

INTERCULTURALIDADE NO MODELO DE ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE INDÍGENA

Andréa Martini¹

O tema do direito à saúde indígena parece consolidado através de variada legislação, diretrizes estratégicas de organismos internacionais, planejamento em várias instâncias, esforços técnicos e financeiros de instituições, agentes, grupos e colaboradores. Tais procedimentos têm garantido o direito à saúde indígena “diferenciada” no Brasil, resultante de pautas históricas de variado movimento social. No entanto, tal modelo ainda se restringe aos padrões de uma biomedicina hegemônica. São os dilemas da interculturalidade aplicada à saúde indígena.

I.

O atual modelo de organização dos serviços de saúde para as áreas indígenas e a concepção de Distritos Sanitários deriva dos resultados das primeiras Conferências Nacionais de Saúde, em meados da década de noventa.

Tal modelo foi referendado pelo movimento indígena e por profissionais de saúde, somente na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), ocorrida em 1993. Segundo Athias & Machado², a proposta sugeria a implantação “de um modelo de saúde

¹ Andréa Martini é antropóloga. Atua como pesquisadora e assessora, entre populações indígenas e/ou extrativistas no Acre, desde 1994. Leciona no curso Formação Docente para Indígenas da Universidade Federal do Acre, Campus Floresta. É doutora em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas. Pesquisa as imbricações entre narrativa, família e território na fronteira entre Brasil e Peru, mais precisamente, na Reserva Extrativista do Alto Juruá

² Cf. ATHIAS, R. & MACHADO, M.. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001, pp.1.

adequado às áreas indígenas, inserido em um subsistema de atenção à saúde, ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS)”

Já a decisão de implantar tal modelo foi tomada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em fins de 1998. Em linhas gerais, a proposta da II CNSPI foi absorvida, apresentando “distorções quanto ao aspecto de autonomia orçamentária e financeira dos DSEI’s”³. A partir daí, a concepção e o modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) passa a ser uma reivindicação permanente, tanto do movimento indígena organizado, como dos profissionais de saúde em áreas indígenas (Athias e Machado, 2001: 1)

Mesmo com todo esforço conceitual e prático, passados cerca de quinze anos da implantação do sistema, o modelo de atenção básica é ainda estruturado conforme padrões técnicos e conceitos éticos da sociedade dita envolvente. Isso resulta não só da parca interlocução, seja entre os sistemas de saúde em questão, indígenas e públicos, seja entre os profissionais de saúde, antropólogos, dentre outros interessados⁴. Há também dificuldades inerentes ao próprio modelo.

A concepção de saúde e doença existente entre os povos indígenas interfere no modelo de assistência já preconizado, e os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldade em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços de saúde (Athias & Machado, 2001: 6).

³ Ainda segundo os autores, o modelo administrativo adotado posteriormente contém duas vertentes: “Na primeira, as Coordenações Regionais da FUNASA atuam como ordenadoras de despesas e, por conseguinte, controlam os recursos financeiros destinados aos Distritos; na segunda modalidade administrativa, o nível central da FUNASA realiza a celebração de convênios com organizações indígenas, Organizações Não-Governamentais (ONGs), Secretarias de Saúde e universidades para a execução das ações de saúde nas áreas indígenas” (2001: 1-2).

⁴ “E, neste aspecto, as lógicas de entendimento tanto de profissionais de saúde quanto de antropólogos não entram em acordo. Os primeiros centralizam seus discursos na organização dos serviços de forma bastante operacional, em detrimento de procurar desenvolver sistemas locais que pudessem contemplar outros elementos, como, por exemplo, os mecanismos locais da medicina indígena, os quais enriqueceriam o modelo local a ser proposto. Os antropólogos, por sua vez, têm dificuldade de explicitar com maior clareza todos os conhecimentos relativos a uma “geopolítica” indígena, que conformaria a melhor compreensão das ações de saúde em território específico”(Athias & Machado, 2007: 6).

