

Série Saúde & Amazônia, 10

# SAÚDE INDÍGENA: educação, gestão e trabalho

## ORGANIZADORES:

Nicolás Esteban Castro Heufemann  
Alcindo Antônio Ferla  
Kátia Maria da Silva Lima  
Fabiana Mânica Martins  
Sônia Maria Lemos

Imagem: Grafiteiro Raiz Campos

RESISTIR PARA EXISTIR!!



**ORGANIZADORES:**

Nicolás Esteban Castro Heufemann  
Alcindo Antônio Ferla  
Kátia Maria da Silva Lima  
Fabiana Mânica Martins  
Sônia Maria Lemos

# SAÚDE INDÍGENA: educação, gestão e trabalho

**1º Edição**  
**Porto Alegre/RS 2020**  
**Rede UNIDA**



## COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA

Túlio Batista Franco

## COORDENAÇÃO EDITORIAL

**Editor-Chefe:** Alcindo Antônio Ferla

**Editores Associados:** Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.

editora



redeunida

## CONSELHO EDITORIAL

**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Ángel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

**Angelo Steffani** - Universidade de Bolonha, Itália

**Artigo Martini** - Universidade de Bolonha, Itália

**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha

**Celia Beatriz Iriart** - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

**Denise Bueno** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

**Erica Rosalba Mallmann Duarte** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Francisca Valda Silva de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Héider Aurélio Pinto** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

**Júlio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil

**Leonardo Federico** - Universidade de Lanús, Argentina

**Lisiane Bõer Possa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Luciano Bezerra Gomes** - Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil

**Maria Augusta Nicoli** - Azienda Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália

**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** - Universidade Federal do Pará, Brasil

**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Rossana Staeve Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

**Simone Edi Chaves** - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

**Sueli Terezinha Goi Barrios** - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Vera Lucia Kodjaoglianian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

**Vera Maria da Rocha** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

**Gabriel Calazans Baptista**

**Márcia Regina Cardoso Torres**

Projeto gráfico Capa e Miolo

**Beast de Design**

Diagramação / Arte da Capa

**Junio Pontes**

## DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

**H592s**

Heufemann, Nicolás Esteban Castro (org.); et al. S.Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho / Organizadores: Nicolás Esteban Castro Heufemann, Alcindo Antônio Ferla, Kátia Maria da Silva Lima, Fabiana Mânica Martins e Sônia Maria Lemos.

**1.ed.** - Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2020.

**ISBN:** 978-65-87180-14-4

**248 p.:** - (Coleção Saúde & Amazônia, v.10) E-book: PDF.

**DOI:** 1018310/9786587180144

**1.** Interculturalidade. **2.** Práticas em Saúde. **3.** Saúde Coletiva. **4.** Saúde Indígena. **I.** Título. **II.** Assunto.

**III.** Organizadores.

**20-30180013**

**CDD 610:306.089**

**CDU 61=1-82**

## ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

**1.** Medicina; Grupos indígenas.

**2.** Medicina; Indígenas.

**Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846**

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA

Rua São Manoel, Nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252 - [www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

# Conflito, respeito e construção intercultural: o encontro entre diferentes culturas na atuação dos médicos com os Yanomami

08

*Willian Fernandes Luna  
Luiz Otávio de Araújo Bastos  
Fernanda Pereira de Paula Freitas  
Bruna Teixeira Ávila*

## Apresentação

O incremento no número de médicos na região da Amazônia Legal, gerado pelo Programa Mais Médicos (PMM), melhorou o acesso ao atendimento médico em áreas indígenas (Fontão, 2017). Pelo regulamento do PMM, tais médicos deveriam receber visitas periódicas de supervisores acadêmicos de Instituições Supervisoras locais, porém o isolamento e a dificuldade de acesso a alguns territórios remotos, entre eles várias áreas indígenas, resultou na ausência de supervisão no primeiro ano do PMM em algumas regiões. Dessa forma, o Ministério da Educação criou o Grupo Especial de Supervisão (GES), formado por supervisores de todo o Brasil, a partir da articulação com o Ministério da Defesa para garantir a logística de deslocamento (Brasil, 2015).

Em Roraima, o GES atuou no acompanhamento pedagógico dos médicos de áreas remotas desde 2015, tendo os autores deste capítulo trabalhado como supervisores ou tutores acadêmicos. Após a saída dos médicos da cooperação internacional Brasil - OPAS - Cuba, em novembro de 2018, houve progressiva ocupação das vagas por médicos brasileiros (formados no Brasil e no exterior), sendo que um dos autores migrou para médico (assistente) participante do PMM no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami e Ye'kuana. Desde o princípio, pode-se afirmar que o GES - Roraima destacou-se pela ênfase na educação permanente e nos aspectos relacionais do trabalho, com foco no desenvolvimento de competências para o trabalho no campo da saúde indígena (Luna et al. 2019).



Inseridos neste contexto, refletimos sobre como os médicos brasileiros têm experienciado o cuidado à saúde com um povo indígena de contato relativamente recente, os Yanomami, sendo objetivo deste capítulo dialogar sobre esse encontro entre culturas. Salientamos a parcialidade na visão desta situação, pois o encontro é apresentado a partir das vivências dos médicos. Assim, reconhecemos nessa aproximação distintos saberes e perspectivas, sendo realizado o exercício de também evidenciar a perspectiva Yanomami, destacada das entrelinhas das narrativas dos médicos.

## **Os Yanomami**

Ao falarmos de pessoas indígenas a quem estamos nos referindo? Falamos aqui de pessoas e povos originários das Américas, anteriores ao período da colonização europeia. Descendentes das populações nativas que habitam esse território. Para uma liderança Baniwa do Alto Rio Negro, ser indígena significa viver a memória dos ancestrais, dos valores, dos conhecimentos e das experiências do passado e do presente (Luciano, 2006). Destaca ainda como características: continuidade histórica com sociedades pré-coloniais; vinculação com o território, língua, cultura e crenças; sistemas sociais, econômicos e políticos bem definidos; e identificação como diferente da sociedade nacional (Luciano, 2006).

Neste contexto, cabe a tentativa de entendermos, enquanto autores não-Yanomami, quem são os Yanomami. Um dos povos da Amazônia mais notórios e estudados pelo seu relativo recente contato com a sociedade envolvente. Caçadores-agricultores-coletores do maciço das Guianas formam um conjunto cultural dividido em quatro (ou cinco) subgrupos adjacentes que falam línguas da mesma família, subdivididas em vários dialetos (Albert; Gomez, 1997). No Brasil habitam juntamente com o povo Ye'kwana, a Terra Indígena Yanomami, homologada em 1992, com cerca de nove milhões e meio de hectares de floresta amazônica entre os estados de Roraima e Amazonas, considerado um "exemplo de manejo bem-sucedido de recursos naturais notórios por sua fragilidade" (Ramos, 2008, p.104).

