

Saúde e Interculturalidade:

A participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AISs do Alto Xingu*

Marina Pereira NOVO**

Resumo: Dentro do contexto da reestruturação das políticas de saúde indígena ao longo dos últimos 20 anos no Brasil, e a conseqüente criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs a partir de 1999, os Agentes Indígenas de Saúde/AISs aparecem como elementos centrais desse novo modelo de atenção à saúde indígena. Na medida em que são entendidos como possíveis “elos de ligação” ou “tradutores” entre os sistemas tradicionais e a biomedicina, observa-se que, exatamente pelo fato de ocuparem uma posição de “fronteira” entre distintos sistemas médico-terapêuticos, a atuação dos AISs está envolta em ambigüidades e conflitos de diversas naturezas. Neste artigo discuto como parte destas ambigüidades decorre da forma como é pensado o modelo de atuação dos AIS e mesmo o modelo de atenção à saúde indígena, conforme se percebe através da organização e da transmissão de conteúdos nos cursos de formação de AISs.

Palavras-chave: Antropologia da saúde; Saúde indígena; Etnologia indígena; Agentes indígenas de saúde; Alto Xingu.

Introdução

A participação dos Agentes Indígenas de Saúde/AISs em contextos de saúde intercultural ou de intermedicalidade, tal como definido por Follér (2004), é um tema ainda pouco explorado pela literatura¹. Todavia, este é um tema que dificilmente pode estar ausente das discussões atuais acerca das políticas públicas de saúde indígena no Brasil, sendo a criação deste papel um dos elementos principais dentro do modelo de atenção diferenciada proposto pelas agências governamentais com o suporte de ONGs e entidades indígenas e indigenistas.

Com a reformulação das políticas de saúde indígenas ao longo dos últimos 20 anos e a conseqüente criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEIs a partir de 1999, a noção de *atenção diferenciada* passou a ser “um dos pilares básicos da

* Este artigo é uma adaptação do trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, intitulado *Um papel de fronteira e seus (não) espaços – os Agentes Indígenas de saúde do Alto Xingu*.

** Os dados aqui apresentados foram coletados graças ao financiamento da FAPESP e do CNPq (projeto “*Sistemas terapêuticos indígenas e a interface com o modelo de atenção à saúde: diferenciação, controle social e dinâmica sócio-cultural no contexto alto xinguano*”, coordenado pela Profa. Dra. Marina Denise Cardoso).

¹ Para a participação dos AISs em diferentes contextos, cf. Dias-Scopel, 2005; Erthal, 2003; Langdon, et al., 2006; Silveira, 2004.

formulação dos modelos de atenção à saúde das populações indígenas” (Cardoso, 2005, p. 2) e, conseqüentemente, da definição da forma como os serviços de saúde devem ser operacionalizados a fim de garantir esta “diferenciação”. Nos documentos da Fundação Nacional de Saúde/FUNASA – especialmente na *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas* de 2002 –, a atenção diferenciada é definida como uma distinção na qualidade dos serviços, através de princípios de respeito à diversidade cultural dos povos indígenas, buscando ainda a incorporação de práticas terapêuticas tradicionais nos serviços de saúde destinados a atender estas populações (Brasil, 2002, 2005). Uma das maneiras de se obter este caráter diferenciado e a incorporação das práticas terapêuticas tradicionais seria a criação do papel dos AISs que, por serem oriundos destas populações e ao mesmo tempo formados dentro dos princípios da medicina ocidental, seriam capazes de aproximar e “conectar” a prática biomédica aos sistemas terapêuticos nativos, permitindo o “trânsito, articulação e troca de conhecimentos” (Tassinari, 2001, p. 50) nesta relação de contato intercultural. No entanto, exatamente por ocuparem esta posição que caracterizo aqui como uma *posição de fronteira* é que o papel dos AISs está envolto em ambigüidades e conflitos.

Estes conflitos começam a aparecer já nas diferentes interpretações e definições a respeito do que seja a atenção diferenciada e qual seja o papel dos AISs dentro das ações de saúde. O fato de não haver nos discursos oficiais uma explicitação clara a respeito de como deve ser feita esta “complementarização entre distintos saberes e práticas” dificulta a formulação de ações que atendam às demandas específicas das populações indígenas ao longo de todo o território nacional e contribui para a insatisfação tanto dos indígenas, enquanto usuários do sistema de saúde, quanto dos profissionais não-indígenas que nele atuam. Da mesma forma, o uso que as populações indígenas fazem deste espaço nem sempre corresponde às expectativas dos órgãos gestores, ao determinarem, por exemplo, que a “diferenciação com qualidade” só seja possível de ser alcançada por meio da atuação de profissionais qualificados, dando pouco valor ao trabalho dos AISs que “não têm formação”, conforme se observa nos discursos da população local.

Uma apresentação geral do Alto Xingu

O Parque Indígena do Xingu (PIX) é uma reserva federal criada em 1961 e que abrange uma área de aproximadamente 2.750.002 hectares. Situa-se ao norte do Estado

do Mato Grosso, em torno dos principais formadores do rio Xingu – rios Ronuro, Culuene, Curisevo e Batovi –, afluente do rio Amazonas. É uma região de transição ecológica entre o cerrado do Planalto Central e a Floresta Amazônica.

Em seus aspectos sócio-políticos, o PIX pode ser dividido em três partes, tendo em vista os povos que lá habitam: uma ao norte, conhecida como Baixo Xingu, habitada pelos povos Suyá, Juruna e Kayabi; uma na região central, o chamado Médio Xingu, onde se localizam os povos Trumai e Ikpeng; e outra ao sul, o Alto Xingu, região que, apesar das diferenças lingüísticas, apresenta certa homogeneidade no que diz respeito à sua forma de organização sócio-política, estabelecendo relações inter e intratribais pelas quais estas sociedades se definem, podendo-se falar em um *sistema cultural* (Basso, 1973, p. 3-4) ou uma *comunidade moral* (Heckenberger, 2001, *passim*). Para Heckenberger, a sociedade xinguana é um exemplo de uma ‘comunidade moral’ na medida em que as comunidades que dela participam são incapazes de se reproduzirem simbolicamente de forma independente (*id.*, *ibid.*, p. 92), mantendo entre si um complexo sistema de comunicações e trocas econômicas, matrimoniais e, sobretudo, cerimoniais. Compõem a região do Alto Xingu, nove povos distintos que podem ser divididos em quatro grupos de acordo com sua variação lingüística: línguas da família Aruak – Yawalapiti, Mehinaku, Waurá; línguas do tronco Tupi – Kamayurá e Aweti; e línguas da família Karibe – Kalapalo, Kuikuro, Nahukuá, Matipu².

O modo de vida destes povos se modificou intensamente desde a criação do PIX, com o surgimento e o crescimento das cidades e fazendas em seu entorno, com a introdução em seu cotidiano de novos hábitos de convivência e de alimentação, criando desta forma, novas demandas das comunidades indígenas por bens e serviços advindos da sociedade nacional e, dentre eles, os serviços biomédicos³. Como forma de suprir (ainda que parcialmente) estas demandas, uma das principais estratégias adotadas atualmente nas políticas públicas é a capacitação de pessoas oriundas dos coletivos indígenas para atuarem na área da saúde. Esta estratégia aparece como uma forma de garantir a participação comunitária na formulação dos projetos de atenção à saúde, além de garantir também um atendimento que seja condizente com os princípios constitucionais de direito à diferença e ao mesmo tempo de acesso integral aos serviços

² Atualmente, segundo informações do DSEI Xingu, a população alto-xinguana é de cerca de 2720 pessoas, distribuídas em 27 aldeias.

³ Utilizo neste trabalho os termos medicina ocidental e biomedicina como sinônimos, para me referir às práticas técnico-sanitárias desenvolvidas nas chamadas sociedades ocidentais, em contraposição às chamadas terapêuticas tradicionais.

de saúde, além de suprir (mais uma vez parcialmente) uma grande deficiência de profissionais existente nas áreas indígenas.

Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu

Não existe no Brasil uma legislação específica a respeito do papel dos AISs, sendo estes enquadrados na categoria mais geral de Agentes Comunitários, e esta falta de regulamentação dificulta muitas vezes uma negociação específica a respeito de suas condições de trabalho e formação. Os agentes comunitários tiveram seu reconhecimento legal como profissionais da saúde no ano de 2002, através da lei nº 10.507, posteriormente revogada e substituída pela lei nº. 11.350 de outubro de 2006, atualmente em vigor. De acordo com esta legislação existente, a atuação dos Agentes de saúde caracteriza-se pelo exercício das atividades de prevenção e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, de acordo com as diretrizes do SUS de busca do acesso universal e igualitário às ações e serviços para prevenção e promoção de saúde, através da participação comunitária – o chamado “controle social” (Langdon, et al., 2006, p. 5). Ao mesmo tempo, na medida em que compõem as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) atuantes nos Distritos Sanitários Especiais, os AISs são concebidos como

um elo entre os serviços de saúde e a comunidade indígena, como estratégia de ampliação da cobertura da assistência médica e, ao mesmo tempo, como estratégia do movimento indígena em busca de uma inserção no mercado de trabalho e de algum controle com relação às questões de saúde-doença (Mendonça, 2005, p.47).

Esta definição dos AIS enquanto “elos de ligação” e, muitas vezes como “tradutores” entre diferentes sistemas terapêuticos pode ser problematizada, na medida em que estes agentes nem sempre possuem espaços determinados de atuação – pois na prática verifica-se com muito mais frequência uma função de “transmissor” dos conhecimentos e práticas biomédicas à população por eles atendida. Tanto os usuários do sistema biomédico quanto as lideranças e chefias, ou mesmo a equipe de saúde à qual pertencem, possuem diferentes expectativas em relação à sua atuação e, por esta razão, se utilizam diferentemente do trabalho e do espaço político ocupado pelo AIS, o que gera ambigüidades e mesmo paradoxos com relação a seu papel.

Por possuir em alguma medida o caráter de mediador, sua posição pode ser definida como uma posição de fronteira que articula diferentes saberes e práticas não só a respeito dos processos de adoecimento, tratamento, cura e seus significados, mas também a respeito de participação política e de legitimação de espaços de atuação e autonomia dentro das políticas públicas de saúde.

A posição dos AISs canaliza diversas disputas políticas e, muitas vezes exatamente pelo pouco espaço que lhe é concedido dentro das aldeias, é possível que se observe uma posição explícita das lideranças e dos agrupamentos alto-xinguanos com relação às ações de saúde, não condizente com preceitos biomédicos propostos nas políticas públicas. O fato de ocuparem um cargo assalariado é uma das principais questões que gera este tipo de conflito. A posição de AIS é transformada em elemento de disputas faccionais internas às aldeias, uma vez que as únicas possibilidades de assalariamento são para os cargos de AIS, AISAN (Agente Indígena de Saneamento) ou de professor indígena. Estes são preenchidos mediante indicação do próprio grupo de pessoas da aldeia, sendo ocupados em grande parte por pessoas diretamente ligadas às parentelas das lideranças, garantindo desta forma, o controle do acesso e da distribuição destes recursos. Não se trata da *acumulação* de bens por parte dos caciques, mas efetivamente do *controle do acesso* aos bens e, conseqüentemente de sua distribuição, reforçando o caráter de “doadores” que estes caciques devem assumir para corresponderem ao *ethos* ideal marcado pela generosidade. Neste sentido, a permanência ou não dos AISs em seus cargos fica sempre submetida ao interesse direto dos caciques e das lideranças, tornando-se elemento de negociação constante.

Percurso e trajetórias

O Alto Xingu conta atualmente com 53 AISs que possuem muitas semelhanças entre si no que diz respeito ao percurso que os levou a se tornarem agentes de saúde, o que diz muito sobre a maneira como eles próprios percebem suas relações com a população e as lideranças de quem precisam do apoio para assumir e permanecer trabalhando.

Quando conversei com os AISs sobre seu trabalho e como tinham se tornado AISs, uma das razões mais freqüentes que apareceram é que teriam um “sonho” de trabalhar com “a saúde” desde muito jovens, realizando-o agora através de seu trabalho. Este “sonho” muitas vezes é expresso por eles como conseqüência de situações críticas que evidenciam as precárias condições que suas aldeias enfrentaram em algum

momento anterior, recente ou não, muitas vezes evocando os primeiros contatos com os brancos e as epidemias que dele decorreram e que dizimaram aldeias inteiras. Fica difícil dizer se este “sonho” é realmente algo pré-existente e que os tenha impulsionado ao trabalho ou se foi algo construído ao longo do processo de contato destes índios com os profissionais de saúde. No entanto, esta não é uma distinção significativa. O que considero fundamental ressaltar é o fato simplesmente de esta idéia aparecer com frequência nos relatos, revelando uma (re)apropriação de um discurso específico sobre o “fazer saúde” e o papel dos próprios índios neste processo. Os AISs nestes casos justificam seu interesse pelo cargo através de uma “valorização da saúde” – discurso apreciado pelas agências governamentais e mesmo pelas lideranças locais quando requisitam a melhoria dos atendimentos e serviços. Este discurso, no entanto, significa mais do que simplesmente melhorar as condições sanitárias das aldeias; diz respeito às dificuldades enfrentadas pelas populações indígenas no período do contato e à participação ativa dos índios (e de instituições indigenistas) para reverter este quadro de sofrimentos, marcando a função política (da apropriação) do “fazer saúde”.

No entanto, apesar de ser comum ouvir relatos destes sobre “o sonho de ser AIS e ajudar a comunidade”, para assumir o cargo os AISs dependem de serem indicados pela própria população alto-xinguana. De forma geral, deve haver o consentimento das lideranças das aldeias para que os AISs assumam o cargo: na prática, alguns deles se oferecem para o trabalho, devendo ser “aprovados” pelas lideranças, enquanto outros são “convidados” para exercerem esta função. Alguns dos AISs que hoje atuam estavam estudando na cidade ou realizando outras atividades quando foram “convidados” pelas lideranças de suas aldeias para se tornarem AISs. Estes “convites” raramente são recusados devido ao compromisso moral que estes jovens assumem com suas aldeias e suas famílias ao sair pra estudar na cidade – ou mesmo pelo fato de possuírem um maior domínio da língua portuguesa – devendo fazer jus ao *ethos* generoso e colaborativo considerado como o comportamento ideal (comportamento de *kuge hekugo*, ou “gente de verdade” em karibe)⁴. Além disso, assumir este tipo de função lhes garante um status específico dentro das aldeias, aproximando-os em certa medida das posições de liderança, em função do controle do acesso a determinados bens e serviços.

⁴ Sobre este *ethos*, cf. Basso, 1973. A autora define o *ethos* alto-xinguano através da categoria *ifutisu*. Ver também Viveiros de Castro, 1977.

Atribuições e práticas

O trabalho dos AISs nas aldeias envolve diversas tarefas contidas em uma “agenda de trabalho”, que vão desde o acompanhamento mensal das crianças e dos idosos, os atendimentos diários e o acompanhamento dos pacientes atendidos pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena/EMSI. Este acompanhamento é realizado através do cumprimento dos horários de medicação, passando pelas visitas domiciliares, além da chamada “hora da saúde”, momento diário em que os AISs se comunicam com os enfermeiros do Posto Leonardo⁵ e da Casa de Saúde do Índio/CASAI⁶ de Canarana pelo rádio, e onde é realizada boa parte dos encaminhamentos. Os AISs devem ainda entregar relatórios mensais dos atendimentos e procedimentos realizados, que são utilizados com a finalidade de facilitar a organização de um banco de dados a respeito das condições de saúde da população em geral e que deveriam nortear os encaminhamentos das políticas de saúde na região.

No entanto, muitas vezes sua atuação nas aldeias não cumpre com estas determinações, inclusive devido à falta de pessoal qualificado para realizar tarefas mais específicas e que não caberiam aos AISs – já que a maior parte das aldeias não possui técnicos ou enfermeiros, somente AISs –, o que impede também que se efetive a pressuposta supervisão constante da atuação destes agentes. Dentro das atividades relacionadas nesta “agenda”, caberia aos AISs, além do acompanhamento dos pacientes, também a realização de visitas domiciliares, consideradas prioritárias dentro do modelo de atenção da FUNASA, na medida em que seriam a garantia de um atendimento primário diferenciado a partir do reconhecimento das reais necessidades e demandas de cada uma das aldeias. Conforme consta no material trabalhado com os AISs: “Realize a visita domiciliar diariamente. Somente assim vocês poderão conhecer os problemas de cada família” (AIS; Bertanha, 2007, p.95).