Tais dificuldades são o reflexo do próprio modelo diferenciado de atenção proposto. Trata-se de uma “saúde indígena” nos termos do sistema único de saúde. E, por não atentar para a experiência indígena em saúde, o modelo não dialoga ou sequer representa adequadamente, tais experiências.

Sendo assim, a “diferença sócio-cultural”, motivo e subtexto da saúde diferenciada, subsume na homogeneização sistêmica das políticas em saúde. E o que não dizer frente ao dilema conceitual e prático descrito a seguir.

O dúbio papel da interculturalidade

O atual modelo de atenção básica em saúde indígena avança positivamente como sistema em construção. A descentralização e a municipalização das ações em saúde pública, a formação de conselhos, distritais e municipais com funções de acompanhamento, gerenciamento e fiscalização são vitórias consideráveis no rumo de uma saúde pública de qualidade.

Na base do modelo de atenção diferenciada, temos a noção de “interculturalidade”; em voga nas análises culturais (e sistêmicas) de processos associados à globalização. Somatório desalinhado e irregular de diferenças culturais que por vezes, mascaram desconcertantes desigualdades sociais.

Historicamente relacionada aos movimentos sociais e suas demandas legítimas, a interculturalidade está associada ao reconhecimento de identidades culturais, fundamentando políticas públicas em educação, saúde, dentre outros direitos civis básicos das ditas minorias, como as populações indígenas, quilombolas, caiçaras.

Já para Maria Beatriz Rodrigues, a interculturalidade, como suposto de políticas públicas resulta do “atual confronto entre diferentes concepções de vida no interior dos mesmos espaços físicos e institucionais”. Ainda segundo Rodrigues,

as dificuldades de convivência não se resumem às tradições e costumes, mas, muito frequentemente, implicam em mudanças legislativas e institucionais(...). As reivindicações das minorias colocam em jogo a prontidão estrutural para acolher (escolas, trabalho, comunicação, religião, entre outros), mas, também desafiam a vontade de mudar estilos de vida. Esta zona de atrito promove a reafirmação de identidades, a delimitação de

terrenos e, até mesmo, as demonstrações de força na convivência intercultural (Rodrigues, 2007: 4, grifo meu).

Outros autores enfatizam sua aplicação em teorias e ações pedagógicas, práticas culturais e políticas públicas. Para Luciana Vasconcelos, a interculturalidade trata de um conjunto de propostas de “convivência democrática entre diferentes culturas, buscando a integração entre elas sem anular sua diversidade, ao contrário”. Porém, segundo a mesma autora,

há que se tomar cuidado com este conceito de interculturalidade ou *hibridação* que não pode ser confundido com concessões que garantam alguma visibilidade a grupos culturais diversos, atuando como ações conciliatórias, mas que no fundo mascaram uma perversa desigualdade social e econômica (VASCONCELOS, 2000).

Observando o termo, parece-me que a interculturalidade interliga, sem necessariamente articular, culturas constitutivas de um todo. Para chegar-se ao todo, pretensamente intercultural reúnem-se partes, minorias, segmentos, subgrupos. No entanto, classes e pensamentos hegemônicos, mantêm-se “dando voz” àqueles que mais bem se “engajam” a tais processos.

Os grupos ditos minoritários são articulados sempre em relação às demandas forjadas pelo grupo hegemônico ou *estabelecido*; a minoria dos melhores, como diria Norbert Elias (2000). Num sistema baseado em tal dilema, não é mais possível, relegar as reivindicações históricas ao segundo plano, pois, como salienta Lucia Ozório,

A problemática da interculturalidade contribui para a produção de um pensamento-ação da diversidade e visa proporcionar momentos às forças e formas residuais mais embrionárias de resistência ao sistema capitalista (OZÓRIO, 2005: 1).