E na visão dos próprios Yanomami? Segundo Tainah Leite (2010, p.81), Yanomami não se refere a um domínio da personitude ou a seres específicos, tampouco delimita uma classe restrita ou uma etnia, mas é marca de uma posição e a "forma auto-referencial do pronome-sujeito eu", afirma a autora parafraseando Viveiros de Castro (1996). Entretanto, a humanidade Yanomami nunca é um atributo fixo e assegurado, e sim uma posição disputada nas relações entre seres humanos, animais e espíritos que habitam o mundo (Leite, 2013, p. 70). Em *A Queda do Céu* (2015), Davi Kopenawa questiona a insistência de não-indígenas em quererem saber quem são os Yanomami e explica: "Somos habitantes

da floresta. Nossos ancestrais habitavam as nascentes dos rios muito antes de os meus pais nascerem, e muito antes do nascimento dos antepassados brancos". Conta ainda sobre as mortes trazidas pelos não-indígenas - brancos - com as "fumaças de epidemia e suas espingardas". Conclui que depois de "chorar muito e pôr as cinzas dos antepassados em esquecimento, podem ainda viver felizes" desde que sejam capazes de caçar, abrir roças, visitar parentes de outras comunidades e, ainda, manter a cultura através dos ritos funerários (*reahu*) e das práticas de xamanismo - "fazer dançar os espíritos *xapiri*. Sabemos que eles permanecem ao nosso lado na floresta e continuam mantendo o céu no lugar." (Kopenawa; Albert, 2015, p. 78-79).

Os Yanomami correspondem, no Brasil, a uma população de cerca de 25 mil pessoas divididas em 320 comunidades<sup>31</sup>. A Atenção Primária à Saúde (APS) é de responsabilidade do DSEI Yanomami e Ye'kuana, vinculado ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS). Antecedendo a Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), a própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI (FUNASA, 2002) e a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena em 2010, foi o primeiro DSEI criado no país, em 1991 - coincidindo à época da demarcação da terra indígena, e com a epidemia avassaladora de malária na região, em grande parte consequência da entrada maciça de garimpeiros no território no final dos anos 1980 (Pithan, 2005). Em 2017 eram 67 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena atuando no território, compostas por mais de 460 profissionais contratados por uma organização social, além dos médicos, esses vinculados ao PMM.

## A cultura nas relações de cuidado

Cultura e cuidado são conceitos antigos e relacionados ao longo da história do ocidente ou do pensamento ocidental. Oriunda do latim *colere*, cultura significava inicialmente cultivo, ou cuidado com a terra ou com as crianças, na "condução à plena realização de suas potencialidades" (Chauí, 2009). Assim, cuidado/cultura buscava o beneficiamento de algo ou alguém no exercício de fazer "brotar, frutificar, florescer". No entanto, o conceito de cultura foi se modificando, passando a ser sinônimo de civilização e permitindo-se hierarquizar. Essa ideia de progresso foi incorporada à antropologia, que se iniciava como disciplina e apresentava um caráter evolucionista, com predomínio do pensamento colonizador. A partir do conceito iluminista, com base no padrão da Europa capitalista, a antropologia considerava quaisquer outras sociedades como "sem cultura" ou como culturas "pouco evoluídas" (Chauí, 2009). Este movimento distanciou a re-

31 - Dados de 2017 fornecidos pelo Responsável Técnico pela Epidemiologia e Sistema de Informações do DSEI Yanomami e Ye'kuana.



lação semântica entre cuidado e cultura, que passou a ser associada a um valor evolutivo, um status de participação de determinados grupos sociais dotados de privilégios e a serviço de um grupo colonizador.

Na construção desse conceito iluminista, a cultura foi relacionada ao imaginário de que cada sociedade iria percorrer as mesmas etapas até se tornar uma sociedade “mais avançada”, colocando as nações europeias em um dos extremos e as “tribos selvagens” em outro, dispondo o resto da humanidade entre dois limites (Laraia, 2001). Ao longo do tempo, outros autores questionaram esta visão etnocêntrica por meio do relativismo cultural, pressupondo que a espécie humana, por mais paradoxal que possa parecer tal afirmação, não pode ser explicada senão em termos de sua diversidade cultural. Questiona-se assim a visão linear entre cultura e biologia, reconhecendo a cultura como transcendente aos aspectos biológicos e geográficos, rediscutindo o papel do homem como parte da natureza, afastando definitivamente a ideia de uma natureza evolucionista da cultura, e incorporando a ideia de que ela é dinâmica e não estática (Laraia, 2001).

A antropologia da saúde é influenciada principalmente pelo conceito de cultura de Clifford Geertz, que se filia à antropologia de abordagem hermenêutica, o qual considera a cultura como um “universo de símbolos e de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar as ações” (Geertz, 1989). Esta definição de cultura como sistemas entrelaçados de símbolos interpretáveis dentro dos quais os acontecimentos sociais, os comportamentos e as instituições podem ser descritos de forma inteligível, possibilita entender a saúde (e, em complemento, a doença) como um sistema que é social e cultural na sua origem, estrutura, função e significado (Couto, 2012).

Na compreensão evolucionista, o humano, ao se diferenciar do animal, constrói sua cultura em etapas evolutivas de distanciamento deste animal, ou desta “natureza”. Já para os ameríndios, a condição original comum aos humanos e animais não é a animalidade, mas a humanidade e “o referencial comum a todos os seres da natureza não é o homem enquanto espécie, mas a humanidade enquanto condição”. Esta perspectiva desloca do topo da hierarquia evolutiva, o homem, incorporando-o em um cosmos como parte de um todo muito mais complexo (Viveiros de Castro, 1996). Todavia, é a influência do pensamento evolucionista que permanece no *modus operandi* da sociedade ocidental, que acredita em um modelo clássico civilizatório que todos os serem humanos devem seguir. Exemplo disso são grupos missionários e alguns agentes estatais que ainda atuam numa perspectiva tutelar, no sentido de uma ação “civilizatória” (Souza Lima, 2014).

No caso das normativas da PNASPI, há reconhecimento de que a valorização das questões culturais é fundamental para a prática do cuidado e para compre-

ender melhor os universos envolvidos no encontro entre profissionais de saúde e população indígena. Contudo, no âmbito da saúde de uma forma geral, a compreensão hegemônica é o modelo biomédico, centrado no tratamento da doença e no higienismo, com ações muitas vezes distantes das reais compreensões e necessidades das populações indígenas. Nesse sentido, consideramos a aproximação entre saúde e cultura uma possibilidade de reconhecer que os indivíduos de determinado grupo têm práticas e regras específicas relacionadas à convivência interpessoal e com o ambiente onde vivem. Assim, há implicações nas escolhas, nas posturas corporais, na forma como percebem e manipulam os seus corpos, como adoecem e do que adoecem, como interpretam os fenômenos relacionados a este processo, influenciando as práticas e regras sociais e de cura. Da mesma forma como os antropólogos contemporâneos, a APS considera que, no Brasil, esses hábitos e padrões são plurais, não se podendo falar de uma cultura regional única, ou de uma cultura “melhor” ou “mais avançada” (Knauth; Oliveira; Castro, 2013).