Na agenda prevista, as visitas deveriam ser realizadas regularmente, sendo acompanhadas de uma atualização do cadastro das famílias através do registro em um formulário próprio para tal. No entanto, esta atividade não é realizada com regularidade em praticamente nenhuma das aldeias alto-xinguanas, e isso por diversas razões: por um lado, percebe-se a influência de disputas políticas internas ou de regras de circulação que dificultam ou mesmo impedem a presença dos AISs em algumas casas, obedecendo

⁵ Local onde são concentrados os atendimentos de saúde do Alto Xingu.

⁶ Casa onde ficam alojados os indígenas encaminhados para a cidade para tratamento e/ou consulta.

às regras de comportamento e evitação xinguanas. Por outro lado, há uma incompreensão das razões destas visitas por parte dos AISs, consideradas muitas vezes “perda de tempo” – uma vez que não é imprescindível que se faça visita domiciliar para que se cumpra com os princípios determinados pela FUNASA de “identificar as famílias expostas à situação de risco” (Brasil, 2005). No caso do Alto Xingu, a visita domiciliar nem sempre é fundamental para se “conhecer os problemas de cada família”, já que as redes de informação das aldeias possuem um amplo alcance, seja através de conversas no centro da aldeia, seja através das “fofocas” dentro das casas, permitindo que seja feito um acompanhamento da situação de saúde e “de risco” sem que haja a necessidade de visitar as casas. Por estas razões, são poucos os AISs que as realizam regularmente e, quando o fazem, visitam casas de pessoas que sabem que já se encontram doentes, somente para realizar o acompanhamento do tratamento e fazer a “medicação de horário” prescrita pelos profissionais.

As condições de trabalho

Além destas dificuldades elencadas, existem diversas questões que são freqüentemente ressaltadas pelos profissionais e também pelos Agentes de Saúde como empecilhos à estruturação dos serviços de saúde oferecidos. Dentre estas questões está a falta de material e recursos para os atendimentos e encaminhamentos, refletindo um aparente descaso da FUNASA e do DSEI Xingu. Somente duas aldeias até o momento possuem postos de saúde definitivos, construídos em alvenaria e com uma infraestrutura básica (em uma destas aldeias esta construção foi realizada pela prefeitura do município ao qual pertence a aldeia); nas demais aldeias o atendimento é feito em postos construídos com uma estrutura de madeira e cobertura de palha, nos moldes das casas tradicionais, o que gera muitas reclamações, já que os ventos e as chuvas causam grandes estragos em sua cobertura com freqüência, danificando os materiais e medicamentos que ficam ali estocados; em outras aldeias nem este posto provisório existe, sendo usada a casa dos AISs como local de armazenamento dos materiais e medicamentos, e mesmo de atendimento a pacientes. Além da estrutura física dos postos, algumas aldeias não possuem rádio, elemento fundamental para a comunicação com o Posto Leonardo, sendo a principal forma de “supervisão” e de suporte do trabalho dos AISs por parte da equipe de saúde. Muitos dos rádios e outros materiais de uso fundamental nos postos de saúde das aldeias, como inaladores e geradores de energia são presentes de turistas, descaracterizando a atuação da FUNASA e a

desobrigando de certos compromissos fundamentais determinados pela legislação⁷. Na medida em que estes materiais de uso coletivo para a saúde são vistos como “presentes” – e às vezes o são de fato –, acabam sendo manipulados e mesmo monopolizados por famílias de prestígio (as famílias dos caciques) que os adquirem através de suas relações de “amizade”, seja com políticos locais, antropólogos ou mesmo turistas que vistam a região. Na medida da necessidade, estes materiais são coletivizados, o que é interpretado, todavia, como uma “generosidade” por parte da pessoa (ou família) que o “detém”, corroborando com a compreensão local do ideal de chefia enquanto pessoas gentis, de “fala boa” e que não negam o que lhes é pedido. Esta utilização política (no sentido mais amplo do termo) dos materiais, por sua vez, contrasta com a visão e as expectativas da FUNASA e da ONG prestadora de serviços que atua na região, que os consideram bens puramente técnicos, o que muitas vezes gera situações de incompreensão e cobranças mútuas, assim como ocorre com relação ao papel do AIS.

A concepção do AIS como um técnico (por parte da FUNASA e da ONG conveniada responsável pelas ações de saúde) também gera conflitos, na medida em que estes agentes são considerados desqualificados para o trabalho na saúde pela EMSI (e muitas vezes também pelas comunidades⁸, no que diz respeito à procura pelos serviços biomédicos) muitas vezes devido à formação incipiente⁹. É estabelecida desta forma, uma relação hierárquica entre os diversos profissionais que atuam na área indígena, que contraria os princípios que envolvem a constituição de uma equipe multidisciplinar, sinalizando a subordinação dos AISs ao restante da equipe¹⁰. Na prática, os AISs são tratados tanto pelos profissionais não-indígenas quanto pelas comunidades nas quais atuam, como auxiliares desqualificados em relação ao restante da equipe – uma vez que o modelo biomédico privilegia os critérios de formação – não possuindo qualquer poder de decisão sobre o encaminhamento das ações curativas e preventivas.

Porém, esta não é a única razão pela qual os AISs são desvalorizados dentro de suas comunidades, sendo também muitas vezes descritos como “preguiçosos” ou “incompetentes”. Os próprios AISs percebem que a população indígena não valoriza o trabalho com a saúde e reconhecem as dificuldades que enfrentam.

⁷ Para as atribuições da FUNASA, DSEI e entidades conveniadas, cf. Brasil, 2004, portaria n.70.

⁸ O que parece não ser exclusividade do Alto Xingu, conforme apontam Langdon, *et al.*, 2006.

⁹ Os AIS estão passando por um processo de formação atualmente, coordenado pelo DSEI e que deve ser concluído até meados de 2009.

¹⁰ Situação semelhante à descrita por Geórgia Silva entre os Atikum no sertão pernambucano (Silva, 2007).

Trabalhar na comunidade é muito duro. A comunidade reclama, não acredita no trabalho. Nós temos muita dificuldade para trabalhar na comunidade. Quando eles fala mal eu não ligo, não respondo pra eles não. (...) Eu trabalho pra ajudar a comunidade. A aldeia não tem preocupação com a saúde (AIS Kalapalo).

Esta fala de um AIS representa de forma significativa alguns conflitos inerentes ao papel do AIS, quando afirma, por exemplo, que “*a aldeia não tem preocupação com a saúde*”, fazendo uma referência a uma noção de saúde, vinculada diretamente ao conceito biomédico e às noções a ele vinculadas de higiene e cuidados, e não às concepções nativas de saúde e atenção. O que se nota então é a reprodução de um discurso veiculado pelos profissionais e as agências responsáveis pelas ações de saúde que, no entanto, não condiz com as ações e as escolhas feitas durante o processo de tratamento. Os AISs – assim como a população em geral – recorrem às práticas de cuidado tradicionais, criando uma teia de escolhas hierarquicamente definidas ao longo do processo de tratamento, sem que se deixe, todavia, de recorrer aos discursos e à lógica biomédica em situações específicas que exigem esta delimitação do espaço de atuação e conseqüentemente dos “conhecimentos adquiridos” por eles a respeito “da saúde”. Esta dupla inserção dos AISs que lhes possibilita “transitar” entre duas lógicas pode ser percebida de forma mais clara quando se observam os itinerários terapêuticos, como se percebe no relato a seguir.

