternização dos últimos, o que levou a transformações de seus modos de vida e instituiu precárias condições sanitárias nas comunidades, discriminação social e elevados níveis de vulnerabilidade na situação de saúde da sua população, marcada pela doença e morte evitáveis.

Somente a partir da Constituição de 1988, que as relações entre povos indígenas e o Estado brasileiro passaram a ter como base legal o respeito e o reconhecimento da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições nativas. Desde então, geraram-se diversos debates que buscam orientar a construção de políticas de educação e saúde específicas para os povos indígenas.

No que tange ao campo educativo, os princípios que orientam a educação escolar indígena enfatizam que esta deve ser diferenciada, específica, intercultural e bilíngue, reafirmando a identidade étnica dos diferentes grupos, promovendo a recuperação de suas memórias históricas e a valorização de suas línguas e culturas (LDB, 1996). Já no campo da saúde defende-se um modelo de atenção diferenciado, que garanta o acesso à atenção integral à saúde contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desses povos e o respeito e reconhecimento da eficácia das medicinas tradicionais indígenas (PNASPI, MS, 2002).

Nesse processo, o movimento indígena tem tido um papel fundamental na reivindicação dos direitos dos povos indígenas à terra, à educação e à saúde, enfatizando sua autonomia na construção de seus projetos de futuro e atuando como partícipe na produção de estratégias que transformem tais princípios em ação.

É, portanto, no contexto de luta pelos direitos à diferença étnica que pretendemos situar a discussão sobre a profissionalização dos agentes indígenas de saúde (AIS). Para tanto, faz-se necessário que explicitemos nossos pressupostos sobre a educação profissional, visto que na história da sociedade ocidental capitalista a educação também se constitui como

um campo de disputas e conflitos entre diferentes projetos políticos. Dessa forma, nos posicionamos a favor de uma educação profissional comprometida com a formação humana e autônoma dos educandos que, tendo o trabalho como um princípio educativo, promova a indissociabilidade entre o exercício da função intelectual e o trabalho manual, bem como entre ciência e cultura. Neste sentido, a formação profissional não se limita a um aprendizado técnico para a inserção no mundo do trabalho, cumprindo determinadas funções subalternas na sociedade. Munida de um propósito mais amplo, a educação profissional deve se preocupar em formar cidadãos. A cidadania é aqui compreendida como um lugar-identidade que o indivíduo e os grupos ocupam na sociedade, representando, portanto, um espaço de lutas e conflitos onde são instituídos direitos e deveres sociais (Pereira, 2002).

Na perspectiva por nós traçada, a formação profissional para os povos indígenas, necessariamente precisa ser organizada a partir das características culturais dos diferentes grupos, reconhecendo e valorizando os conhecimentos e línguas desses povos.

No presente texto, abordaremos a profissionalização dos agentes indígenas de saúde a partir de duas dimensões: inicialmente, refletiremos sobre o trabalho e a formação dos agentes indígenas de saúde; e, num segundo momento, discutiremos o perfil de formação profissional do Agente Indígena de Saúde (AIS), a partir do debate do modelo de atenção à saúde indígena e da experiência de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde já empreendida no Brasil.

Panorama sobre o trabalho e a formação do Agente Indígena de Saúde

Até meados da década de 1990, a atenção à saúde dos povos indígenas ocorria de forma esporádica, sendo desenvolvida por equipes que percorriam seus territórios realizando assistência médica, vacinação e ações de controle de algumas doenças como a tuberculose. Estas ações de saúde estavam sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FU-

NAI), que a desenvolvia por meio de equipes volantes de saúde (EVS), compostas por profissionais não indígenas.

Entretanto, a partir do final desta década, ocorreu um redimensionamento na organização da atenção à saúde indígena, fruto de distintos movimentos, tais como a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio – que representa o marco inicial da construção do atual modelo de atenção à saúde dos povos indígenas. Esse processo ocorreu concomitantemente ao movimento de reforma sanitária brasileira pela redemocratização e revitalização do sistema de saúde no Brasil (Garnelo, 2006).

Com a promulgação da Lei n. 8.080 (1990), que estruturou o Sistema Único de Saúde, foi colocado em discussão o papel da FUNAI como gestor da política de saúde indígena. Assim, quando o Conselho Nacional de Saúde se instituiu como órgão máximo de decisão do sistema, criou-se também, na década de 1990, a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI) com a finalidade de discutir a política de saúde indígena, tendo a participação de representantes indígenas, membros de instituições acadêmicas, membros do serviço de saúde indígena e de órgãos indigenistas.

A partir da Lei Arouca (Lei n. 9.836/1999), instituiu-se o Subsistema de Saúde Indígena (SASI), entendido como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), na forma de um subsistema. A referida lei definiu que a oferta da atenção à saúde seria feita através de redes territorializadas de serviços organizados na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas de Saúde (DSEI). Em consequência, a saúde indígena passou, definitivamente, para a esfera de responsabilidade do Ministério da Saúde que, por sua vez, delegou à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)¹ a atribuição de executar as ações de assistência à saúde nas aldeias indígenas.

A atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, sob responsabilidade do gestor federal (a FUNASA), visa assegurar o acesso

¹ É importante destacar que a FUNASA, no momento que assumiu a gestão da política de saúde indígena, em 1999, não contava com um quadro próprio de profissionais de saúde para prestação de serviços de saúde nas aldeias. Assim sendo, adotou a compra de serviços de outras entidades (serviços de terceiros), como a principal estratégia para realizar o atendimento em saúde nas aldeias. Esse processo ficou conhecido como terceirização da saúde indígena.

à atenção integral à saúde provida pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A delimitação dos distritos sanitários foi definida segundo critérios geopolíticos, demográficos e etnoculturais que buscavam garantir a especificidade requerida a uma política voltada para minorias étnicas.

A estrutura organizativa dos DSEIs compreende os Postos de Saúde nas aldeias, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e do Agente Indígena de Saneamento (AISAN); os Pólos-Base, que são unidades mais complexas, que contam com equipes multidisciplinares de saúde indígena; e a Casa do Índio (CASAI) que apóia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade, habitualmente sediados em espaços urbanos. No âmbito dessa estruturação da política de atenção à saúde dos povos indígenas, os AIS, bem como os outros membros da equipe multiprofissional de saúde que atua nos DSEI, foram incorporados ao subsistema como parte integrante de seu quadro de profissionais. Entretanto, os Agentes Indígenas de Saúde já atuavam nas comunidades muito antes da criação destes distritos.