Neste sentido, como acontece a relação de cuidado entre este profissional de saúde, oriundo da cultura eurocêntrica dominante e um usuário do SUS oriundo de uma cultura indígena? Como sobreviver ao ato colonizador na interação do cuidado, resgatando o conceito de cultura de sua origem relativa a cuidado e “condução à plena realização de suas potencialidades”, se na relação com o outro predominam culturas hegemônicas e com maior potencial colonizador?

## **As narrativas de médicos em suas experiências com uma cultura diferente**

Buscaremos apresentar um conjunto de experiências narradas por médicos brasileiros em seus primeiros meses de atuação na saúde com os Yanomami, no encontro entre diferentes culturas, com o objetivo de refletir e dialogar sobre esse contexto de cuidado. Estes resultados fazem parte do Projeto “Experiências de atuação na Atenção à Saúde Indígena na Amazônia brasileira: uma análise das visões de médicos em seus primeiros meses de trabalho em DSEI”, pesquisa desenvolvida pelos mesmos autores deste capítulo no ano de 2019, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos sob CAAE 17995819.9.0000.5504. Neste texto todos os nomes originais foram substituídos para garantir o sigilo das informações.

Este foi um estudo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa, que teve como sujeitos todos os 18 médicos brasileiros que iniciaram sua atuação no DSEI Yanomami e Ye'kuana entre dezembro de 2018 e agosto de 2019. Quanto às características gerais, eram: 7 mulheres e 11 homens; entre 25 e 53 anos de idade; 9 se autodeclararam brancos, 7 pardos e 2 negros; 9 com graduação realizada no Brasil e 9 no exterior, com ano de conclusão entre 2014 e 2018. Foram realizadas





entrevistas individuais, sendo que para este capítulo foram analisadas as narrativas oriundas do seguinte disparador: “Conte-me uma história marcante neste período de atuação na saúde indígena, que tenha relação com a cultura local”. Segundo Jovchelovich e Bauer (2002), as entrevistas narrativas se caracterizam como ferramentas não estruturadas, visando a profundidade de aspectos específicos, a partir das quais emergem vivências, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional, sem que haja intervenções desnecessárias do entrevistador. A narrativa é uma forma artesanal de comunicação, devendo ser considerado que a memória é seletiva, sendo importante o que a pessoa registrou de sua história (Muylaert, 2014). Depois de realizadas as entrevistas, foi realizada a leitura exaustiva do material, com ordenação desses documentos e construção de três categorias temáticas a partir de núcleos de sentido que atravessam as narrativas dos médicos nos cenários do cuidado à saúde indígena relacionados à cultura, com elaboração de síntese interpretativa para permitir o diálogo das categorias com a literatura relacionada (Gomes, 2013).

Do material coletado foram apresentados, ao longo das categorias, apenas os episódios ilustrativos construídos. Eles são narrativas curtas oriundas das entrevistas e foram construídos para pôr em evidência determinado aspecto do evento, terminando com um clímax que pode impactar o ouvinte (Pereira, 2015). Para a construção dos episódios ilustrativos foi seguida a sugestão de Van Manen (2014), buscando descrever um só incidente, incluindo detalhes concretos importantes que pudessem exemplificar o que queríamos dizer, trazendo a dimensão da experiência ao leitor como se ele próprio a estivesse a viver (Van Manen, 2014). Abordaremos, assim, a relação da cultura com o cuidado em saúde, observando três experiências distintas consequentes a este encontro: o conflito entre diferentes culturas; o respeito e tolerância entre culturas; a construção intercultural do cuidado. Destaca-se que estas três formas de experiências podem coexistir na relação do profissional de saúde e o indígena, alternando de acordo com a situação vivenciada. Assim, um mesmo profissional pode ter experiências de relação com a cultura indígena que sejam mais conflituosas, mais centradas no respeito ao diferente ou ainda na relação intercultural.

## Conflito entre diferentes culturas

Neste subitem, abordaremos como os conflitos gerados no encontro entre as diferentes culturas podem se relacionar com a prática do cuidado. Na pesquisa realizada, alguns médicos se depararam com situações inesperadas e potencialmente conflituosas ao vivenciarem as primeiras experiências em território indígena, como narrado pela médica Elena, no episódio ilustrativo abaixo:

Numa aldeia você não tem nenhum meio de lazer. Então a gente acaba brincando dizendo que a nossa única fonte de lazer na comunidade é o posto de saúde, que é o shopping deles. Eles entram no shopping e mui-

tas vezes eles não precisam de nada. Nem de comida, nem de remédio. Só vão mesmo para ficar olhando para a cara da gente. E várias vezes enquanto a gente está atendendo um paciente, já com um AIS intérprete para traduzir, fica um monte de gente olhando o que você está fazendo. Não é confortável para a gente, nem para o paciente, mas parece que eles se sentem confortáveis assim. Aí eu fui fazendo medidas mais drásticas e pedindo para não ficar gente no posto porque era lugar de gente doente. Que era um lugar contaminado e que não tinha porque eles estarem indo. Eu perguntava: “O paciente está doente, está com dor? Não? Então o curumim tem que ir para casa, tomar banho, ir para escola”. Então, eu fui tentar explicar isso para eles e, para mim estava tudo certo. Aí quando foi no dia de eu pegar meu vôo para sair de área, uma AIS me chamou para conversar e disse que eu estava muito hoximi<sup>32</sup>. Hoximi para eles é ser ruim, porque eu era uma doutora ruim, porque eu estava mandando os pacientes irem embora. (Elena)

Nesse episódio podemos destacar alguns elementos da subcultura biomédica: o *shopping*; o lazer distanciado do local de trabalho; a concepção de privacidade; de posto de saúde como um *lugar contaminado* ou *lugar de gente doente*; e a necessidade das crianças realizarem atividades como *tomar banho e ir para a escola*. Na experiência narrada, a intenção de “não contaminar as crianças” e de preservar a privacidade trazem valores e crenças próprios de sua cultura para sinalizar um devir do profissional de saúde de proteger as pessoas da doença e da quebra de sigilo, protegendo os que aparentemente estão saudáveis da contaminação e da exposição ao posto de saúde, ou do *lugar de doença*. Nota-se um paradoxo entre os conceitos saúde e doença na visão de mundo em que o posto de *saúde* é conhecido como um *lugar de doença*.