Acompanhei na aldeia Kalapalo todo o itinerário terapêutico de um bebê recém nascido (cerca de 2 meses na época), filho de um dos AISs da aldeia, que chorava todas as noites ininterruptamente. Após duas ou três noites sem que a situação se modificasse procurei o AIS, pai da criança, para perguntar o que estava acontecendo. Encontrei-o voltando de bicicleta para sua casa, carregando a rama de uma planta. Perguntei para que era a planta e ele me disse “*É pro bebê parar de chorar. Ela deixa criança mais calma*”. Ainda me disse, quando perguntado a respeito dos sintomas apresentados pela criança, que ele tinha “IRA [Infecção Respiratória Aguda] leve”. Este diagnóstico é feito pelos AIS quando o paciente apresenta alguma irritação nas vias respiratórias, causando desconforto e dificuldades na respiração e é a causa de uma das maiores incidências de visitas ao posto de saúde das aldeias. O tratamento geralmente é feito com o uso combinado de um anti-histamínico e de sessões de nebulização. Perguntei ao AIS se já havia seguido algum destes procedimentos padrão com seu filho, ao que me respondeu que havia feito somente a nebulização, mas que agora usando esta planta seu

filho ficaria “mais calmo”. Mais dois dias se passaram sem que houvesse nenhuma mudança significativa no quadro geral da criança. Preocupados com seu estado, os familiares resolveram que o AIS deveria levar o filho ao Posto Leonardo para uma avaliação. Somente fiquei sabendo que o diagnóstico era de pneumonia cinco dias depois, quando o pai retornou à aldeia trazendo seu filho consigo. Exatamente neste período fazia muito frio e os enfermeiros deram alta à criança por falta de um local adequado para que eles se alojassem no Pólo Leonardo, mas com a recomendação de que a criança deveria continuar sendo medicada e que fossem evitadas as fogueiras em sua casa durante todo o período de tratamento, pois a inalação de fumaça poderia agravar a situação da criança. “*Mas está muito frio. Tem que fazer fogueirinha à noite*”, foi o que o AIS me disse a respeito do pedido da enfermeira.

Ao fazer este tipo de recomendação, os profissionais não consideram as necessidades e as possibilidades específicas dos pacientes e, posteriormente, avaliam o comportamento dos índios como incoerente com o tratamento proposto.

Tive que dar alta pra ele. Não tinha jeito de ficar com ele aqui no Pólo. (...) Mas não adianta ir pra aldeia e fazer fogueira lá. [Mas tem feito muito frio, eu disse] É, mas aí não adianta de nada tomar o remédio que não vai melhorar (Enfermeira responsável pelo caso).

Na verdade o que ocorre é uma incompatibilidade entre distintas formas de se conceber o processo de adoecimento. Há uma deficiência estrutural no modelo de saúde em voga, não havendo uma possibilidade efetiva de uma complementaridade entre os diferentes sistemas médico-terapêuticos, quando se toma por base os preceitos de saúde, higiene e cuidados com o corpo, bem como as explicações etiológicas biomédicas das doenças, que são incompatíveis com as explicações e os conhecimentos nativos a este respeito. A confluência entre estes distintos esquemas explicativos se dá somente na medida em que os alto-xinguanos “transitam” entre os sistemas médicos durante o processo de escolha de tratamentos, como se percebe no caso descrito acima.

Há, portanto, uma complexa teia de relações hierárquicas que se estabelece neste contexto de intermedicalidade. Não somente uma hierarquização dos profissionais que atuam na área da saúde – subordinando-se o trabalho dos AISs em relação aos demais profissionais em função de critérios de formação –, mas há também uma hierarquização na maneira como a etiologia das doenças é pensada, possibilitando a escolha e a transição entre diferentes tratamentos. Para a biomedicina, pautada em diagnósticos técnicos através da afecção de sintomas, esta possibilidade múltipla de itinerários

terapêuticos torna-se inviável, criando uma interação complexa entre estes dois sistemas de saúde.

Todavia, apesar das desconfianças e reclamações da população a respeito da atuação dos AISs, há uma valorização (ainda que vaga) do papel destes agentes, na medida em que sua ação reforçaria a idéia de auto-gestão das políticas públicas por parte das lideranças indígenas, além do fato de que sua presença torna mais próximo das aldeias em alguma medida, os serviços biomédicos. Neste sentido, não é raro ouvir afirmativas como esta a seguir, de uma liderança local:

Estou muito feliz com vocês. Eu sei que pra gente aprender costume do branco é complicado, mas só aprender mesmo. Se vocês pensaram em ajudar nosso povo, nossas família, ninguém indicou vocês, vocês mesmo pensaram 'eu vou ajudar nosso povo'. Agora essa oportunidade aí, vocês têm que prestar muito atenção. Porque na época da gente, nós não tínhamos essa oportunidade, nós não tínhamos. (...). Olha, vamos prestar muita atenção, porque isso serve pra gente. Muitas vezes foi discutido aqui no dia da reunião. Quando a gente chamava os enfermeiros, o doutor chegava aqui, ficava aqui até uma semana, pedia pra retornar pra cidade. Não, queria ir pra cidade. Então, as lideranças resolveram, então vamos indicar os meninos. Então, são vocês que estão aí. O resultado está aí. Parece que está dando certo (Liderança alto-xinguana se dirigindo aos AISs).

Criar o papel de AIS “porque o médico queria voltar pra cidade” é também, portanto, uma estratégia dos índios que visa o suprimento de uma necessidade local dos serviços de saúde com a presença constante de profissionais capacitados. Todavia, sua atuação não está isenta de contradições, especialmente pelo fato de que seu trabalho é visto pela equipe e pela população como desqualificado em relação aos profissionais não-indígenas, além de que a visão da população local a respeito desta participação engloba questões outras, relacionadas à participação política e às disputas por espaços de poder e de atuação junto à sociedade nacional. Esta apropriação por parte dos alto-xinguanos do trabalho dos AISs enquanto fonte de acesso a bens e, portanto, também de disputas políticas tem como propósito a busca de autonomia e auto-suficiência – elementos que estão além de uma procura por serviços (técnicos) de saúde.

O curso de formação de Agentes Indígenas de Saúde

A formação de Agentes Indígenas de Saúde no Xingu se iniciou há vários anos, através da atuação da então Escola Paulista de Medicina/EPM, atual UNIFESP, entidade responsável pelo atendimento de saúde na região até o ano de 2004. A atuação desta Universidade trouxe elementos inovadores para os serviços de saúde,

especialmente no que diz respeito à formação técnica de indígenas para atuarem como agentes de saúde, processo que teve início já na década de 1980, culminando na formação dos Auxiliares Indígenas de Enfermagem em meados da década de 1990¹¹.

Todavia, após a saída da UNIFESP da região do Alto Xingu quem assumiu a responsabilidade pelo curso de formação de AISs foi a FUNASA, através do DSEI Xingu. A formação pela qual passam os agentes atualmente teve início no ano de 2006, e está previsto que se encerre em meados de 2009, conforme acordo realizado entre o DSEI e a Secretaria Estadual de Educação do Estado do Mato Grosso (que irá aproveitar os próximos módulos para regularizar a formação escolar dos AISs, através da aplicação de conteúdos do Ensino Fundamental).

O curso de formação foi inicialmente programado para atender 35 AISs das diferentes etnias que compõem o Alto Xingu, mas conta hoje com 53 Agentes de Saúde regularmente matriculados, além de outros dois que acompanharam o último módulo na qualidade de ouvintes. Este aumento considerável na quantidade de AISs do início do curso até hoje pode ser explicado por algumas questões: o fato de ter sido acordado entre a ONG responsável pelos atendimentos na região e o Conselho Local de Saúde¹² que só seriam contratados AISs que estivessem acompanhando o curso de formação desde o início¹³. Além disso, o aumento do número de aldeamentos na região nos últimos anos devido a desmembramentos de aldeias maiores aumentou conseqüentemente a demanda por novos AISs.

Até a presente data já ocorreram quatro dos sete módulos previstos¹⁴. Este curso modular é uma proposição da FUNASA em seu projeto nacional de formação de Agentes Indígenas de Saúde “enfocando a promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos de maior impacto epidemiológico entre os povos indígenas” (Brasil, 2005, p. 03), e tem como objetivo norteador “(...) uma estratégia que visa favorecer a apropriação pelos indígenas de conhecimentos e recursos técnicos da medicina

¹¹ Sobre a formação de auxiliares indígenas de enfermagem neste período, cf. Mendonça, 1996; 2005.