Saúde indígena diferenciada

O pressuposto de uma saúde indígena diferenciada (e intercultural) torna-se o pilar de um processo de adequação; adequação de saberes e técnicas indígenas ao paradigma sobreposto. Não se trata ainda, de uma espécie de dialogismo, como no caso Baniwa citado à frente.

Em outras palavras, o sistema administrativo e organizacional institucionalizado, não dialoga diretamente com seu público diferenciado. E nem referenda, de fato, os sistemas locais na construção de novos paradigmas (LANGDON & DIEHL, 2005). Para Garnelo & Sampaio, o cenário gerado pelo que chamam de terceirização da saúde indígena é “ambíguo e contraditório” (GARNELO & SAMPAIO, 2005: 3). A participação propiciada pelo subsistema de saúde indígena,

enquadra as entidades etnopolíticas em propostas e finalidades preestabelecidas, que não necessariamente favorecem a autonomia e a autogestão e que induzem os dirigentes indígenas a investir no aprendizado da linguagem e de estratégias da tecnoburocracia, em detrimento da lógica e de formas próprias de atuação dos movimentos sociais” (GARNELO & SAMPAIO, 2005: 10).

Aos povos indígenas cabe a adequação, ainda que com criatividade irrestrita, às políticas públicas formatadas para valorizá-los em sua diferença. Como comentam Langdon & Diehl (2007: 22)

É de nosso entendimento que a articulação entre as práticas de saúde está sem possibilidade de realização no funcionamento atual do subsistema de saúde indígena e que frequentemente o discurso é moralizante e revela preconceitos sobre as práticas de auto-atenção da comunidade, sejam indígenas ou não. Para nós, a operacionalização da **atenção diferenciada** deve priorizar a garantia da participação política das comunidades indígenas em todo o processo de planejamento, execução, gestão e avaliação dos serviços; porém, nossas pesquisas apontam que a não preparação para o trabalho em contextos multiculturais, junto com as tendências de centralização, burocratização e institucionalização, impedem a efetivação dos processos participatórios, tanto nas EMSIs quanto nos Conselhos.

Como parte desta “adequação” cabe aos povos indígenas, vários e complexos procedimentos: 1) Servir, através de ONG’s e associações indígenas, como “terceirizadas” do serviço público; 2) Adquirir práticas e capacidades técnicas em biomedicina, pois, seus conhecimentos não são reconhecidos. O conhecimento local, na maioria das vezes, não é sequer retido pelos cursos “de formação”; 3) Adequar pensamento e lógica (saúde-doença) para parâmetros biomédicos usuais.

Afora questões relacionadas às genealogias do conceito de interculturalidade, preocupa-nos a representação controversa, como vimos, do “direito à diferença” nos sistemas e políticas públicos.

A diferença torna-se pressuposto de um sistema que não a contempla⁵ formalmente, pois:

- Destaca a “parte” do todo: saúde pública \Leftrightarrow saúde indígena;
- Assemelha como “diferente” ou diferencia como idêntico. Exemplo: sistema único de saúde – subsistema indígena de saúde;
- Subsume valores através de traços, manchas e marcas. Obscurecem-se as idéias indígenas, no caso, através de nuançada representação do discurso. É o caso do dizer “valorização da saúde tradicional” e das “logomarcas” compostas por rostos e desenhos indígenas na propaganda oficial.

Direito à diferença ou sua homogeneização?

Como dito anteriormente, a falta de diálogo entre a “questão indígena” e a saúde pública impõem adequações aos sistemas de saúde locais, indígenas, tradicionais, criando novos e inesperados problemas.