Neste sentido, é fundamental reconhecermos que há, para além de uma cultura eurocêntrica, uma “subcultura biomédica” a ser considerada na relação de cuidado. Neste texto, utilizaremos os termos subcultura biomédica, cultura biomédica ou biomedicina ao nos referenciarmos ao modelo de medicina ocidental, baseado na ciência biomecânica, com superespecialização dos conhecimentos e que busca ter respostas universais aos problemas de saúde. Na subcultura biomédica, afastar-se do posto de saúde para preservar-se da doença parece bastante aceitável. Entretanto, essa concepção de saúde e doença, de uso de medicamentos e de sigilo e privacidade podem variar entre as diferentes culturas e entre as diferentes etnias e grupos populacionais. Entre os Yanomami, por exemplo, o local onde se realizam os rituais de cura e morte pode perfeitamente ser o mesmo onde outras atividades são realizadas, como moradia, lazer e preparo dos alimentos. Uma casa coletiva tradicional Yanomami (xaponoouyano) costuma ser dividida em quatro círculos internos, sendo o espaço entre as

32 - Hoximi: ser mau, feio; usado em oposição atotíhi (ser bom, bonito), neste caso, reforçando a generosidade como atributo essencial de um bom yanomami (humano).



fogueiras onde se alocam as famílias e a praça central (yano a heehã) destinado para atividades de “xamanismo, reuniões masculinas, danças de apresentação para convidados e preparativos de comidas para cerimônias” (Silva, 2015, p. 45).

Diferentes concepções de cuidado que implicam também em diferentes compreensões de “locais de cura” e de contaminação e das distintas regras e práticas necessárias à preservação da saúde. Isto não significa dizer que os indígenas ou os povos originários não se interessem pelas práticas de cura/cuidado da cultura biomédica e que não encontram curiosidade ou interesse no consumo dos medicamentos como prática de cura e cuidado, interpretado pela médica como uma mercadoria de um shopping. No entanto, se atentarmos o cotidiano das pessoas pertencentes a classes sociais dominantes e não às culturas indígenas tradicionais, estas também transitam frequentemente entre a biomedicina e práticas ditas “alternativas”, ou até mesmo espirituais, dependendo da experiência de adoecimento que estão vivenciando (Raymundo, 2013).

Em 2011, alguns estudantes de odontologia realizaram atividades nas aldeias do Xingu e relataram o “incômodo e falta de privacidade em suas atividades íntimas - refeições, banho, troca de roupas e necessidades fisiológicas” por estarem quase sempre acompanhadas pelas crianças na aldeia. Estas observações foram levadas aos espaços de discussão e reflexão do grupo que, ao final, associaram a ideia de aldeia a uma casa comum a todos da comunidade e a presença das crianças, uma forma de troca de saberes entre culturas diferentes, de gentileza e de ciceronear os visitantes (Macedo, 2011). O estranhamento da falta de privacidade encontrado por estes estudantes, assim como por Elena, pode ser interpretado como um conflito cultural, ao se questionarem quanto aos valores fundamentais de ambas as culturas.

O maior desafio nesse conflito, no entanto, surge quando a diferença entre as culturas é tão grande que os valores em jogo dizem respeito à própria noção de ética e dignidade e o conflito e o diálogo não são capazes de gerar novos significados às situações apresentadas, já que ferem o que é mais valioso em sua própria cultura, como evidenciado no episódio ilustrativo a seguir:

Teve um menino de uns 25 anos, mas que aparenta ter menos, que chegou todo queimado. É a segunda vez que ele é jogado na fogueira. Mas eles não falam isso abertamente para a gente. Eles falam que caiu, mas não é possível. Ele estava todo queimado, dos pés à cabeça. Isso acontece algumas vezes quando o paciente tem crise convulsiva. Eles acreditam que é um mau espírito que está ali e para sair esse espírito da pessoa só jogando na fogueira, entendeu? (Daniela)

Neste episódio, percebemos um misto de indignação e perplexidade de Daniela, trazendo concepções da cultura biomédica sobre o procedimento rea-

lizado - o ato de jogar na fogueira durante uma convulsão, o que é relacionado a um sofrimento muito maior que o sofrimento com a doença "convulsão". No entanto, nesta situação, há diferentes compreensões e significados para o adoecimento, pois o médico, inserido numa cultura de visão eurocêntrica, traz em si visões muito diferentes das dos indígenas.

Os significados da saúde e da doença para cada sociedade são construídos a partir dos registros de normalidade e anormalidade determinados principalmente, a partir de valores próprios de cada cenário sociocultural. Nessa perspectiva Arthur Kleinman elabora um grupo de conceitos que são chave para a análise de fatores culturais que intervêm no campo da saúde e, também, para a construção de um modelo comparativo entre sistemas médicos. Assim, considera que nos sistemas médicos há interação do profissional de saúde, do popular (com seus especialistas) e do familiar, com diferentes "modelos explicativos" para o entendimento sobre origem das doenças (Kleinman, 1978). A saúde e a doença, nessa abordagem, são realidades social e simbolicamente construídas, que se misturam à biografia dos indivíduos e de seus grupos sociais, e servem de guia às interpretações sobre as desordens a que estão sujeitos (Van der Sand, 2014).

Se na relação entre os pacientes e profissionais prevalecer o ponto de vista da cultura hegemônica e o tratamento for realizado exclusivamente sob o ponto de vista biomédico, estará se perpetuando o ato colonizador. É importante lembrar que profissionais de saúde também possuem crenças e valores sociais, espirituais e religiosos e que, na relação de cuidado profissional-paciente surgem estranhamentos e conflitos, que embora o esperado seja que o profissional atue imparcialmente, no momento do conflito sem o devido diálogo o que prevalece é a cultura dominante (Raymundo, 2013). No entanto, lidar com os diferentes modelos explicativos não é simples, principalmente ao considerarmos que a educação médica possui grande orientação normativa. O próximo episódio ilustrativo nos exemplifica uma destas experiências:

Foi junto da epidemia de amebíase comprovada que estava acontecendo e um menino de três anos, o Kaeli, pegou. Quando ele chegou para ser atendido, estava já com uma diarreia muito forte, com sinais alarmantes de desidratação. Eu prescrevi a hidratação venosa vigorosa e teve recusa geral da família. Eu tentei ali convencer e tudo, mas eles foram relutantes. A avó pegou a criança, falou que eles preferiam fazer o xaporí<sup>33</sup> e saiu correndo. O técnico foi na casa da família nos próximos dias para ver como o Kaeli estava, e ele tinha piorado muito e estava recebendo já a passagem do xaporí. A gente conseguiu convencer eles a levarem o menino para o posto. Ele estava totalmente desidratado, então eu e a equipe de enfer-