Durante a década de 1980, devido à parca presença de profissionais de saúde não indígenas nas aldeias, universidades e organizações não governamentais (ONG) desenvolveram experiências de capacitação de índios para realizarem ações de saúde no cotidiano das comunidades, bem como em situações de surtos epidêmicos. Essas experiências consolidaram a figura do Agente Indígena de Saúde, instituindo-o como um membro da comunidade responsável por desenvolver ações de saúde. À época, os AIS atuavam como voluntários, sendo indicados por suas comunidades para exercer tais tarefas (Langdon et al., 2006).

Naquela ocasião, não foram estabelecidas diretrizes que definissem as atribuições e o perfil de formação deste profissional. Tal situação acarretou uma diversidade de formas de atuar e de qualificar o trabalho dos AIS, variando de acordo com a região de origem dos agentes de saúde. É necessário ressaltar que na maior parte dessas experiências, a capacitação foi desenvolvida através de cursos de curta duração, contando com a supervisão de profissionais como médicos e enfermeiros, a fim de que os AIS pudessem desenvolver as atividades de saúde, em seu nível de com-

petência. Vários autores (Langdon et al., 2006; Rocha, 2007; Garnelo, 2001) destacam a irregularidade dos cursos e as limitações do processo formador, dada a ênfase nos conhecimentos biomédicos e a desconsideração com as especificidades culturais destes povos.

A partir de 1999, a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI) gerou novas orientações para a organização do trabalho e para a formação dos profissionais de saúde. De acordo com essa política, o AIS deve ser visto como o elo entre os membros da comunidade, seus saberes tradicionais e a equipe de saúde. Segundo orientação da FUNASA (1999), cada aldeia deve ter um posto de saúde que conte com um AIS, cujas atribuições compreendem:

- acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da população infantil;
- acompanhamento de gestantes;
- atendimento aos casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária);
- acompanhamento de pacientes crônicos;
- primeiros socorros;
- promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência;
- acompanhamento da vacinação;
- acompanhamento e supervisão de tratamentos de longa duração.

Segundo os dados desta instituição, com a implantação dos 34 DSEI no Brasil, já existiam, no ano de 2004, 4.751 Agentes Indígenas de Saúde. Tal contingente representou um significativo incremento no quantitativo dessa força de trabalho, distribuídas nas mais diversas terras indígenas.

Quanto à formação e à capacitação destes profissionais, segundo a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002, p. 15), esta deve se constituir numa

(...) estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de se somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. O Programa de Formação de Agentes Indígenas de Saúde deverá ser concebido como parte do processo de construção dos DSEI. Será desenvolvido em serviço e de forma continuada,

sob responsabilidade de Instrutores/ Supervisores devidamente capacitados, com a colaboração de outros profissionais de serviço de saúde e de lideranças e organizações indígenas.

A formação dos AIS se instituiu, assim, como responsabilidade da FUNASA. Segundo o documento desta fundação, as equipes de professores/tutores devem receber, previamente à sua participação no processo formador, um “Treinamento Introdutório”, cujos conteúdos contemplariam conceitos antropológicos, análise do perfil epidemiológico da região e “capacitação pedagógica que os habilite a executarem a formação dos Agentes Indígenas de Saúde” (FUNASA, 1999, p. 3). Os marcos adotados para a formação dos AIS são os preconizados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n. 9.394/96), que prevê a profissionalização nos “níveis médio (técnico) e superior (tecnológico)” (FUNASA, 2002).

Tecendo alguns comentários sobre essas diretrizes da FUNASA, concordamos com a perspectiva de articulação entre o processo formador e as atividades dos serviços de saúde, permitindo a aproximação entre as rotinas de trabalho em saúde e o processo de ensino-aprendizagem. Não obstante, nossa experiência mostra que, em circunstâncias como essa, costuma ocorrer uma subordinação do ensino às rotinas de trabalho; dificulta-se o distanciamento da prática – necessário à reflexão, à discussão e à apropriação dos conteúdos pedagógicos. Via de regra, a formação de profissionais tende a priorizar a obtenção de respostas pragmáticas aos problemas de saúde, deslegitimando a possibilidade de uma reflexão mais aprofundada sobre as condições de vida e de saúde da população e seus determinantes.

Em 1999, a FUNASA elaborou uma proposta de formação para os AIS denominada “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde”, com carga horária total de 1.080 horas (700hs de concentração e 380hs de dispersão) e com quatro eixos temáticos² estruturados em seis módulos: introdutório; doenças endêmicas; DST/Aids; parasitoses

² Na proposta da FUNASA os eixos foram denominados: “percebendo nossa realidade”; “entendendo o processo saúde-doença”; “promovendo a saúde e intervindo no processo saúde doença”; “conhecendo e organizando os serviços de saúde”.

intestinais e doenças de pele; saúde da mulher, da criança e saúde bucal; saúde do adulto e atendimento de urgências. Porém, do ponto de vista de implementação dessa proposta, alguns autores, como Rocha (2007), informam que o módulo introdutório foi o único implantado na maioria dos DSEI, sendo repetido diversas vezes para um mesmo grupo de educandos, como ocorreu no DSEI Rio Negro, estudado pelo autor.

Gostaríamos de fazer algumas considerações sobre o teor dessa proposta formativa e das atribuições do AIS. A estrutura temática dos módulos e as atribuições propostas pela FUNASA enfatizam uma formação voltada quase exclusivamente para as doenças mais frequentes e para a atenção à saúde de alguns grupos populacionais, como os idosos e as crianças. Chama a atenção distintas ausências, tais como: a discussão das dimensões interculturais do processo saúde-doença; a valorização das medicinas tradicionais e as formas específicas de atuação dos AIS em contexto interétnico – entendido como elo de comunicação-ação entre a comunidade e o mundo não indígena, aqui representado pelos outros membros da equipe de saúde.