São problemas de ordem técnica, na medida em que os conceitos fundamentam regras, ordens, cronogramas, propostas e criam novas genealogias. E problemas de ordem ética, como por exemplo: - O sistema de saúde indígena tem garantido o acesso regular aos serviços públicos em saúde? Em que medida tais sistemas refletem o cotidiano e o pensamento

⁵ Exemplo. Entre vários grupos indígenas, a relação saúde-doença baseia-se num complexo raciocínio que envolve a alimentação, repouso-trabalho, organização social, trajetória pessoal, interações cuidadosas ou não com o meio ambiente, incluindo as relações pessoa-pessoa-grupo. O/a responsável pela saúde da coletividade deve seguir regras, por vezes, estritas de convivência e interação com o seu grupo. Agrega saberes e práticas interligados numa extensa cadeia que não separa, antes integra ou reúne, dicotomias absolutamente arraigadas nos conhecimentos biomédicos como saúde – doença, indivíduo – coletivo, material – imaterial, natureza-cultura.

dos cidadãos indígenas, visto que os profissionais técnicos responsáveis são “grandemente influenciados pelos modelos de atenção preconizados pelo modelo de atenção básica” (ATHIAS & MACHADO, 2001; GARNELO & SAMPAIO, 2005). Por trás do “direito à diferença” há insuspeitas imbricações:

- Inversão do papel do estado que delega deveres públicos à sociedade civil (quilombolas, extrativistas, caiçaras, movimento GLBT);
- Sistemas alheios às práticas e conhecimentos indígenas em saúde, dentre outros conhecimentos interligados;
- Percepção de uma “cultura diferenciada” que pode ser distinguida das demais e definida, desde que “em separado”;
- Assimetria em relações políticas;
- Desmobilização social das práticas tradicionais relacionadas à saúde;
- Problemas derivados do assalariamento indígena.

Possibilidades

Pelo sistema não representar de fato, a especificidade de uma saúde indígena, o coletivo indígena (re) significa o “esquema hegemônico”, como bem demonstram Garneiro & Wright, para os Baniwa do Alto Rio Negro.

No contexto estudado, a apropriação do discurso autorizado - seja Tradicional/mítico ou o científico para subsidiar e legitimar as práticas e demandas de saúde - é uma das estratégias valorizadas pelos sujeitos sociais como forma de cumprir suas próprias finalidades políticas e sociais e não para atender os desígnios e prioridades das agências de contato. As explicações biomédicas são aproveitadas quando apresentam relações de congruência com os saberes preexistentes e quando se adaptam às

necessidades determinadas pelas condições atuais de vida (GARNELO & WRIGHT, 2001: 16, grifo meu).

Há, porém, condições factíveis, como vontade e necessidade pública e política, para subverter a ordem dos fatores. Para tanto, torna-se necessário referendar não só as demandas, mas, alguns pressupostos e valores do público-alvo. Elevando-os ao posto de colaboradores de um sistema em construção.

Outra necessidade crucial é validar o “ponto de vista indígena”. Vários documentos indígenas versam sobre o assunto, através do tema “valorização dos conhecimentos tradicionais”, como se vê no trecho a seguir:

De fato, através da medicina natural da floresta se curam muitas doenças, desde que as pessoas entendam bem e respeitem a própria floresta. Através desta medicina, estamos preservando a própria floresta e também os segredos que ela tem; sua economia própria... Nossas concepções e práticas de saúde e doença também não são respeitadas pelos profissionais que nos prestam serviços de atenção básica em saúde. Queremos usar os remédios de farmácia quando precisarmos e quando a nossa medicina não der jeito⁶

Conselhos locais também merecem prioridade, em termos da ampliação da capacidade institucional e social indígena de acompanhar e também propor tais atividades. Outro ponto a ser considerado é “encurtar as distâncias” na ciranda da co-gestão entre as instâncias financeiras,

⁶ Cf. SIÃ, Josenildo Sales; DUA BUSÃ, Manoel Vandique; TENE, João Sales da Rosa; KA’A Osmar Rodrigues; IBÂ, Sinhozinho Sales & ISA MURU, Agostinho Manduca Mateus. 2005, p. 2.

administrativas e decisórias, conselhos, comunidades, municípios e representações gerais, distritais, estaduais e federais.