**33** - Xaporí (xaboli, xapoli): xapiriu ainda, hekura, refere-se tanto aos espíritos da floresta quanto aos xamãs de maneira genérica (no singular) e à prática de xamanismo quando, após inalação de um enteógeno (yãkoana - Virola sp.) fazem 'dançar' os espíritos auxiliares.



magem tentamos reidratar de todas as formas. Uma situação desesperadora. Até que por fim ele parou e foi iniciado um processo de reanimação traumático, porque ficamos numa sala com pelos menos quinze pessoas, com os parentes dele gritando, desesperados. A gente tentava tirá-los e não conseguia. Por fim, ficamos mais de setenta minutos de reanimação até que já não tinha mais reflexo pupilar, não tinha mais nada. Aí eu declarei óbito e eles pegaram a criança e já levaram para comunidade. Passamos a noite inteira ouvindo o ritual de morte deles. (Sandro)

Como se pode observar nesta experiência narrada por Sandro, modelos explicativos muito diferentes foram empregados na compreensão do adoecer e consequentemente, no ato de curar. No distanciamento das culturas, o conflito existencial encontrado pela biomedicina não só coloca em cheque seus valores e crenças relativos à vida e à morte, como evidencia sua própria impotência diante da situação, principalmente quando a causa da morte é considerada evitável, sob o ponto de vista biomédico. Se tomássemos a visão dos indígenas nessa situação, como a descreveriam? Talvez tenha havido sucesso no cuidado, pois ofereceram o xapori conforme recomendado pelos xamãs nesta situação. Ao contrário do que a cultura biomédica traz, a morte não necessariamente significa insucesso. Dor, sofrimento e morte podem ser experimentados de formas muito distintas e tão profundas que são difíceis de serem questionadas ou julgadas. Outros sujeitos entrevistados nesta pesquisa destacaram vivências que envolviam risco de morte ou efetivamente desfecho de morte como as mais marcantes de toda a sua experiência no território, o que demonstra a dificuldade em lidar com estas situações.

Não se trata, no entanto, de acreditar que sempre haverá conflito no encontro de culturas diferentes, ou que sempre que houver conflito haverá sentimento de frustração e impotência. O que se trata neste tópico é que é necessário analisar os conflitos emergentes do estranhamento entre as diferentes culturas e identificar quais são os elementos encontrados em cada uma dessas experiências capazes de gerar limites, frustrações ou impotência. O conflito pode gerar algo potencializador, pois sua identificação e a reflexão a partir dele permitem ressignificar as situações e dependendo de como é feito o processo de mediação do conflito, o binômio diálogo e conflito pode consolidar um processo importante de construção entre culturas (Raymundo, 2013).

## **Respeito e tolerância entre diferentes culturas**

O respeito e a tolerância entre as diferentes culturas é o que possibilita reconhecer o caráter multicultural do ser humano. No sentido da tolerância para além da garantia da saúde, também devem ser respeitadas as especificidades culturais e outras compreensões sobre os processos de saúde-doença e cura. Num primeiro momento, esse respeito refere-se inclusive a considerar o indígena enquanto um ser humano igual, relativizando hábitos, costumes e crenças e entendendo que provêm de uma cultura diferente, mas não hierarquicamente inferior (Langdon, 2001).

Nesse sentido, os diferentes modelos explicativos sobre as doenças nos ajudam a respeitar as diferenças a partir do momento em que conhecemos as perspectivas do outro. Por exemplo, antes do contato direto com os não-indígenas, os Yanomami atribuíam algumas doenças à fumaça produzida por substâncias maléficas jogadas no fogo por feiticeiros oka - feiticeiros de aldeias inimigas (Albert; Gomez, 1997). No caso das epidemias que atingem vários indígenas da mesma aldeia - xawala - eram causadas por agressão dos espíritos xamânicos, a exemplo da malária (Pithon, 2005). Após o contato, outras representações de transmissão de doenças foram surgindo, inclusive relacionadas à poeira dos materiais trazidos por eles, como facas e ferramentas (Kopenawa; Albert, 2015). Nesses exemplos, podemos perceber as diferentes origens das doenças para os Yanomami, além de evidenciar a dinamicidade da cultura. Seguindo na direção das formas diversas de experienciar a doença, trazemos um episódio ilustrativo:

A experiência deles com a dor e com toda a doença parece que ela é diferente do contexto urbano, fora do contexto da saúde indígena e da aldeia. Teve uma menina de uns sete anos que estava com um quadro bem grave e aguentando firme a febre de quarenta graus naquele espaço de internação que não é adequado. Eu estava auscultando e ela vomitou bastante. Mesmo assim, continuou firme e me deixando examinar. A gente colheu uma lâmina, demorou uns 20 minutos e deu positivo para malária. Estava com parasitemia bem alta, eu acho que três cruzes. Dois dias depois da hidratação venosa e de tratar com sintomáticos, além iniciar medicação específica para malária, ela já estava voltando ao normal. Impressionante a resistência que essa criança mostrou para a gente nesse pico de febre e depois sair bem. (Thiago)

Thiago descreve uma experiência em que o indivíduo experiencia sua doença de forma diferente do esperado em um *contexto urbano*, o que lhe causou surpresa. O que pareceu mais marcante foi a *resistência da criança* frente aos sintomas de febre, dor e náuseas. Assim, o grau de sofrimento e a gravidade das doenças são vivenciados de formas diferentes por pessoas de culturas diferentes.

Tomando novamente o modelo explicativo, podemos introduzir aqui os conceitos de experiência de adoecimento (do inglês *illness*) e doença (do inglês *disease*), que ressaltam as produções de significado acerca da doença e remetem a visões de mundo que, expressas pelo indivíduo singular, são conformadas pela cultura da qual ele toma parte. Com a distinção entre *illness* e *disease* é possível compreender e se posicionar frente às tensões produzidas no encontro entre profissionais da saúde e pacientes. A experiência de adoecimento (*illness*) está relacionada à perturbação, ao sofrimento, sendo a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença e que engloba aspectos individuais, sociais e culturais. Por outro lado, a doença (*disease*) é a forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde com base no modelo biomédico que orienta seu trabalho clínico, buscando uma generalização. Muitas vezes o que pode acontecer é que no movimento de “traduzir” o discurso,



os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença, acaba por invisibilizar a experiência com a doença (Kleinman, 1978).