Nesse sentido, destacamos a reflexão de Menéndez (2003) quando aponta que o campo cultural é identificado como um dos mais excluídos no enfoque biomédico. A partir da perspectiva higienista, os fatores culturais tendem a ser identificados pelos profissionais de saúde como crenças irracionais, facilitadores de processos de adoecimento, e que dificultam a adesão aos tratamentos e/ou normas biomédicas, como por exemplo, o planejamento familiar, a vacinação, ou uso de preservativos. Embasadas pelo olhar biomédico, as equipes de saúde tenderiam a preservar mudanças de comportamentos que considerem incongruentes com as “boas práticas sanitárias”. Em consequência, as referências biomédicas costumam assumir uma conotação negativa, instituindo formas preconceituosas de interação junto aos grupos culturalmente diferenciados.

Para Menéndez (2003), a interação respeitosa com sistemas culturalmente diferenciados de cura e cuidados de saúde passa pelo (re)conhecimento destes universos culturais por parte dos agentes dos sistemas oficiais de saúde. Em tais circunstâncias, perguntamo-nos sobre as consequências de priorizar apenas um conjunto de abordagens biomédicas de

doença na capacitação dos Agentes Indígenas de Saúde, os quais partilham das matrizes culturais das pessoas a seus cuidados.

Para melhor refletirmos sobre os desafios da profissionalização destes trabalhadores da saúde, levantamos alguns estudos etnográficos que descrevem e problematizam o trabalho e a formação dos AIS no Brasil. Em publicação de 2006, Langdon et al. descrevem as seguintes atividades dos AIS que atuam no Sul do Brasil: 1) visitas domiciliares, 2) educação e orientação sobre cuidados de saúde e o sistema; 3) preenchimento de formulários e fichas; 4) participação no controle social (2006, p. 2.641).

De acordo com os autores, os AIS expressam sua estranheza quanto à necessidade de realizarem visitas domiciliares, particularmente onde se encontram pessoas sadias. Tais atribuições, estranhas aos padrões culturais dos agentes, são cumpridas parcialmente, resultando em visitas assistemáticas e dirigidas basicamente às pessoas doentes. Nesse estudo também foram analisadas as tensões políticas entre os agentes de saúde e seus familiares, as quais muitas vezes inviabilizavam as tarefas requeridas ao AIS. Igualmente problemático foi o desencontro entre as expectativas da comunidade (interessada na realização de atividades médicas pelos AIS) e as rotinas instituídas pelo órgão gestor da saúde indígena, restritas basicamente ao registro de informações (Langdon et al., 2006).

Segundo os relatos dos AIS, é parco o reconhecimento de seu papel quando acompanham os usuários em outros serviços do SUS. Sua efetiva incorporação como membro das Equipes de Saúde Indígena é pouco legitimada e não lhes foi fornecido subsídio adequado para a realização das tarefas delegadas pela FUNASA, tais como o preenchimento de inúmeras fichas e formulários, cuja finalidade também não resulta em produto perceptível das ações de saúde nas aldeias (Langdon et al., 2006). Estes aspectos apontam uma falta de reconhecimento profissional dos Agentes Indígenas de Saúde dentro do subsistema de saúde indígena e no restante do SUS.

Em outro estudo recente sobre o perfil e a atuação dos AIS no Parque do Xingu, Novo (2009) relata que os AIS encontram muitas dificuldades na execução de suas atividades. Com relação às visitas domiciliares, os

agentes não as realizam com regularidade e também revelam sua incompreensão em relação aos objetivos desta atividade, visto que as redes de informação das aldeias permitem o acompanhamento de enfermos e de situações de risco sem que haja necessidade de visita domiciliar para este fim (Novo, 2009).

Na relação com a equipe multidisciplinar, Novo (2009) aponta duas problemáticas que se interrelacionam: a limitada qualificação técnica dos AIS e sua desvalorização pelos outros profissionais de saúde. Reproduz-se, assim, uma cadeia de relações hierárquicas entre os membros das equipes, na qual os AIS são colocados numa posição de subordinação, agravada pelo fato de não dominarem os saberes e técnicas biomédicos necessários para a decisão e intervenção nos casos de doença.

Do ponto de vista da formação, a partir de 1995, a discussão sobre a profissionalização dos AIS no DSEI Xingu gerou uma articulação entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Escola Técnica de Saúde do Estado do Mato Grosso, a fim de se executar o I Curso de Auxiliares de Enfermagem Indígenas. Esse curso foi realizado no período de 1997 a 2001, de forma modular, com períodos de dispersão e concentração, sendo realizado concomitantemente ao ensino fundamental. Mendonça (2005) relata que o desenvolvimento do curso ajudou a delimitar um perfil de atuação do AIS voltado para a promoção da saúde.

A partir de 2006, a FUNASA assumiu a formação dos AIS do Alto Xingu, mediante uma proposta que, segundo diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), deveria focar as ações de promoção e prevenção das doenças que mais afetam os povos indígenas. Ela deveria prover os indígenas de conhecimentos e recursos da medicina ocidental, num caráter complementar às medicinas tradicionais. Entretanto, Novo (2009) aponta que, ao serem avaliados os conteúdos do curso, estes foram considerados mais técnicos do que socioculturais. Esta sobrevalorização da dimensão técnica gera contradições e conflitos, visto que as atividades ligadas à construção de um modelo de atenção diferenciado são consideradas “fáceis” e “básicas”, sendo menosprezadas no conjunto de tarefas compreendidas como primordiais no trabalho dos AIS.

Na área Tikuna, no Alto Solimões, Erthal (2003) considera que, devido à forma como se deu a história de contato interétnico desse povo, o AIS foi entendido como um produtor de procedimentos técnicos biomédicos. Dessa forma, as primeiras propostas formativas eram no formato de treinamentos dos AIS Tikuna procuraram capacitá-los para o diagnóstico e o tratamento simplificado dos agravos mais frequentes e o encaminhamento de casos mais graves. Somente com a criação de uma entidade representativa dos AIS, a Organização de Agentes Indígenas de Saúde do Povo Tikuna, é que se iniciou a construção de um trabalho integrado com as lideranças tradicionais das comunidades, reconhecendo-se a importância da medicina tradicional (Erthal, 2003). Porém, a ausência de discussão das instâncias gestoras da saúde no Alto Solimões com os AIS demonstra as dificuldades de construção de um modelo de atenção diferenciado, capaz de superar a separação entre saberes científicos e tradicionais.

Outras dificuldades levantadas por Erthal (2003) no desenvolvimento do modelo de atenção diferenciado foram: a inconstância da supervisão do trabalho do AIS; não compreensão, pelos AIS, dos usos dos instrumentos de registro das atividades, prejudicando a produção de informações de saúde sobre a população; a formação centrada na doença e na tecnologia biomédica; a alta rotatividade dos profissionais não indígenas e sua pouca qualificação para o trabalho em contextos culturais específicos; e a inadequação dos serviços de referência para o atendimento da população indígena.