Além disso, torna-se necessário, potencializar as capacidades das equipes técnicas no entendimento dos sistemas indígenas de saúde. E não apenas, capacitar os profissionais indígenas de saúde como parteiras, agentes de saneamento e de saúde. A interação entre equipes técnicas e comunidade é ainda deficitária⁷. Outro ponto a ser considerado é a adequação dos sistemas de informação para planejamento de ações e vigilância em saúde que deveriam contemplar as especificidades étnicas de cada grupo indígena, ampliando a

Complementaridade entre os conhecimentos dos antropólogos e dos profissionais de saúde (...). Esses sistemas deveriam ser responsáveis pelo gerenciamento do distrito de forma integrada aos diversos sistemas de informação já adotados no nível nacional (ATHIAS & MACHADO, 2007: 7).

Ou ainda, segundo os mesmos autores:

“a noção de organização dos serviços de saúde, para que seja eficiente e eficaz, demandaria informações básicas sobre as populações indígenas no tocante a suas concepções de doença e saúde, essenciais para estabelecer um processo de planejamento que contemple as necessidades básicas e estratégicas do grupo indígena em que se está atuando. A dificuldade torna-se maior, pois os profissionais de saúde não são tão

⁷ Profissionais de saúde que atendem pacientes indígenas têm dificuldade para compreender ou mesmo, repassar noções importantes ao paciente e sua família, mesmo quando existe acompanhamento de tradutores especialistas. Narrativas relacionadas à doença, imbricações mitológicas ou cosmológicas sequer são consideradas como parte de um diagnóstico clínico por falta de conhecimento mínimo sobre a realidade indígena.

flexíveis em aceitar “outros” modelos, que fogem àqueles já preconizados de assistência de saúde...” (Athias & Machado, 2007: 5).

BIBLIOGRAFIA

ATHIAS, Renato & MACHADO, Marina. “A saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários: temas críticos e propostas para um dialogo interdisciplinar”. IN: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

ATHIAS, Renato. “Movimento Indígena e Políticas Públicas - Autonomia, Representação e Poder”. Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Universidade Federal de Pernambuco, pp. 1-30.

ELIAS, Norbert. 2000. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

GARNELO, Luiza & SAMPAIO, Sully. “Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde”. IN: Cad. Saúde Pública v.21 n.4 Rio de Janeiro jul./ago. 2005.

_____ & WRIGHT, Robin. “Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa”. IN: Cad. Saúde Pública v.17 n.2 Rio de Janeiro mar./abr. 2001.

LANGDON, Esther Jean & DIEHL, Eliana E. “Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. IN: Saúde e Sociedade, v.16 n.2 São Paulo maio/ago. 2007, pp. 1-30.

RODRIGUES, Maria Beatriz. “Interculturalidade: por uma genealogia da discriminação”. IN: Psicol. Soc. v.19 n.3 Porto Alegre set./dez. 2007.

SIÃ, Josenildo Sales; DUA BUSÃ, Manoel Vandique; TENE, João Sales da Rosa; KA’A, Osmar Rodrigues; IBÂ, Sinhozinho Sales; ISA MURU, Agostinho Manduca Mateus. 2005. “Proposta sobre Medicina Natural Huni Kuin”. Aldeia São Joaquim/TI Baixo Jordão, Acre: relatoria de encontro da Associação de Seringueiros Kaxinawa do Rio Jordão (Askarj) entre 01.05.2005 e 01, 02 e 17.06.2005, pp.1-9.

OZÓRIO, Lucia. “A interculturalidade e seus inúmeros começos comunitários”. IN: Psicol. Soc. v.17 n.3 Porto Alegre set./dez. 2005, pp. 1-22.

Dados de identificação da autora

Nome completo: Andréa Martini.

Nome da instituição de origem: Universidade Federal do Acre, Campus Floresta.

Endereço residencial: Rua 25 de Agosto, 2393, 1.o Piso, Bairro 25 de Agosto, Cep: 69.980-000

Endereço eletrônico: dauakaro@yahoo.com.br

Telefone para contato: 68 3322 1367/9962 2220