Nesse âmbito, há de se reconhecer que os indígenas possuem outro conjunto de representações e simbologias que podem gerar um abismo dicotômico entre a cultura biomédica e a experiência individual, subjetiva e/ou socialmente delimitada da doença, na qual o cuidado se torna ineficaz, podendo até causar danos diretos (Stewart et al. 2017). A partir do momento em que se conhece o universo simbólico do outro, é possível conhecer novas formas de interpretar a doença e novas formas de vivenciá-la e enfrentá-la. No episódio ilustrativo abaixo, temos a narrativa de Vânia que nos surpreende tanto pela forma de dona Marisa experienciar a doença, como pela identificação de outros saberes:

Como eu vi uma cicatriz de mais ou menos 20 centímetros sem nenhuma sutura, aquilo ali me chamou muita atenção. A dona Marisa então me contou que estava fazendo um trabalho lá em uma comunidade isolada na Venezuela. Ela caiu sobre uns galhos e um deles perfurou o abdome, na parte inferior. Foi retirado pelos próprios indígenas e então saiu uma parte do intestino grosso, que foi colocado de volta para dentro e amarrado. Ela foi tratada sem medicação alguma, sem cuidado nenhum com profissional da saúde, porque lá na região dela não tinha esse tipo de tratamento. Aquela mulher sobreviver a um trauma tão extenso! E está bem um ano depois do acontecimento. (Vânia)

Nesta situação fica evidente que os sistemas de cura no contexto da saúde indígena são variados e estão para além do modelo biomédico hegemônico. No entanto, como ilustrado no episódio, esses sistemas de cura entre os indígenas estão para além de uma “medicina mágica”, mas seguem um processo de identificar sintomas, fazer um diagnóstico e realizar o tratamento, com a diferença importante de que a noção de cura é mais abrangente que a biomedicina (Langdon, 2001). Assim, na experiência narrada, há reconhecimento (de certa forma inesperada) de que os sistemas de cuidado entre os indígenas podem ser elaborados, o que pode favorecer a geração de posturas de respeito e tolerância nas relações com os indígenas. Tais posturas, apesar de ainda serem limitadas na medida em que se mantém a hierarquia, avançam para além do conflito.

Marcos Pellegrini representou de forma literária em seu livro Wadubari, como os Yanomami enfrentaram as epidemias levadas pelos nabê<sup>34</sup>, ou xawala<sup>35</sup>, que causaram a morte de muitas pessoas. Por serem vistas como “doenças de branco”, demandavam o uso das pílulas mágicas trazidas por eles - os “caroços

**34** - Nabê (napê): Pessoa que não é yanomami; estrangeiro, forasteiro; traduzido como ‘inimigo potencial’ ou ‘pessoa hostil’ em oposição aos parentes e pessoas amigas. Neste artigo encontraremos o termo branco para representar as pessoas não-indígenas.

**35** - Xawala (xawara): epidemia; doença levada pelos brancos e que provoca a morte de muitas pessoas num curto intervalo de tempo.

e líquidos” que entravam pelas agulhas e “aliviavam os desconfortos”, ao que, “pelo estado em que estavam, as pessoas eram obrigadas a gostar” (Pellegrini, 1991). A doença e suas consequências são retratadas neste livro de formas distintas, dependendo da causa ou do agente causador. Assim, há uma coexistência de “doença de índio” e “doença de branco”, podendo haver sistemas variados de cura “de índio” e “de branco”. Neste próximo episódio, temos a experiência de Alice com diferentes sistemas de cura:

Uma criancinha que ficou muito, muito doente, com insuficiência respiratória aguda. Estava com pneumonia e piorou, agravou todos os sinais vitais e a gente mantendo no oxigênio. Quando deu uma melhoradinha, chegou o pai da criança e falou que precisava levar para fazer o xabori, porque ele tinha comido jacaré um dia antes. O jacaré era de uma outra liderança que era contra a família dele, e por isso ele tinha sido como se fosse possuído. Era isso que estava causando a doença. Eu já tinha pedido a remoção, estava esperando o avião chegar, daí eu autorizei eles fazerem o xabori, e eu fui junto. Eles rezaram, fizeram todo aquele ato e depois falaram que tirou, que o problema era realmente o jacaré que a criança comeu. Explicaram todo o entendimento deles lá e depois liberaram a criança para ir para Boa Vista. Para eles, precisaria ainda de um tempo para se recuperar, mas era o xabori que iria curar. Sempre que a gente não sabe muito bem o que é, quando não é doença de branco, eles já pedem para fazer xabori. (Alice)

Nesta última experiência reconhecemos que a origem das doenças está baseada em princípios ontológicos diferentes, sendo que no sistema xamânico a doença e a saúde fazem parte de uma cosmologia que integra fatores físicos, sociais e espirituais para o processo de cura. Podemos ainda observar que a coexistência das práticas de cura dos yanomami - xabori - e as práticas de cura biomédicas - internação hospitalar - foi possível devido ao respeito presente às diferentes culturas, possibilitando que ambos os conhecimentos fossem colocados em prol da otimização do cuidado ao paciente. Neste caminho, podemos reconhecer o quão necessário se faz a competência cultural aos profissionais de saúde nesses contextos, sendo preciso superar estereótipos, preconceitos e discriminações (Helman, 2009).

Por competência cultural entende-se atitudes e habilidades de comunicação e de relação de trabalho que permitam superar essas diferenças culturais e promover uma troca verdadeira entre pacientes e comunidades (Knauth; Oliveira; Castro, 2013). Implica uma capacidade de compreender e responder efetivamente às necessidades culturais e linguísticas, trazidas pelos pacientes, de forma horizontal, sem hierarquização de valores e práticas. Para tanto, várias dimensões devem ser consideradas, tais como: sensibilidade dos profissionais de saúde às crenças, práticas, expectativas e origens de seus pacientes e suas comunidades; facilitação do acesso aos cuidados de saúde e eliminação das barreiras estruturais aos cuidados de saúde de qualidade e a redução das bar-





reiras organizacionais, com planejamento de serviços de saúde mais apropriados àquela cultura (Helman, 2009).

## **Construção intercultural do cuidado**

Em meio ao estranhamento diante do encontro com o diferente e dos dilemas de conflito, as tentativas de respeito e tolerância ainda não conseguem atingir a real construção compartilhada no trabalho em saúde nesses territórios, sendo um desafio apontado em diversas realidades. O caminho da interculturalidade é sugerido como possível para essa construção não colonizadora.

Apesar da população indígena utilizar diferentes recursos de saúde, intencionalmente a partir de diversos itinerários terapêuticos, o habitus de não indígenas é diferente de indígenas, que são caracterizados como estranhos morais. Assim, há a necessidade de acordos para resolução de conflitos (Menendez, 2005). Para tanto, sugere-se a ética discursiva como caminho a partir do livre posicionamento de todos ao avaliarem de forma conjunta as consequências, não sendo um universalismo abstrato e etnocêntrico e nem um relativismo inoperante (Lorenzo, 2011; Pontes, 2014). Esse espaço de diálogo precisa ser democrático, mas tem-se um contexto interétnico em uma sociedade dirigida por um Estado uniétnico, o que torna esse diálogo hierárquico e assimétrico.