¹² Este conselho é formado por representantes das aldeias locais e foi criado dentro do atual modelo de saúde indígena com a função de funcionar como instância de controle social dentro da área indígena, visando o acompanhamento e a avaliação das ações de saúde desenvolvidas no âmbito das aldeias e do Pólo-base.

¹³ A intenção foi de evitar que se contratassem novos agentes sem que estes fossem antes qualificados para exercerem a função, como vinha acontecendo no Alto Xingu.

¹⁴ No modelo previsto pela FUNASA, existem seis módulos. Neste caso, o sétimo módulo está previsto para completar a carga horária e de disciplinas necessárias para a formação dos AISs em nível fundamental.

ocidental, não de modo a substituir, mas de somar no acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (Brasil, 2002, p. 15).

Todavia, esta programação de conteúdos não prevê distinções relativas, por exemplo, às diferenças existentes nas condições sanitárias e de saúde existentes entre as diversas populações indígenas espalhadas ao longo do território nacional, desconsiderando também as necessidades específicas de atuação dos AISs nos atendimentos primários, relativas às distintas condições de trabalho. No Alto Xingu, por exemplo, os AISs acabam sendo obrigados a realizar tarefas que não seriam de sua competência de acordo com as previsões legais a respeito de sua atuação – e que, portanto não constam na programação dos cursos prevista pela FUNASA –, em função da ausência de profissionais nas aldeias para supervisionar seus trabalhos. Em decorrência desta especificidade do trabalho nesta região, os módulos do curso contam com conteúdos (técnicos) “extras”, que são considerados fundamentais pelos profissionais responsáveis pela formação e pelos atendimentos. Após os três primeiros módulos, os instrutores do curso enviaram ao MEC um material produzido com um compêndio dos conteúdos trabalhados nos três primeiros módulos para que fosse publicado em forma de livro ou apostila. A resposta, no entanto, foi negativa, exatamente devido à constatação de que os conteúdos desenvolvidos “não condizem com a atuação dos AISs”. Uma das representantes do MEC que discutiu esta questão com o DSEI e com os AISs afirmou que

O MEC achou o livro muito técnico, com as palavras muito difíceis. Porque o AIS, o trabalho dele, não é o que está naquele livro. Aquele livro é mais pra consulta, é mais pra leitura, pra vocês aprenderem mais. Mas não está escrito o trabalho de vocês. Igual assim, o que é uma visita domiciliar ‘visita domiciliar é isso, pega ficha de saúde bucal, faz ficha da família...’. Assim eles pensavam que era o livro. Mas esse livro está um livro mais técnico (Representante do MEC enviada ao Xingu para discutir o material produzido com os AISs).

Apesar das recomendações do MEC, estes conteúdos continuam sendo trabalhados e os profissionais responsáveis pelo curso argumentam que esta formação técnica é necessária para a realidade do Alto Xingu e os próprios AISs requisitam esta formação, na medida em que muitos deles pretendem continuar a formação através de cursos técnicos depois do término destes módulos. No entanto, pode-se perceber que há uma sobrevalorização do conhecimento técnico que faz com que os profissionais (inclusive os AISs) deixem de reconhecer e ressaltar a importância das tarefas pré-estabelecidas para a função de AIS, consideradas “superficiais” e “muito básicas” – e

que, no entanto seriam fundamentais para se cumprir com os princípios de atenção diferenciada.

Se eu fosse passar só as funções do AIS, do Agente indígena de saúde, que é só o básico, do básico, que é o básico que vocês têm que saber, eu acho pouco. Por quê? Na nossa realidade vocês estão lá na aldeia de vocês, a maioria do tempo sozinhos. Não têm supervisão, não tem alguém direto lá acompanhando vocês. Então vocês são o elo entre nós, e é quem cuida diretamente da saúde do povo de vocês (...) Então, além, de fazer as coisas básicas que vocês têm que fazer, vocês têm que saber um pouco (...) Na realidade que eu vejo vocês aqui. Se tivesse alguém, se tivesse lá um auxiliar, um técnico de enfermagem que ficasse lá na aldeia, ou se a gente ficasse mais tempo com vocês, vocês não teriam que saber tanto. O básico, do básico, do básico estava de bom tamanho. (...) Vocês fazem coisas de auxiliar de enfermagem (...) e essa nem é a obrigação de vocês, vocês não tinham nem que saber, mas como a nossa realidade é muito diferente das demais, a gente acaba capacitando vocês (Enfermeira da EMSI e instrutora do curso de formação de AISs).

Como se percebe neste tipo de discurso proferido pelos profissionais, para além de uma efetiva necessidade de atuação técnica, há uma desvalorização evidente do papel do AIS enquanto um *mediador* de saberes, tornando-se somente um *transmissor* dos conhecimentos biomédicos às comunidades a que pertencem. E esta questão fica clara quando se observa os conteúdos transmitidos nestes cursos e a valorização de um projeto pedagógico que coloca os AISs no papel de multiplicadores, devendo atuar como “promotores da informação e da educação em saúde” (Cardoso, 2004, p. 202). Antes de mais nada, quero deixar claro que, as críticas e comentários que teço neste espaço não têm a intenção de desvalorizar ou desmerecer o trabalho e o esforço dos profissionais que atuam no Alto Xingu. O que pretendo mostrar são as incongruências presentes no modelo de aplicação de uma saúde diferenciada e suas implicações práticas, tomando como exemplo o caso alto-xinguano.

Sobre os conteúdos: corpo, saúde e doença

Com relação aos conteúdos transmitidos e trabalhados, percebe-se que o enfoque destes cursos está nas questões voltadas para a *prevenção* de doenças, baseada especialmente na necessidade de mudanças de hábitos de higiene e cuidado, de acordo com os princípios biomédicos de cuidados de saúde. Este enfoque torna ainda mais complexa a possibilidade de uma “convivência complementar” entre diferentes esquemas lógicos de significação, proposta pela legislação referente à saúde indígena,

bem como a efetiva participação dos AISs na elaboração dos conteúdos ou na construção dos conhecimentos como se pretende. Ao proporem esta ênfase, os profissionais não-indígenas responsáveis pelo curso deixam de considerar os procedimentos terapêuticos tradicionais que explicam o adoecimento através de questões outras que não envolvem, e até mesmo impossibilitam, a aplicação desta noção de prevenção. Faço referência então, mais uma vez, à existência de uma convivência complexa entre duas distintas concepções de saúde e dos processos de adoecimento: uma veiculada pelos representantes da medicina ocidental e que é vagamente evocada pelos AISs em determinadas situações (por exemplo, ao afirmarem a “despreocupação com a saúde”) e outra referente às concepções nativas destes processos e que estão relacionadas ao sistema sócio-cosmológico alto-xinguano. Apresento alguns trechos que constam no “livro dos AISs”¹⁵ e que já de imediato servem para se pensar de que forma instrutores e AISs equacionam a convivência entre distintos esquemas lógico-simbólicos a respeito das noções de corpo, saúde e doença.

Logo no início do capítulo do livro cujo tema são os “conceitos de saúde/doença” aparece a seguinte definição (provavelmente retirada de algum dicionário, mas com alguns complementos feitos pelos próprios instrutores):

Doença: moléstia, enfermidade. Estado de desequilíbrio funcional do organismo. Alterações no organismo. A doença está relacionada com as precárias condições de vida da população, como moradia, alimentação, educação, assistência a saúde, saneamento básico e lazer. A falta de casa, comida e educação adequadas, a higiene deficiente e a ausência de saneamento levam à debilidade orgânica e conseqüentemente predispõe a população às infecções, à alta mortalidade infantil e a um desenvolvimento físico e mental deficiente. As comunidades não têm saúde quando falta comida, se a água ficar poluída, se diminui o território, se falta remédio e então começam a aparecer as doenças. Existem doenças que podem atingir apenas uma pessoa como, por exemplo: dor no dente, pressão alta, reumatismo e outras. Outras doenças podem atingir toda a comunidade, como por exemplo: gripe, malária, DST, dengue e outras (AIS; Bertanha, 2007, p. 50).