Bruno (2008) realizou uma análise dos processos formativos realizados junto aos AIS Tikuna, do Distrito Alto Solimões, a partir de 2001 – momento em que o Conselho Geral das Tribos Tikuna (CGTT) assumiu a gestão do distrito. Nessa ocasião, a formação dos AIS passou a ser coordenada por indígenas que tinham experiências anteriores na área da saúde. Dentre as críticas elaboradas por Bruno (2008), o autor destaca as lacunas na formação dos docentes contratados para realizarem as atividades formativas junto aos AIS, salientando o pouco interesse e a limitada familiaridade desses profissionais sobre o processo de implantação do distrito, a história da região e da cultura Tikuna,

e sobre os campos das ciências sociais e da educação. Bruno (2008) corrobora, ainda, com a constatação de outros autores ao afirmarem o desconhecimento sobre as especificidades do processo saúde-doença entre os povos indígenas por parte dos profissionais de saúde que atuam no DSEI. Ademais, ele aponta que os profissionais-instrutores atuavam basicamente mediante a pedagogia da transmissão de conhecimentos, largamente contestada no campo da educação. Tais fatores impossibilitaram o desenvolvimento de uma pedagogia dialógica que subsidiasse o processo formador dos AIS no Alto Solimões.

Rocha (2007) realizou uma pesquisa sobre o perfil e trabalho dos AIS do DSEI Alto Rio Negro e seus estudos corroboram os dados supracitados. A capacitação dos AIS que ali atuam se caracterizou pela realização de diversos cursos de curta duração, com excesso de conteúdos ministrados em período curto de tempo e centrados em temas típicos do saber biomédico. O autor também identificou falta de supervisão nos momentos de dispersão, além da ausência de proposta consistente para a formação e a certificação profissional, impossibilitando a ampliação da escolaridade formal destes trabalhadores.

O mesmo autor levantou diversos problemas nos processos formativos ofertados aos AIS do DSEI Rio Negro, tais como, a formação fragmentária incapaz de propiciar um aprendizado totalizante do processo saúde-doença, priorizando-se o treinamento para a execução de determinadas tarefas; a elevada carga horária cursada pelos alunos, sem que esses recebessem a certificação equivalente ao processo de ensino-aprendizado ali desenvolvido; a persistente depreciação dos AIS pelos outros profissionais de saúde do DSEI, ligada à baixa escolaridade dos agentes de saúde; o não reconhecimento da necessidade de elevação da escolaridade dos AIS, apesar da maioria deles não ter ensino fundamental completo (Rocha, 2007). Outros problemas encontrados foram a intolerância das equipes com atividades cotidianas dos AIS na comunidade, como a caça, a pesca para alimentar suas famílias e a participação nas interações sociais de âmbito comunitário, como as festas e as visitas aos parentes.

O cenário de eventos descritos por Rocha (2007) leva-nos a pensar na necessária sensibilidade cultural que os processos de trabalho e de formação dirigidos aos AIS devem conter, a fim de respeitar os modos de vida dos povos indígenas e de superar os modelos de assistência e de formação profissional baseados em contextos não indígenas urbanos. Além disso, as conclusões da pesquisa demonstram, de modo irrefutável, a necessidade de articular as políticas e estratégias de profissionalização de AIS com as instâncias de gestão do trabalho do SUS.

Diante destes dilemas e impasses, os AIS da região do Alto Rio Negro têm se mobilizado para garantir seu direito à educação, tanto no que se refere à elevação de seu nível de escolaridade como a efetivação de sua formação profissional.

Os estudos que até aqui nos embasaram, apontam a falta de uma adequada política de formação para os profissionais da equipe multiprofissional, particularmente para os AIS, visto que estes não têm nenhuma formação técnica prévia, diferente do que ocorre com os demais profissionais de nível superior contratados pelo DSEI que contam ao menos com curso de graduação. As realidades descritas na literatura também são marcadas pela ausência de propostas formativas para todos os membros da equipe multidisciplinar, capazes de contemplar as especificidades culturais dos povos indígenas.

Esses estudos salientam a necessidade de um debate consistente sobre a regulamentação e a caracterização do trabalho dos AIS, e das estratégias de qualificação desses trabalhadores. Entre os problemas relevantes e ainda não explorados neste capítulo, podemos apontar a heterogeneidade de formas de contratação; a disparidade entre os salários, já que os AIS têm uma remuneração muito inferior a dos demais membros da equipe; a alta rotatividade devido à precarização dos contratos de trabalho dos profissionais dos DSEI, o que, no caso dos AIS, implica em prejuízo nos arranjos sociopolíticos nas comunidades, os quais geram a indicação e a legitimação dos AIS para desempenhar suas funções (Langdon et al., 2006).

O atual momento de mudança de gestão na saúde indígena, passando a responsabilidade da FUNASA para a Secretaria de Atenção à Saú-

de Indígena (MS), demanda a reflexão sobre os problemas que afetam os AIS, com vistas a evitar a perpetuação das indefinições que cercam a atuação desses profissionais.

A formação dos AIS e o modelo de atenção à saúde dos povos indígenas: contribuições para o debate

A partir das dificuldades e desafios existentes no cenário atual do trabalho e da formação dos agentes indígenas de saúde, gostaríamos de levantar algumas questões relativas à construção do modelo de atenção à saúde das populações indígenas, a fim de contribuir no delineamento de propostas de profissionalização de seus Agentes de Saúde. Consideramos que a formação dos AIS ocorre num contexto de reordenamento do modelo de atenção à saúde, que busca superar o modelo biomédico e curativo, adotando outros modos de organização dos serviços de saúde, com destaque para a atenção primária. Essa reflexão se faz pertinente pois, conforme destacam Pereira e Ramos (2006, p. 14), “as concepções de educação profissional de trabalhadores da saúde (...) são engendradas pelas concepções de saúde, de sociedade e de sentidos e sobre a relação entre educação e trabalho”. Ou seja, as propostas de educação profissional revelam posicionamentos políticos distintos dos agentes sociais no campo da saúde, da educação e do trabalho, refletindo-se na atuação dos profissionais da saúde.