Todavia, considerando espaços de negociação e construção compartilhada, a microsfera, referente a relação entre profissionais e indígenas no cotidiano, seria um deles. Nesse, a competência moral seria fundamental para uma convivência democrática. Essa diz respeito à habilidade de identificar as implicações morais da situação para aplicar as regras ou refletir sobre elas e, mesmo que discorde, reconheça os princípios dos argumentos subjacentes aos sentimentos e dialogue de forma comunicativa, descentrada e orientada pelo entendimento mútuo (Lind, 2014). Essa ideia aparece na narrativa de Paulo:

Eu estava atendendo ao paciente que chegou para mim com uma hipoglicemia, quase desmaiado. Eles estavam todos chorando porque era um parente deles muito querido. Eu pedi para pegar veia, essas coisas, e a Pajé pediu para fazer o xabori junto. Isso ficou bem marcante. Assim: era eu colocando o soro, medicamento, e ela passando a mão nele ao mesmo tempo, gritando. Isso aí eu nunca ia passar na vida, aqui na cidade. É cultura mesmo deles, você só vai ver lá. É uma coisa assim que só a pessoa vindo para conhecer como é o xabori. Cuspindo a doença fora! (Paulo)

Os cuidados tradicionais indígenas podem se articular com cuidados biomédicos quando estratégias de cuidado forem conhecidas e reconhecidas entre os diferentes atores, numa participação não tutelada. Constrói-se assim uma nova prática de saúde a partir do desafio de expor nossa cultura e evidenciar nossa posição nas

relações de poder com a intenção de uma abordagem realmente integral que envolva, não apenas doença, mas a tríade saúde-doença-cuidado (Juárez, 2004).

No episódio narrativo, Paulo experiencia o estranhamento com o diferente, mas no sentido de curiosidade no contato com o novo e, não, de hierarquia. Assim, as intervenções acontecem ao mesmo tempo não apenas no sentido de tolerância, mas de contribuição conjunta para cuspir a doença para fora, “como uma relação entre culturas dinâmicas, nas quais há necessariamente reciprocidade, vontade e horizontalidade, reconhecendo que existem espaços de encontro onde eles podem negociar e outros onde as especificidades são mantidas” (Narvaéz, 2012, p. 19).

Portanto, essa relação intercultural horizontal e compartilhada prevê momentos de negociação e de manutenção das especificidades. E esse movimento de o não-indígena perceber que a abordagem indígena pode ser a oficial, e não apenas um complemento, aparece como um dos mais desafiadores por todos os elementos já discutidos anteriormente e que envolvem a hierarquia e o etnocentrismo. Esse episódio narrativo trazido por Flávia sugere esse movimento de ceder para que o outro se torne também oficial:

Teve uma paciente que disse que viu uma cobra e, depois de ver essa cobra que ninguém mais tinha visto, ela começou a sentir umas dores e ver coisas. Lógico que eu levei para o lado psicológico, psiquiátrico, o lado da Medicina. E também pedi para que fizessem o xabori porque eu falei que isso poderia ser coisa da floresta. A expressão dela ao me ouvir foi de ter achado muito legal, assim, de ver que eu não achava que era uma besteira a cultura deles. O desfecho da história foi bem interessante, eles fizeram o xaborie ela ficou bem. Eu chamei a psicóloga e nós conversamos todos juntos. Então, eu acho que fazer com que as duas culturas trabalhem juntas é um desafio, mas o caminho é fazer com que o meu e o deles possam caminhar juntos e assim caminharos longe. (Flávia)

Essa articulação real de conhecimentos e saberes exige, portanto, reconhecer que nem todas as igualdades são idênticas e nem todas as diferenças são desiguais, já que não pode haver o direito à igualdade apenas quando há inferiorização e nem o direito à diferença apenas quando há descaracterização (Santos, 2017). Assim, essa construção precisa combinar humildade, responsabilidade e competência interdisciplinar e intercultural, potencializando a humanidade e a empatia, que fazem com que a interculturalidade seja real e não apenas funcional (Raymundo, 2013). Essa outra experiência relatada por Bárbara ilustra esses elementos:

Teve uma vez que uma senhora que se perdeu na floresta e a filha veio procurar a gente para poder ajudar. A gente ficou bem preocupada porque ela tinha mais de 70 anos e ela foi para pegar algum tipo de cipó com as colegas mais velhas e não retornou. Até que enfim um indígena a encontrou



na beira do rio engatinhando, assim, fragilizada, e a levaram para a casa. Daí, quando a gente chegou lá, eles estavam fazendo a hekura, um ritual de cura deles. Eu me emocionei. E eu achei que eles foram muito gentis comigo porque eles me deixaram assistir, o que não é muito comum. Inclusive disse para eu sentar do lado dela, ou seja, ele me reconheceu como parte do processo terapêutico. No final, ele beijou a minha mão e eu chorei. Foi muito emocionante para mim, porque ele me deixou instalar um soro, avaliar, fazer os exames clínicos e ela estava bem, com bons sinais vitais. Só que ela estava psicologicamente abalada e eu vi o quanto aquele ritual de cura fazia bem para ela. Inclusive eu acredito também na espiritualidade, em coisas sobrenaturais, então respeitei demais e me senti parte daquele processo, desde o começo. Desde que eu vim para cá, eu me sinto parte do processo de cura da população. E eu não acho que eu sou uma pessoa estranha para eles, eu acho que eles me veem como a médica napê, que é a médica do ocidente, mas que pode auxiliar eles também. (Bárbara)

Percebemos a postura de humildade e empatia diante do encontro com o diferente, e, um sentido de integração que toma um rumo diferente dos episódios anteriores. Enquanto nos outros, mesmo com compartilhamento, o movimento é de chegada do indígena num espaço hegemonizado pelo não indígena e dito como oficial, aqui esse movimento é contrário. Isso evidencia uma construção compartilhada ainda mais avançada, em que os dois ou mais espaços de cuidado são considerados tão oficiais que podem conviver a partir da relação mútua de confiança. Bárbara, mesmo com pouco tempo de experiência de trabalho nesse território, parece ter construído essa relação de confiança ao esforçar-se para conhecer a forma de ver o mundo das pessoas que assiste e ao tentar abandonar o etnocentrismo, esse que provoca recusa passiva (como negativa a intervenções biomédicas propostas) ou ativa (como hostilidade) (Albert; Gomez, 1997).

## **Considerações finais**

As relações entre médicos e os indígenas Yanomami na atenção à saúde estão permeadas pelo conflito do (des)encontro entre diferentes culturas. Para que este encontro cultural ocorra de forma efetivamente potencializadora é necessário que os profissionais da saúde indígena se aprofundem no contexto socio-cultural dos indivíduos com os quais trabalham, além de ser essa compreensão fundamental na construção de uma boa relação de parentesco-amizade com os Yanomami, superando assim a categoria de potenciais inimigos.