Este trecho por si só apresenta diversos elementos a respeito da forma pela qual os conhecimentos são trabalhados junto aos AISs durante o curso e em que medida há ou não uma complementarização ou mesmo uma problematização dos temas abordados sob o viés da biomedicina. Isso fica claro, por exemplo, quando se observa o

¹⁵ Material formulado pelos responsáveis pelo curso, contendo todo o conteúdo trabalhado com os AISs nos três primeiros módulos, além do material produzido por eles próprios durante as aulas.

equacionamento feito inicialmente entre doença e um “desequilíbrio funcional do organismo”, característica do saber biomédico. O espaço que existe para uma possível “complementarização” de saberes através da apresentação de textos dos próprios AISs apresenta-se de forma enviesada na medida em que o questionamento sobre “o que é doença” só é feito a eles posteriormente às explicações etiológicas dos instrutores. É feita então uma marcação diferencial entre “as doenças de antigamente”, que poderiam ser tratadas de acordo com a terapêutica tradicional, e “as doenças de hoje em dia”, que exigiriam a intervenção de profissionais biomédicos e, mais do que isso, a adoção de hábitos de cuidado e higiene “adequados”, conforme parâmetros definidos neste modelo. Então o que se observa é, em grande medida, a reprodução deste mesmo discurso pelos AISs sobre “a doença”, como no trecho a seguir:

A doença como: diarreia, malária, pneumonia, escabiose, catapora, sarampo, verminose, etc. Antigamente somente havia doenças dos índios como: conjuntivite, dor de dente, abscessos, sarampo, catapora, dor de cabeça, hepatite, principalmente doença espiritual e dor de coluna. Atualmente tem várias doenças como: diarreia, gripe, pneumonia, tuberculose, malária, desnutrição, DST, HIV, amigdalite, escabiose, leishmaniose, anemia, hipertensão arterial (*id., ibid.*, p. 51).

Todavia, um dos textos escrito por um AIS sobre o que é doença chama a atenção por apresentar elementos que buscam relacionar os dois sistemas etiológicos e de tratamento:

Este homem não está doente, não está com doença, ele está com saúde. O corpo dele está todo arranhado para que ele possa ficar sempre sadio. Ele está pronto para dançar na festa. Porque ele tem um corpo forte, está bem alimentado (boa comida). Uma pessoa que tem uma boa saúde pratica esporte como: lutar, trabalhar e jogar bola. (*id., ibid.*, p. 52).

Este AIS ao definir a saúde como “força” remete à concepção nativa de corporalidade que pode ser representada equacionando-se os seguintes termos:

Saúde : força : beleza :: Doença : fraqueza : decrepitude

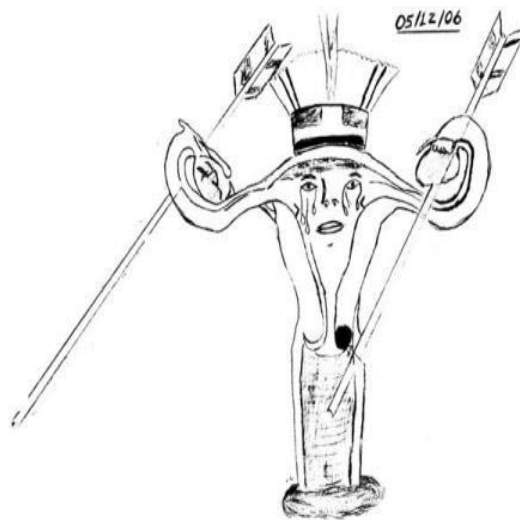
De acordo com esta concepção de doença, para se “ter saúde” é necessário, portanto, garantir a força através de um processo de fabricação corpo por meio da manipulação de fluidos corporais como o sangue e o sêmen, além da ingestão de alimentos e eméticos especialmente durante os períodos de reclusão – que incluem tanto a reclusão pubertária quanto o período de *couvade* (Viveiros de Castro, 1979). No período de reclusão pubertária os jovens permanecem por um longo período afastados

da convivência social, e devem se abster de sexo, se submeter a uma dieta específica de alimentos ditos “insossos” – não se come sal, pimenta qualquer coisa doce e alguns tipos de peixe moqueado –, além de sessões de escarificação com dentes de peixe-cachorra e a ingestão de eméticos que ajudam a fortalecer o corpo e, portanto, “deixá-lo saudável”.

Dos nossos costumes, quando o pai a mãe da criança come comidas pesada, que não deveria comer, a criança pode pegar a diarreia, por isso que nós temos que evitar isso.

Também falar com a comunidade para limpar a casa, manter as comidas com cuidado e tampadas, por que tem insetos que levam microorganismos em cima das nossas comidas. Se a criança se alimentar com comida contaminada pode causar problemas de diarreia. Por isso nos temos colocar comida ou mingau tampado em cima do jirau (AIS; Bertanha, 2007, p. 175).

Neste último trecho que representa a definição de doença para outro AIS, também se equacionam elementos de um e outro esquema simbólico, sugerindo que se tenha cuidado com a alimentação “pesada”, que pode causar o adoecimento do filho – remetendo à etiologia nativa –, e recomendando ao mesmo tempo a adoção de hábitos de higiene necessários para “afastar os microorganismos” da comida evitando desta forma o adoecimento. Ainda como exemplo deste equacionamento feito pelos AISs das duas terapêuticas e, mais do que isso, das duas etiologias que convivem neste contexto intercultural, reproduzo um desenho seguido do texto explicativo feito por um deles durante o módulo de saúde da mulher. O tema do desenho proposto pelos instrutores era o exame preventivo de câncer de colo de útero e a representação do AIS foi a seguinte:



Representação do aparelho reprodutivo feminino,
feita por um AIS Mehinaku
Fonte: AIS; Bertanha, 2007

Eu sou o útero infectado pelo vírus do HPV, estou dançando desanimado, eu sei que estou com HPV, eu peço para vocês úteros xinguanos não terem relação sexual com parceiro sem preservativo. Além disso, vocês têm que fazer exame preventivo do colo uterino de uma vez por ano, seguindo a orientação dos Agentes de Saúde Indígena do Alto Xingu. Esse trabalho que está sendo divulgado pelos AISs é muito importante para vocês, no meu caso, eu não confiava no trabalho da equipe multidisciplinar, eu nunca segui orientação deles, é por isso que estou assim, sofrendo na vida toda.

Por isso que estou assim com enfeite no corpo, para realizar a dança do Yamurikumã. Essa é a minha última apresentação na dança, eu vou morrer, eu não estou me sentindo bem, estou chorando e vou cantar um pouco antes da morte (*id.*, *ibid.*, p. 109).

Neste impressionante desenho, assim como no texto explicativo, o AIS recorre a diferentes elementos provenientes sejam eles da cosmologia nativa, ou então do rol de conhecimentos biomédicos a que teve acesso. Iniciando pela “humanização” do útero feminino, e terminando na evocação do Yamurikumã – ritual essencialmente feminino, onde as mulheres assumem o papel central e ocupam os espaços tradicionalmente masculinos – este texto ainda ressalta a importância da participação dos AISs e de “confiar no trabalho da equipe multidisciplinar”: a concretização máxima do papel pedagógico esperado pelos profissionais, ao “traduzir para a linguagem nativa” os conhecimentos da medicina ocidental.

A reprodução destes trechos retirados do “livro dos AISs” auxilia, portanto na percepção não só dos conteúdos transmitidos ao longo do curso, mas também da forma como os AISs lidam e apreendem estes conteúdos de acordo com sua própria lógica. Pode-se notar então que os conteúdos acabam sendo equacionados de forma conjunta – ao menos pelos AISs – não deixando, todavia de aparecerem contradições neste processo.

Em um dos momentos do módulo intitulado “*Promovendo saúde e prevenindo DST/AIDS*”, ao ser trabalhada a necessidade de prevenção através do uso de camisinha, um AIS afirmou ser “*perigoso usar camisinha pra quem tem filho pequeno, com menos de um mês, porque sufoca o bebê, incha a barriga, e faz vomitar*”. Este comentário pode ser compreendido a partir do entendimento de corporalidade dos alto-xinguanos, explicitado anteriormente, fazendo referência às interferências passíveis de ocorrer ao longo do processo de fabricação dos corpos por meio das atitudes do grupo de substância, especialmente na relação entre pais e filhos. De acordo com esta concepção de corpo, pode-se compreender o comentário do AIS a respeito do uso da camisinha e

do perigo que ele representa ao bebê, uma vez que esta “aprisiona” o sêmen, interrompendo o processo de formação da criança, mesmo após seu nascimento, tornando-se uma fonte potencial de perigos para a saúde deste bebê.