Outra abordagem que adotaremos para conduzir essa reflexão será a aproximação com as questões e experiências provindas da luta pela profissionalização e regulamentação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família, em realidades não indígenas. Essa aproximação se justifica pelo fato de que a proposta de incorporação de membros de comunidades nas equipes de saúde, que resultou na criação do papel do Agente Comunitário de Saúde e do Agente Indígena de Saúde, provém dos marcos orientadores da política de Atenção Primária à Saúde (Langdon, 2006, Rocha, 2007; Garnelo, 2006). Da mesma forma, outra importante estratégia de or-

ganização do subsistema de saúde indígena, como a distritalização sanitária, também é oriunda do desenvolvimento dos distritos sanitários no âmbito dos municípios que assumiram a descentralização da rede de atenção primária à saúde do SUS.

Se observarmos as competências estabelecidas pela FUNASA (1999) para a “Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde”, perceberemos diversas semelhanças entre estas e as habilidades definidas pelo Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (MEC/MS, 2004) que atuam em contextos não indígenas. Ainda de acordo com o documento daquela instituição, as competências e habilidades dos Agentes Indígenas de Saúde são cinco: 1) elaborar plano de trabalho com base na identificação das necessidades relacionadas ao processo saúde-doença no seu local de atuação; 2) desenvolver ações de promoção à saúde nas diferentes fases do ciclo vital; 3) realizar ações de promoção à saúde utilizando os recursos dos serviços e práticas existentes; 4) desenvolver ações básicas de atenção à saúde individual, familiar e coletiva, com ênfase na prevenção das doenças transmissíveis e no monitoramento do meio ambiente; 5) planejar seu trabalho, atuando individualmente ou em equipe, avaliando e reorientando o processo de implementação da atenção básica.

Se analisarmos o Referencial Curricular citado anteriormente, veremos que este define três conjuntos de habilidades, a saber: 1) desenvolver ações de integração entre as equipes de saúde e as populações adscritas à unidade de saúde; 2) participar das atividades de planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde; 3) desenvolver ações de promoção da saúde; desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco sanitário para a população e desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes (MEC/MS, 2004).

Ambos os perfis se inscrevem no marco da reorganização do modelo de atenção à saúde e, para compreendê-lo, relembremos o conceito de “Atenção Primária à Saúde” que é descrito por Matta e Morosini (2009, p.44) como

uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

O marco desta discussão é a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Empreendendo uma forte crítica ao modelo biomédico de atenção à saúde, as recomendações dessa conferência apontam para uma compreensão ampliada de saúde, condicionada pelas características socioculturais e políticas dos países e comunidades. Ademais, pontuam que as equipes locais de saúde devem atuar numa perspectiva multiprofissional e interdisciplinar, incluindo-se aí a figura do agente comunitário.

No Brasil, a partir do movimento da reforma sanitária que reestruturou as bases de organização da atenção à saúde e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), a discussão da atenção primária³ foi incorporada como um pressuposto para a reorganização do cuidado à saúde das populações, que evoluiu, ao longo da década de 1990, para a estratégia de saúde da família.

O início da implantação da saúde da família como estratégia de reorganização da atenção básica ocorreu com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, institucionalizando a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Para que este trabalhador pudesse exercer sua função, deveria possuir como requisitos básicos: ser morador da comunidade onde atuaria; ter idade mínima de 18 anos; saber ler e escrever; e ter disponibilidade para dedicar-se ao trabalho. As equipes do PACS eram supervisionadas por um profissional de enfermagem.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado nacionalmente, reestruturando-se a equipe do PACS, de modo a incorporar o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem e um número máximo de 12 ACS que se responsabilizariam pela população de uma área geográfica.

³ No Brasil, a atenção primária foi operacionalizada sob a denominação de atenção básica à saúde.

fica delimitada.⁴ Posteriormente, em 1996, o PSF passou a ser concebido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial vigente no SUS, buscando o aprimoramento dos cuidados ofertados na rede de saúde. Nesse âmbito, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde é entendido como elemento fundamental, visto que este trabalhador é considerado o elo de interação entre sua comunidade e as equipes de saúde.

Nesses últimos anos, a expansão da estratégia de saúde da família propiciou uma cobertura de suas ações em 94% dos municípios brasileiros, contabilizando, para tanto, um total de 236.399 ACS, em março de 2010 (MS/SAS/DAB). Assim, além da importância estratégica do ACS na organização e na oferta da atenção primária à saúde, esses trabalhadores são numericamente significativos para o desenvolvimento das ações do SUS nas comunidades.

Devido às semelhanças já observadas entre o perfil deste profissional e aquele requerido aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), entendemos que a trajetória de profissionalização dos Agentes Comunitários de Saúde pode trazer contribuições relevantes para a discussão do processo formador dos Agentes Indígenas de Saúde.

De modo semelhante ao que ocorreu com os AIS, as primeiras experiências formativas de ACS foram caracterizadas por “treinamentos”, “capacitações” e “supervisão” desenvolvidos de modo fragmentário e isolado, quando deveriam ocorrer concomitante e articuladamente ao processo de trabalho (Morosini et al., 2007). Essas iniciativas se configuraram como processos formativos aligeirados, de curta duração, irregulares, abordando questões pontuais, pouco – ou nada – articuladas com as práticas sanitárias desenvolvidas pelos ACS. Dessa forma, apesar da complexidade do trabalho desses profissionais – que envolve a integração entre a equipe de saúde e a comunidade; o desenvolvimento de atividades educativas que visam a prevenção de doenças, a redução de riscos e a promoção da saúde; o acompanhamento dos indivíduos e famílias; e a orientação quanto à utilização de serviços de saúde (Portaria 648, MS, 2006) – sua formação profissional caracterizava-se pela precariedade, não regulamentação,

⁴ Segundo as diretrizes governamentais cada ACS deve acompanhar até 750 pessoas, e cada equipe de saúde da família até 4 mil pessoas.

baixa sistematicidade e não reconhecimento da habilitação profissional (Morosini et al., 2007). Consequentemente, tal situação coexistia com um quadro de desvalorização social e baixa remuneração dos ACS.

Este cenário guarda muitas similaridades com aquele encontrado entre os Agentes Indígenas de Saúde, conforme apontado na literatura anteriormente citada. Outro dado que corrobora a desvalorização social do ACS, e que encontramos também no caso dos AIS, é o desvio de função nos serviços, o que denota um entendimento de que o trabalho desses agentes é inespecífico e de baixa complexidade.