Assim como as experiências de vida dos narradores são singulares e únicas, as experiências dos pacientes indígenas também, e o encontro dessas visões de mundo e de experiências de adoecimento pode possibilitar a construção compartilhada do cuidado. Todavia, as experiências de conflito estarão sempre presentes e coexistirão com as experiências de respeito, tolerância e construção intercultural, alternando de acordo com a situação vivenciada, inclusive para um mesmo profissional.

Neste contexto, deve haver o entendimento de que, para os Yanomami, a biomedicina é a cultura complementar (e não o oposto) e que a construção de diagnóstico e interpretação da doença não é exclusiva às pessoas que prestam o cuidado. Nesse caminho, as ontologias e epistemologias ameríndias incitam-nos a repensar também as limitações da biomedicina, evidenciando a possibilidade de outros saberes e outras formas de cuidado.

## Referências

Albert, B; Gomez, GG. (1997). **Saúde Yanomami: um manual etnolingüístico**. Coleção Eduardo Galvão (p. 304 p.). Belém, Pará: PR/MCT/CNPq : Museu Paraense Emílio Goeldi.

Brasil. Ministério da Educação. (2015). **Portaria Normativa nº 28, de 14 de Julho de 2015**. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. Brasília.

Chauí, M. (2009). **Cultura e democracia**. (Coleção Cultura é o quê?, I) 2.ed, Salvador : Secretaria de Cultura, Fundação Pedro Calmon, 68p.

Couto, MT. (2012). Contribuições da antropologia médica para a medicina. **Revista de Medicina**, v. 91, n. 3, p. 155-158. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i3p155-158>

Fontão, MAB.; Pereira, EL. (2017). Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface (Botucatu)**. ; v. 21, n. Supl.1: p. 1169-80.

FUNASA - Fundação Nacional De Saúde. (2002). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde.

Geertz, C. (1989). **A interpretação das culturas**. LTC.

Gomes, R. (2013). Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. In: Deslandes, S; Gomes, R; Minayo, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32 ed. Vozes.

Helman, CG. (2009). **Cultura, saúde e doença**. trad. Claudia Buchwitz e Pedro M. Garcez. - 5.ed. - Artmed.

Jovchelovich, S; Bauer MW. (2002). **Entrevista Narrativa**. In: Bauer, MW; Gaskell,

## G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Vozes.

Juárez, GF. (2004). **Salud e interculturalidad en América Latina**. Perspectivas antropológicas. Abya-Yala.

Kleinman, A; Eisenberg, L; Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropology and cross-cultural research. **Ann Intern Med.** v. 88, n. 2, p. 251-8, feb.

Knauth, DR; Oliveira, FA; Castro, RCL. (2013). Capítulo 7. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Artmed.

Kopenawa, D; Albert, B. (2015). **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami**. Companhia das Letras.

Langdon, EJ. (2001). A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: Grupioni, L. D. B.; Vidal, L.B., Fischmann, R. (Org.). **Povos indígenas e tolerância**. Edusp.

Laraia, RB. (2004). **Cultura, um conceito antropológico**. 14 ed. Jorge Zahar.

Lind, G. (2012). Moral competence and democratic way of life. In: Weber, W. G. et al (Eds). **Democratic competences and social practices in organizations**. Springer VS.

Leite, TVS. (2010). **Pessoa e Humanidade nas etnografias Yanomami**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 184.

Leite, TVS. (2013). Imagens da humanidade: metamorfose e moralidade na mitologia yanomami. **Mana**. v. 19, n. 1, p. 69-97.

Lorenzo, CFG. (2011). Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 329-342.

Luciano, GS. (2006). **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional.

Luna, WF; Ávila, BT; Brazão, CFF; Freitas, FPP; Cajado, LCS; Bastos, LOA. (2019). Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 23, supl. 1, e180029, 2019. Epub May 20.

Macedo, AC; Bairrão, JFMH; Mestriner, SF; Mestriner Júnior, W. (2011). Ao encontro do Outro, a vertigem do eu: o etnopsicólogo em equipes de saúde indígena. **Revista da SPAGESP** - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, v. 12, n. 2, p. 85-96. jul-dez.

Menéndez, EL. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos/Intention, experience and function: articulation of medical knowledge. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p. 33-71.

Muylaert, CJ; Sarubbi Junior, V; Gallo, PR; Rolim Neto, ML; Reis, AOA. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 184-189, Dec.

Nárvaez, FNH. (2012). Interculturalidad em salud: competências em práticas de salud con población indígena. **Ciencia y Enfermería**. v. 18, n. 3, p. 17-24.

Pellegrini. M A. (1991). **Wadubari**. Marco Zero Ltda.

Pereira, PS. (2015). **O amor na relação terapêutica em enfermagem: Experiência vivida do enfermeiro de saúde mental**. Tese de doutoramento. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.

Pithan, OA. (2005). **O modelo Hekura para interromper a transmissão da malária: uma experiência de ações integradas de controle com os indígenas yanomami na virada do século XX**. 213 f. Dissertação (Mestrado em Ciências, Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Roraima.

Pontes, AL; Garnelo, L; Rego, S. (2014). Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com serviços de saúde. **Revista Bioética**. v. 22, n. 2, p. 337-4.

Ramos, A. (2008). O paraíso ameaçado: sabedoria yanomami versus insensatez predatória. **Antípoda**. n. 7, jul-dec, p. 101-117.

Raymundo, MM. (2013). Interculturalidade e a conjugação de saberes que congregam a atenção em saúde. **Revista Bioética**. v. 21, n. 2, p. 218-225.

Santos, AAG; Iamarino, APM; Silva, JB; Zollner, ACR; Constantino, CF. (2017). Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. **Revista Bioética**. v. 25 p 603-610.

Silva, CSP. (2015). **Os Yawaripë Yanomami: da intrusão da rodovia Perimetral Norte aos processos de resistência dos povos da floresta**. 195 f. Dissertação



(Mestrado em Geografia - Análise Ambiental e Dinâmica Territorial). Instituto de Geociências. Universidade Estadual de Campinas.

Souza Lima, AC. (2014). Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: Texeira, C. C. & Garnelo, L. (Orgs). **Saúde Indígena em perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Editora Fiocruz.

Stewart, M. (2017). O primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença. In: Stewart, Moira et al. (Orgs). **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Artmed.

Van der Sand, ICP; Monticelli, M; Ressel, LB; Bretas, ACP; Schirmer, J. (2014). Antropologia da saúde: contribuições teóricas para a interpretação do processo do nascimento. **Rev Enferm UFPE** online., v. 8, n.8, p.2896-906, ago.

Van Manen, M. (2014). **Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing**. Left Coast Press, Inc.

Viveiros de Castro, E. (1996). Os Pronomes Cosmológicos e o Perspectivismo Ameríndio. **Mana** [online], v. 2, n. 2, p.115-144.