Todavia, a reação dos instrutores quando feito o comentário foi de incompreensão e de contestação, uma vez que “antigamente não usava, não tinha preservativo”, como disse um deles, comentário este que já mostra uma incompreensão dos elementos culturais, entendidos como estáticos, não passíveis de reelaborações e (re)incorporações. Para tentar “convencer” os AISs de seu “erro de interpretação”, a explicação dada foi a seguinte:

Esse espermatozóide que fecundou esse óvulo e formou aquela criança, não é o mesmo que está aqui. É isso que eu quero que vocês entendam. Cada pessoa é uma pessoa. Cada espermatozóide é um espermatozóide. Eu nasci do espermatozóide do meu pai com o óvulo da minha mãe. (...). Todo mundo aqui foi assim. E se tapar o meu nariz, quem vai morrer sufocado sou eu, não é ela, que é outra pessoa. (...). Então o fato de vocês amarrarem a ponta [da camisinha] e esses espermatozóides ficarem aqui, não vai prejudicar a criança de vocês. Pode acontecer de ter uma gripe, de ter uma IRA, mas porque coincidiu. É época de IRA, a criança teve IRA, está com dificuldade respiratória (...). Porque vocês sufocaram o espermatozóide, é outro espermatozóide. A criança já nasceu, a criança já tem pulmãozinho, ela já consegue respirar sozinha (...). Cada corpo é um corpo. (...) Então a gente tem que respeitar a cultura e o modo de pensar das pessoas. Isso é uma coisa... Agora, não impede a gente de explicar e orientar como que acontece cientificamente. O que é isso, o que foi estudado. Alguém foi lá, ficou anos e anos estudando, e comprovou que aquilo não vai fazer mal (Instrutora durante aula sobre o uso da camisinha. Os grifos são meus).

Percebe-se nesta “explicação” uma falta de compreensão e de “problematização” a respeito dos conhecimentos e práticas nativas, tornando-se o curso de formação um mero instrumento de transmissão impositiva de conhecimentos biomédicos, sendo possível se falar em uma relação de poder no sentido foucaultiano¹⁶ do termo, na medida em que constrói (ou ao menos pretende construir) uma noção de verdade universal que intervém diretamente sobre os corpos – e sobre a concepção que se tem a respeito do corpo, e da corporalidade, através da produção de saberes. Nestes cursos, é constantemente enfatizado o papel pedagógico que os AISs devem cumprir junto à população que atendem, conforme pontuam os instrutores:

A gente tem que começar a trabalhar esses assuntos com a comunidade, porque senão o que a gente vê aqui [no curso], vai ficar guardado pra nós. E

¹⁶ Cf. Foucault, 1987; [1979] 2007.

se a gente começar a colocar, guardar pra nós, não vai adiantar de nada.
Conhecimento a gente tem que passar (O grifo é meu).

Esta ênfase constantemente evocada pelos instrutores reforça o argumento de que os AISs não atuam como “tradutores” em uma via de dupla mão, sendo que sua atuação deve apenas corresponder e reforçar as práticas biomédicas, “ensinando” à população o que “deve ser feito para que se tenham boas condições sanitárias e de saúde”. Com relação ao movimento contrário, de “levar aos profissionais os conhecimentos tradicionais”, não há nenhuma receptividade por parte da equipe, que considera tais conhecimentos e práticas como “crendices” destituídas de “valor científico”, enquanto os próprios AISs não se sentem aptos a fazer tais considerações, afirmando que “quem sabe são os mais velhos”, especialmente pelo fato de que atualmente algumas atividades “tradicionais” estão deixando de ser praticadas por estes jovens. Por exemplo, quando foi pedido aos AISs que escrevessem sobre o período de reclusão pubertária, muitos se recusaram a fazê-lo dizendo que “não sabiam o que era porque não tinham ficado presos”, porque “hoje em dia não fica mais preso”. A prática da reclusão é considerada extremamente dolorosa por estes jovens que se recusam a permanecer “presos” por longos períodos – e em alguns casos, os jovens nem iniciam a reclusão. O que decorre deste fato é que os AISs acabam não tendo efetivamente espaços para uma atuação mais presente nas aldeias, na medida em que as práticas biomédicas são, no geral, pouco acessadas pelos alto-xinguanos e quando o são, busca-se o atendimento dos profissionais brancos considerados “mais capazes” de solucionar os problemas e com “mais conhecimento sobre os medicamentos”.

Outra dificuldade enfrentada pelos instrutores e ressaltada pelos AISs em suas avaliações a respeito do curso é com relação à língua portuguesa. Considerando-se a grande variedade lingüística na região, torna-se inviável realizar um curso que envolva índios provenientes de diferentes etnias sem que se use o português. No entanto, é perceptível que isso se torna um entrave ao processo de formação destes índios que, muitas vezes não possuem um domínio da língua portuguesa e por isso não compreendem o conteúdo que lhes é transmitido.

Às vezes não entendo português, eu fico perdido. É muito difícil falar português, entender a palavra (AIS Yawalapiti).

No primeiro módulo eu tinha muita dúvida, porque eu não conhecia coisa de branco. Agora eu estou tirando dúvida nesse segundo módulo (AIS Kalapalo).

O segundo módulo do curso foi bom, porque eu estou tirando minha dúvida. Eu não ouvi [entendo] bem português, por isso que eu entendi pouco (AIS Kalapalo).

Estes comentários que apareceram nas avaliações feitas pelos AISs dos módulos realizados ilustram uma dificuldade que ultrapassa as questões lingüísticas, englobando também o conteúdo e a forma como este é transmitido, o que acaba refletindo posteriormente na atuação destes índios em suas aldeias.

De modo geral, os profissionais de saúde que atuam em áreas indígenas são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto aos AISs e às comunidades, não mantendo uma postura aberta para entender e aceitar os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura. Por causa desta falta de preparo, permitem a “incorporação das práticas da medicina tradicional apenas na medida em que estas se aproximem da utilização, pela população nacional, de chás e benzeduras para doenças consideradas de menor importância.” (Erthal, 2003, p. 208), ou de procedimentos que possuem algum respaldo nas práticas da medicina ocidental, devendo ser “apropriados cientificamente”. É feita uma transposição pragmática de termos, deslocando os esquemas simbólicos de seu contexto, nesta tentativa de “aproximar os conhecimentos biomédicos dos conhecimentos tradicionais”. Isso pode ser percebido quando, por exemplo, durante uma aula a respeito do sistema imunológico, se pede que os AISs façam uma relação do tema com os “conhecimentos tradicionais” e escrevam sobre “o sistema imunológico de antigamente” – uma tentativa de “tradutibilidade” entre termos que não correspondem diretamente, na medida em que se referem a níveis explicativos distintos e, em alguma medida, intransponíveis.

Mais uma vez se percebe a oposição (hierarquicamente determinada pelo modelo de “saúde” que se propõe) entre a medicina tradicional como “estática” e “passiva” enquanto à biomedicina caberia o papel da “agência”, no sentido de “desenvolvimento” e “progresso” através da “ciência”. Os conhecimentos tradicionais são tratados como “crendices” que precisam ser elencadas na medida em que “precisa produzir material relacionado com a comunidade e os conhecimentos tradicionais”, sem que se tenha qualquer clareza da forma ou da necessidade e eficácia deste procedimento.