No campo de atuação dos ACS, Morosini et al (2007) mostram que desde a institucionalização do PACS pelo Ministério da Saúde, em 1991, diversos projetos de regulamentação da prática e da formação dos ACS transitam nos poderes executivo e legislativo brasileiro. Entre 1990 e 1999, as autoras identificam pelo menos sete projetos de lei que visavam regulamentar o exercício profissional dos ACS, contendo distintas propostas de pré-requisitos, atribuições, formação e regulamentação profissional. Segundo observaram, esses projetos expressam os debates e disputas entre concepções distintas sobre trabalho, educação e saúde que orientam as propostas de formação profissional. Somente com a aprovação da Lei n. 10.507/2002 é que a profissão do Agente Comunitário de Saúde foi reconhecida, regulamentada e inicia-se um processo de incentivo à formação profissional e à elevação da escolaridade.

A trajetória dos projetos de qualificação profissional dos ACS se iniciou com uma proposta de 80 horas de capacitação, que se ampliou rumo à construção de um “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde”, no ano de 2004, através do trabalho conjunto entre os Ministérios da Educação e da Saúde. A construção dessa proposta foi viabilizada mediante uma consulta pública sobre o tema – o que propiciou a participação de diversos atores políticos no processo. Uma questão subjacente a esta discussão era a relevância e a complexidade do trabalho do ACS, exigindo que sua formação se realizasse em nível técnico, ou seja, estendendo sua escolaridade até o ensino médio, etapa final da educação básica em nosso país.

Encontramos assim, muitas semelhanças entre os dois processos, já que, a defesa da capacitação em serviço dos ACS tinha como uma de suas justificativas, a baixa escolarização destes profissionais, da mesma forma como foi observado no caso dos AIS (Rocha, 2007). Entretanto, estudos sobre o perfil dos ACS mostraram que, ao contrário do que se pensava inicialmente, mais de 55% deles tinham o ensino médio completo ou incompleto (EPSJV, 2005). Tal achado representou um ponto de facilidade na implantação de uma proposta de formação técnica profissionalizante, que requer a conclusão, concomitante ou subsequente, do ensino médio.

Ademais, atento ao quadro de heterogeneidade e de baixa escolaridade dos ACS, o “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” (MEC/MS, 2004) foi construído de forma comprometida com a elevação da escolaridade dos ACS, organizando um itinerário formativo composto por três etapas que permitem a escolarização do trabalhador durante a profissionalização técnica. Segundo essas diretrizes, para o ingresso na primeira etapa formativa o único pré-requisito seria saber ler e escrever. A exigência de matrícula no ensino médio ocorreria somente por ocasião da terceira etapa, para que, ao final da profissionalização, os educandos pudessem obter o título de nível técnico.

Esse tipo de proposta é congruente com as necessidades dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), os quais, de acordo com os diagnósticos supracitados, demandam elevação de escolaridade, tanto no nível fundamental, quanto no ensino médio. As possibilidades delineadas pelo Referencial Curricular supracitado propiciariam que os Agentes Indígenas de Saúde iniciassem sua formação profissionalizante com a escolaridade que dispusessem, ampliando sua escolarização de modo concomitante à formação técnica em saúde.

Apesar da promulgação do Referencial Curricular do Curso Técnico de ACS (2004), poucos foram os municípios que efetivaram o processo formador destes profissionais. São dois os motivos que obstaculizam a completude do processo formativo, o primeiro, se refere ao financiamento do Ministério da Saúde para a realização do curso que se limitou

somente à primeira Etapa Formativa. A segunda razão alegada pelos gestores municipais é que a elevação da escolaridade dos ACS para o nível técnico acarretaria um impacto negativo nas folhas de pagamento dos municípios, violando a Lei de Responsabilidade Fiscal. Quaisquer que sejam as razões para a não progressão das etapas formativas, o processo de formação técnica profissionalizante dos ACS caminha em passos lentos, prejudicando a qualidade da prestação de serviços nas redes municipais de serviços de saúde.

No ano de 2006, foi promulgada a Lei n. 11.350 – que visava atualizar a Lei n. 10.507/2002 –, regulamentando o vínculo empregatício dos ACS. Apesar de alguns ganhos, a nova lei representou um retrocesso nas iniciativas de formação técnica destes trabalhadores, já que a exigência de escolaridade e de formação técnica não foi incorporada como requisito para o desenvolvimento das atividades desses profissionais. No ambiente urbano, essa lei regulamentou certos aspectos relevantes, tais como a seleção dos ACS por meio de processo seletivo público, e a instituição da obrigatoriedade de vínculo empregatício por CLT, garantindo curta estabilidade empregatícia e alguns direitos trabalhistas aos ACS.

Em que pese a existência de diferenças entre os modos de vida indígena e os espaços urbanos em que atuam os ACS, há muita similaridade entre as rotinas dos serviços de saúde encontrados nas duas realidades, já que ambos partilham os mesmos marcos da reorganização da atenção (atenção primária a saúde) a serem desenvolvidos no interior de uma equipe multiprofissional. Além disso, os dois tipos de agentes de saúde desenvolvem um papel-chave na mediação das relações entre os serviços de saúde e a comunidade; atuam na redução dos problemas sanitários de populações vulneráveis; e partilham dificuldades comuns no que diz respeito à precarização do trabalho e à formação.

Diante das reflexões até então expostas e almejando contribuir para a profissionalização dos AIS, um grupo de profissionais oriundo de diversas instituições que atuam com a questão indígena⁵ elaborou uma pro-

⁵ Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, ambos da Fundação Oswaldo Cruz; Secretaria Municipal de Educação de São Gabriel da Cachoeira, Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira;

posta formativa para os AIS. A iniciativa originou-se de uma demanda da Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN), que, em 2006 solicitou à FIOCRUZ que desenvolvesse um projeto de formação técnica profissionalizante para os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Rio Negro (AIS). A elaboração do projeto se deu de forma participativa, sendo realizado através de oficinas em São Gabriel da Cachoeira (AM), congregando Agentes Indígenas de Saúde, professores e lideranças indígenas, que delinearão as bases para a elaboração do projeto pedagógico do curso.