Apresento um exemplo ocorrido durante uma aula cujo tema girava em torno da noção de sexualidade e das “práticas tradicionais” a este respeito. A instrutora havia dito

que “os pais normalmente não conversam com os filhos a respeito da sexualidade” – refletindo já aí uma perspectiva e um comportamento fundamentalmente “ocidentais”. Neste momento, um dos AISs disse que seus pais conversavam com eles, e os aconselhavam a não manter relações sexuais muito jovens, especialmente durante o período de reclusão porque isso interromperia seu crescimento e desenvolvimento – uma vez que a perda de sêmen enfraquece, especialmente durante o período de reclusão pubertária. De forma hierarquicamente impositiva, a explicação oferecida aos AISs sobre esta prática foi de que

Têm várias coisas que também, são várias coisas relacionadas, são tabus. São coisas que os pais passam (...). São tabus, são coisas que não tem nada a ver, são coisas que não vão interferir. Mas são coisas que são passadas de pai pra filho. Que não pode ter relação sexual jovem, porque não vai crescer. Mas isso não interfere no crescimento, desenvolvimento (...). Isso são talvez coisas que eles [as pessoas da comunidade] vão perguntar pra vocês e vocês podem esclarecer. ‘Olha, no nosso costume, eles falam que é assim, que você não vai crescer. Mas pelo que eu estudei, não interfere’ (Enfermeira e instrutora do curso de formação de AISs).

Este tipo de instrução que é passada nos cursos não articula em nenhum grau os diferentes conhecimentos da relação intercultural estabelecida como a programação da FUNASA pretende que ocorra através de uma “pedagogia problematizadora” (Funasa, 2005). Ao “problematizar”, a tentativa que se faz é de re-educar; as “problematizações” acabam se restringindo a considerações a respeito de “como as coisas eram feitas antigamente” ou “como eram as práticas dos antigos”, ressaltando novamente uma visão estática da cultura e desvalorizando os conhecimentos tradicionais frente aos conhecimentos hegemônicos ocidentais, estes sim considerados “verdadeiros”.

Através das discussões feitas, pode-se notar então, que as tentativas de relativização da biomedicina e de seus princípios encontram barreiras na própria forma como tais conhecimentos são produzidos e pensados, o que leva na prática à manutenção de uma atitude de hierarquização de valores que desqualifica os conhecimentos e práticas locais. Estes valores transmitidos, por sua vez, são absorvidos pelos AISs e reelaborados de acordo com a estrutura lógica do pensamento e da cosmologia local, quando um deles conclui, por exemplo, que “*Na raiz deve ter anticorpos que a gente não vê*”.

Considerações finais

De acordo com o material exposto ao longo deste texto, é possível notar as imensas dificuldades que ocorrem na implantação do modelo de atenção diferenciada proposto pela Constituição Federal e implementada através dos projetos de saúde da FUNASA, especialmente no que diz respeito a uma “convivência complementar” entre diferentes práticas terapêuticas no contexto de intermedialidade.

Os Agentes Indígenas de Saúde têm papel fundamental nesta política uma vez que representam um vínculo possível entre estes diferentes modelos de atuação o que, todavia, não se efetiva, uma vez que sua formação acaba por privilegiar somente os elementos provenientes da medicina ocidental, descaracterizando completamente seu papel de intermediação e mesmo de tradução. Apesar das propostas de implantação de modelos de atenção à saúde indígena virem acompanhadas de um discurso de participação comunitária (e aqui mais uma vez entra a figura do AIS), o que se observa são práticas impositivas do modelo biomédico, sem haver espaço para a construção de conhecimentos e de práticas conjuntas, relegando desta forma as populações indígenas ao papel de *meros usuários* do sistema de saúde oficial. Ao mesmo tempo, a utilização política deste espaço pelas lideranças – que se apropriam e pretendem controlar o acesso a estes bens e serviços – entra em conflito com a utilização técnica dos bens e serviços biomédicos, tornando esta relação ainda mais complexa.

É preciso então que se faça uma reavaliação criteriosa dos impactos deste modelo de atendimento à saúde, levando-se em consideração as demandas e as necessidades específicas desta população, bem como seus reflexos na cultura e na organização sócio-política das aldeias alto-xinguanas, considerando-se as distintas concepções e utilizações deste espaço eminentemente político das ações de saúde.

Marina Pereira Novo

Mestre em Antropologia Social
Universidade Federal de São Carlos
mapnovo@gmail.com

Abstract: In the context of restructuring indigenous health policies over the last 20 years in Brazil, and the consequent creation of the Special Sanitary Indigenous Districts since 1999, the Indigenous Health Agents appear as central elements of this new model for indigenous health attention. Given that they are understood as possible “links” or “translators” between the traditional systems and the official biomedicine, we observe that, exactly because they occupy a “border position” between different medical-therapeutic systems, the agents’ performances are involved in several ambiguities and conflicts. In this article I discuss how some of these conflicts derive from the conceptions about Indigenous Health Agents’ actuation, and even from the health attention model. This can be observed through the organization and the content transmitted during the Indigenous Health Agents’ formation courses.

Keywords: Anthropology of health; Indigenous health; Indigenous ethnology; Indigenous health agents; Upper Xingu.

Referências Bibliográficas

- AIS; BERTANHA, Wania Fátima Faranha (orgs.). *Promoção de saúde nas comunidades indígenas: fundamentos, conhecimentos e práticas*. Canarana: DSEI Xingu, 2007. 311 p. (No prelo).
- BASSO, Ellen. *The Kalapalo Indians of Central Brazil*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press, 1973. 157 p.
- BRASIL. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/Funasa, 2002.
- _____. *Portaria n. 70*. Ministério da saúde, 2004. Disponível em: www.funasa.gov.br. Acesso em: 19 de março de 2008.
- _____. *Formação inicial para agentes indígenas de saúde: módulo introdutório*. Brasília: Ministério da saúde/Funasa, 2005.
- CARDOSO, Marina Denise. “Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu”. In: Langdon, Esther Jean; Garnelo, Luiza (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra capa livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p.
- _____. “Da pluralidade terapêutica a lógica da diferença: o contexto alto xinguno do Brasil Central”. In: VI Reunião de Antropologia do Mercosul. FHCE/UDELAR. *Anais de eventos da VI Reunião de Antropologia do Mercosul*. Montevideu, 2005. CD-ROM.
- DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. *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*. 2005. 178 f. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC, Florianópolis, 2005.
- ERTHAL, Regina M. Carvalho. “A formação do agente de saúde indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica”. In: COIMBRA JR, C. E. A., SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/ABRASCO, 2003, p. 197-215.
- FOLLÉR, Maj-Lis. “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde”. In: Langdon, Esther Jean; Garnelo, Luiza (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 129-147.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1987. 262 p.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, [1979] 2007. 295 p.

- FUNASA. *Educação Profissional Básica para Agentes Indígenas de Saúde: módulo inicial*. Brasília: FUNASA, 2005. 50 p.
- HECKENBERGER, Michael. “Estrutura, história e transformação: a cultura xinguana na longue durée, 1000-2000 d.c.”. In: Franchetto, Bruna; Heckenberger, Michael (orgs.). *Os povos indígenas do Alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2001, p. 21-62.
- LANGDON, Esther Jean, *et al.* “A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina”. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22(12), p. 2637-2646, 2006.
- MENDONÇA, Sofia Beatriz M. *O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu*. 1996. 149 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, PUC, São Paulo, 1996.
- _____. “O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões”. In: Baruzzi, Roberto G.; Junqueira, Carmem (orgs.). *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história*. São Paulo: Terra Virgem, 2005, p. 227-244.
- SILVA, Geórgia. “*Chama os Atikum que eles desatam já*”: práticas terapêuticas, sabedores e poder. 2007. 115 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFPE, Recife, 2007.
- SILVEIRA, Nadia Heusi. “O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami”. In: Langdon, Esther Jean; Garnelo, Luiza (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia, 2004, p. 111-127.
- TASSINARI, Antonella Maria Imperatriz. “Escola indígena: novos horizontes teóricos, novas fronteiras de educação”. In: Silva, Aracy Lopes da; Ferreira, Mariana Kawall L. (orgs.). *Antropologia, história e educação*. São Paulo: Global, 2001, p. 44-70.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *Indivíduo e sociedade no Alto Xingu: os Yawalapiti*. 1977. 235 f. Dissertação de mestrado. Museu Nacional, UFRJ, Rio de Janeiro, 1977.
- _____. “A fabricação do corpo na sociedade xinguana”. *Boletim do Museu Nacional*. Rio de Janeiro, v. 32, p. 40-49, 1979.

Recebido em 10/12/2008

Aceito para publicação em 30/03/2009