O grupo que se dedicou à escrita do referencial curricular para a educação profissional indígena preocupou-se em atender às especificidades do processo de trabalho, do perfil profissional e da matriz cultural dos AIS; buscou desempenhar tais tarefas sem se descuidar da necessidade de regulamentação e de legitimação da formação destes agentes – exigências já conquistadas através da luta política dos ACS e reconhecidas pelos Ministérios da Educação e da Saúde. A alternativa encontrada foi a adoção do Referencial Curricular do Curso Técnico de ACS, o qual propiciou a adequação a um marco legal de amparo à formação dos AIS do Alto Rio Negro.

Outro fator importante nesta escolha se referiu ao itinerário formativo do referencial curricular do ACS, visto que este permitiria a elevação da escolaridade dos AIS, viabilizando a concretização de uma formação profissional de nível técnico para estes trabalhadores. Esta iniciativa é extremamente relevante nessa região, na medida em que somente 3,6% dos AIS que atuam no Alto Rio Negro concluíram o ensino médio (Garnelo et al., 2009).

Em consonância com o processo de trabalho do agora denominado Agente Comunitário Indígena de Saúde (ACIS), o currículo⁶ foi organizado a partir de cinco eixos estruturantes: Cultura; Cuidado; Território; Política; Informação, Educação e Planejamento em Saúde, desenvolvidos Prefeitura de São Gabriel da Cachoeira; Secretaria Estadual de Educação do Amazonas; Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro/FUNASA; Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro-FOIRN e Associação de Técnicos de Enfermagem de S. Gabriel da Cachoeira.

⁶ Para maiores informações sobre essa proposta curricular, ver Garnelo et al. (2009).

ao longo de três etapas formativas que totalizam 1.440 horas de curso.

Os princípios norteadores para a elaboração da proposta de Curso Técnico de Agente Comunitário Indígena de Saúde são congruentes com os princípios da educação escolar indígena e do modelo de atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas, tomados como eixo principal para desenvolvimento do processo formativo.

A primeira etapa formativa do curso se caracteriza pela realização de um diagnóstico sobre o território em que vive o ACIS e a população sob seus cuidados. A segunda etapa formativa possibilita a identificação de situações de risco e vulnerabilidade – seja do ponto de vista biomédico ou das medicinas tradicionais – aos principais agravos que acometem a população atendida pelo ACIS. A terceira etapa está voltada para a formulação de planos e projetos locais de atuação que articulem todos os conhecimentos mobilizados ao longo do processo formador, com vistas a desenvolver ações sistemáticas de promoção e vigilância em saúde no território de abrangência do ACIS. A relação ensino-aprendizagem busca unir teoria, prática e vivências pessoais dos educandos para desenvolver um processo formativo capaz de articular saberes científicos e tradicionais, visando a produção de ferramentas de intervenção sanitária no território.

Ressalve-se, porém, que apesar das semelhanças geradas pela inserção de AIS e ACS na estrutura comum do sistema de saúde, é importante reconhecer as diferenças entre os contextos socioculturais de origem e de atuação de cada um deles. Em consonância com as propostas de atenção diferenciada do subsistema de saúde indígena, é crucial que não se perca de vista que a população atendida pelos AIS, bem como eles próprios, dispõem de padrões culturais singulares que precisam ser compreendidos e respeitados para que se consiga viabilizar uma adequada atenção às suas demandas de saúde.

Tal diretriz é ainda mais relevante num modelo de atenção à saúde, pautado pelas propostas da atenção primária e da promoção à saúde, as quais demandam interação permanente com as condições de vida, que, nesse caso, são moldadas pelas especificidades de cada grupo étnico atendido no subsistema de saúde indígena. Assim sendo, o reconheci-

mento e a valorização dos saberes tradicionais, particularmente aqueles ligados à doença e à cura, são dimensões relevantes para efetivar o direito à atenção diferenciada, devendo orientar os processos de formação dos Agentes Comunitários Indígenas de Saúde.

Menéndez (2003), ao abordar os modelos de atenção segundo uma perspectiva antropológica, ressalta a diversidade cultural das sociedades latino-americanas. O autor nos informa que devido à grande variabilidade cultural das populações que acessam os sistemas oficiais de saúde e ao pluralismo médico desses grupos, eles tendem a rechaçar os sistemas de saúde que se pautem exclusivamente pela perspectiva biomédica, conhecida por negar, ignorar ou marginalizar as produções culturais desses povos. Diz o autor:

Considero que si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud (Menendez, 2003, p. 188).

Assim, a diversidade sociocultural, geográfica e política dos povos culturalmente diferenciados – representados, no caso, pelos grupos indígenas que vivem no Brasil – configura-se como um importante desafio à construção de um modelo culturalmente sensível para prover atenção à saúde indígena. Esta é uma singularidade que não pode ser ignorada num processo de formação dos ACIS.

Um comprometimento efetivo com o bem-estar e com as necessidades das populações exigirá que processos formadores voltados para os membros dessas culturas contribuam para o fortalecimento do trabalho dos agentes de saúde, para o reconhecimento de sua profissão e de sua condição de trabalhador indígena. Nesse contexto, o trabalhador indígena deve ser entendido como um agente de valorização e revitalização de suas culturas de origem, ainda que igualmente qualificado para desenvolver ações de promoção à saúde e de melhoria das condições de vida da população com que trabalha.

Consideramos que a proposta de formação técnica, ora em curso no Alto Rio Negro, pode contribuir no debate sobre a formação profissional do trabalhador indígena em saúde, provendo um ponto de partida para sistematizar propostas de alcance nacional que respeitem as especificidades deste subsistema de saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Saúde Indígena. 1999-2001. Texto acessado no endereço: <http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/distritos.pdf>, em 3 de maio de 2010.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40p.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação 2004.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Formação inicial para agentes indígenas de saúde: modulo introdutório. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2005.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Saúde Indígena. www.funasa.gov.br. Site acessado em 15/5/08.

BRUNO, P.R.A. Saberes na saúde indígena: estudo sobre processos políticos e pedagógicos relativos à formação de agentes de saúde tikuna no Alto Solimões (AM), Brasil. Tese de doutorado apresentada no Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008.

GARNELO, L. “Análise situacional da Política de Saúde dos Povos Indígenas no período de 1990 a 2004: implicações no Brasil e na Amazônia”. In: SCHERER E; OLIVEIRA, J.A. (orgs.). *Amazônia: Políticas Públicas e Diversidade Cultural*. Rio de Janeiro: Ed. Garamond, pp. 133-162, 2006.

GARNELO, Luiza. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: Uma experiência de educação e comunicação em Saúde Indígena. In: VASCONCELOS, Eymard.

(Org.). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular em Saúde*. São Paulo: HUCITEC, pp. 237-260, 2006.

GARNELO, Luiza et al. Formação Técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, v.7, n.2, pp.373-385m jul./out.2009.

LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E; WIIK, F.; DIAS-SCOPEL, R.P. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12):2637-2646, dez, 2006.

MATTA, G.C. e MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária. In: PEREIRA, I.B. e FRANÇA, J.C.F. (Orgs.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2.ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):185-207, 2003.

MOROSINI, M.V., CORBO, A.D. E GUIMARÃES, C.C. “O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional”. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.5 n.2, pp. 261-280, 2007.

NOVO, M.P. Saúde e Interculturalidade: a participação dos Agentes Indígenas de Saúde/ AISs do Alto Xingu. In: *Revista de Antropologia Social dos alunos do PP-GAS-UFSCar*, v.1, n.1, pp. 122-147, 2009.

PEREIRA, I.B e RAMOS, M.N. *Educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, I.B. *A formação profissional em serviço no cenário do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tese de Doutorado, 2002.

ROCHA, E.S.C. *Uma etnografia das práticas sanitárias no distrito sanitário especial indígena do Rio Negro noroeste do Amazonas* [dissertação de Mestrado]. Manaus: UFAM, 2007.

ANEXO 2:

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Programa de Doutorado em Saúde Pública

Projeto de Pesquisa “Formação profissional de Agentes Indígenas de Saúde: contextos e discursos”

Roteiro para entrevista com Agentes Indígenas de Saúde

-Quando e como começou a ser AIS?

-Como tem sido seu trabalho? Como é seu trabalho?

-Você se preparou para começar o trabalho? O Dsei ofereceu algum preparo? Os profissionais das equipes?

- Como tem sido seu processo de aprendizado para ser AIS?

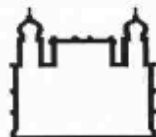
-Você passou por algum processo formativo formal desde então? Como foram?

-O que você aprendeu nesses processos? O que pensa dessas formações?

-O que pensa da forma como foram desenvolvidas?

-Como acha que deveria ser a formação profissional do AIS? Por quê?

ANEXO 3:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 05 de maio de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 47/11
CAAE: 0058.0.031.000-11

Título do Projeto: “Formação profissional do Agente Indígena de Saúde: contextos e discursos”

Classificação no Fluxograma: Grupo I

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Sim

Pesquisadora Responsável: Ana Lucia de Moura Pontes

Orientadores: Sérgio Rego e Luiza Gamelo

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/ Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 18 / 03 / 2011

Data de apreciação: 06 / 04 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

CEP/ENSP
HORA: 14:30
DATA: 18/5/11
RECEBI: Ana L. P. (Ana Lucia)

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Atenção: Este projeto será encaminhado à Conep e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta, para início da execução.


Ângela Esher
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Av. STADOL 1355884



**CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA**

PARECER Nº. 114/2012

Registro CONEP 16639 (Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Folha de Rosto – 409140

Processo nº 25000.147038/2011-37

Projeto de Pesquisa: *“Formação profissional do agente indígena de saúde: contextos e discursos”.*

Pesquisador Responsável: Ana Lucia de Moura Pontes

Instituição: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ/ENSP-RJ
(CENTRO ÚNICO)

CEP de origem:

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: a pesquisa será custeada pela própria pesquisadora.

Sumário geral do protocolo

Introdução: O crescente debate sobre cultura e diferenças culturais nas sociedades contemporâneas apresenta questões relevantes para a construção de um sistema de saúde público universal, equânime e que promova a atenção integral à saúde da população.

Nos últimos anos, algumas políticas públicas têm expressado a preocupação com essa temática como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, a construção de um Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a Política Nacional de Saúde para a População Negra, dentre outros. Tais iniciativas têm destacado a necessidade de adequação das políticas e ações de saúde de acordo às características sócio-históricas, culturais e/ ou territoriais de grupos ou populações específicas. Outro ponto que essas políticas nos colocam é o desafio de pensar sobre os processos formativos de profissionais de saúde para atuarem nesses contextos.

Os processos formativos no contexto do subsistema de saúde indígena implicam em conhecer os “modos de andar a vida” dos indivíduos e das populações, assim como os significados e representações que estes atribuem às suas necessidades e problemas de saúde. A experiência de enfermidade é um processo subjetivo que se transforma nas relações sociais, pois é socioculturalmente legitimado pelo coletivo por processos comunicativos.

Em contextos médicos plurais, como no caso do subsistema de saúde indígena e da vivência dos agentes indígenas de saúde, os indivíduos constantemente comunicam e negociam sua experiência subjetiva de enfermidade. Uma das diretrizes desse subsistema é a articulação das práticas tradicionais com a biomedicina, ou seja, a construção do denominado modelo atenção diferenciada, sendo que o papel do Agente Indígena de Saúde é considerado central na implantação desse modelo e articulação.

Em áreas indígenas a rejeição à biomedicina não é um problema ou desafio para os profissionais, pois ela é recebida positivamente pelos povos indígenas, o que não implica na mudança da visão sobre o processo saúde-doença. Os índios mantêm suas explicações e percepções, mas utilizam a biomedicina como uma alternativa terapêutica. Assim, o entendimento sobre como é construído o significado do processo saúde-doença e como se dá

Cont. Parecer CONEP nº. 114/2012

Também já foi encaminhado para a Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro. Sendo que para a FUNAI, aguardo aprovação do CONEP para dar início ao pedido. De qualquer forma, reenvio o TCLE coletivo e a carta de anuência do gestor assinados em anexo “TCLE coletivo.pdf” e “carta anuência gestor.pdf”.

Análise: Pendência atendida.

15. O título do projeto de doutorado que consta no currículo Lattes da pesquisadora (“Interculturalidade e modelos de atenção: contribuições para a educação profissional em saúde”) não é idêntico ao apresentado na Folha de Rosto e na capa do projeto (“Formação profissional do agente indígena de saúde: contextos e discursos”). Solicitam-se esclarecimentos e, caso necessário, adequação.

Resposta: “Feito correção no Lattes.”

Análise: Pendência atendida.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 02 de março de 2012.


Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS