

CULTURA E FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA NO CAMPO DA SAÚDE: DIÁLOGOS POSSÍVEIS A PARTIR DE UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CULTURE AND HIGHER EDUCATION IN THE FIELD OF HEALTH: DIALOGUES POSSIBLE FROM AN EXPERIENCE REPORT

Débora Regina Marques Barbosa¹; Manoel Guedes de Almeida²

RESUMO

Introdução: a utilização de espaços de ensino-aprendizagem que aproximem o estudante dos espaços sociais extra-muros é capaz de propiciar a construção de pensamento crítico e reflexivo sobre a realidade que o cerca, sobretudo no que diz respeito à valorização de culturas diversas na construção de um ambiente saudável. A cultura indígena, muito desvalorizada diante do conhecimento biomédico, carece, porém, de estratégias de valorização nos cursos de saúde. **Metodologia:** trata-se de estudo retrospectivo qualitativo realizado através de anotações em diário de bordo de estudantes que participaram de rodas

de rodas de conversa com população indígena e profissionais de saúde em Casa do Índio de uma capital brasileira. **Conclusão:** o nítido distanciamento entre a cultura indígena e a desvalorização de seus saberes perante o conhecimento científico refletem a forma dominante de entender as relações saúde-doença de maneira estritamente biológica. Com efeito, a experiência foi capaz de propiciar espaços de problematização da realidade indígena, sua assistência em saúde e as relações culturais que se impõe sobre suas formas tradicionais de cuidado.

Palavras – chave: Cultura indígena; Formação em saúde; Antropologia da saúde.

ABSTRACT

Introduction: the use of teaching and learning spaces that bring the extramural student social spaces can foster the construction of critical and reflective thinking about the reality that surrounds him, especially with regard to the

¹Membro do Grupo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí (GESP/NESP/UFPI); ddebora.regina@gmail.com

²Membro do Grupo de Estudos em Saúde Pública da Universidade Federal do Piauí (GESP/NESP/UFPI); membro da Articulação Nacional de Extensão Popular em Saúde (ANEPOP). manoel.medufpi@gmail.com

appreciation of diverse cultures in the construction a healthy environment. The very undervalued on biomedical knowledge, indigenous culture lacks, however, recovery strategies in health courses. **Methodology:** This was a qualitative retrospective study using annotation on "logbook "of students who participated in wheels wheels of conversation with Indian population and health professionals in the Indian House in a Brazilian capital. **Conclusion:** The clear distance between the indigenous culture and the devaluation of their knowledge before the scientific knowledge reflects the dominant way to understand the way of strictly biological health-disease relationships. Indeed, the experience was able to provide spaces for discussion of indigenous reality, their health assistance and cultural relations that imposes itself on its traditional forms of care.

Keywords: Indigenous culture; Training in health; Anthropology of Health.

INTRODUÇÃO

Vivenciar a Casa de Saúde do Índio (CASAI), hospital destinado a atenção da população indígena, é capaz de propiciar, em um primeiro momento, a

ampliação da visão academicista da saúde ao oportunizar o conhecimento de uma realidade além do ambiente estritamente acadêmico. Em um segundo momento, constituído pelo confronto entre referencial teórico baseado na saúde como estado biopsicossocial e o modelo biomédico hospitalocêntrico, proporcionam ambiente rico de discussões da práxis em saúde e suas relações epistêmicas no contexto atual, oportunizando reflexões a cerca do papel do estudante e do profissional como agentes moduladores da sua realidade local¹.

A CASAI funciona como local de apoio, onde os indígenas podem fazer tratamentos médicos e se abrigarem em casos de alto a médio risco/complexidade. A Equipe de saúde indígena é formada pelo agente de saúde (que normalmente é indígena), médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem (também indígenas).

A Fundação Nacional de Saúde (Funasa) foi responsável, até 2010, pela assistência à saúde das populações indígenas, que passou a ser exercida diretamente pelo Ministério da Saúde (MS) com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), em resposta a reivindicações da população indígena. A

maior missão da SESAI, nesse contexto, direciona-se a execução do exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas. A estrutura administrativa da Secretaria Especial de Saúde Indígena é composta pelo Departamento de Gestão da Saúde Indígena, Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde Indígena, e pelo Departamento de Atenção à Saúde Indígena.

Nesse contexto, a experiência posta é capaz de gerar reflexões e problematizações a cerca da cultura indígena e suas relações com a cultura científica hegemônica em seus diversos âmbitos. Partindo de análise crítico-descritiva da realidade a partir dos discursos dos sujeitos e passando por revisão da literatura sobre a temática abordada, pôde-se inferir sobre a situação da identidade indígena em sua dialógica com a identidade médico-assistencialista e de mercado onde se inserem as relações sociais como substrato às disputas por ideologias e poder. Essas disputas, no campo da saúde e no que toque a saúde indígena, têm a atenção básica e, particularmente, as Casas do Índio como locais propícios ao afloramento de

divergências culturais onde duas formas diferentes de entender as relações coletivas com o mundo se impõem através da prática diária dos serviços de saúde.

Diante desse contexto mais amplo, o presente trabalho tem por objetivos relatar as experiências vivenciadas entre estudantes e comunidade indígena, valorizar práticas integrativas de cuidado e espaços diversos de ensino-aprendizado nos cursos da área de saúde, assim como pontuar as dificuldades e potencialidades experimentadas por moradores de uma Casa do Índio em uma capital brasileira.

METODOLOGIA

Relato de experiência de caráter etnográfico realizado em visita à Casa de Saúde do Índio (CASAI) do estado do Piauí, na cidade de Teresina, no dia 10 de setembro de 2013, por meio de roda de conversa entre profissionais de saúde, indígenas, professores e graduandos de cursos da área de saúde. Foram feitas anotações em diário de bordo e transcrições literais dos trechos dos discursos. Tanto a síntese quanto a análise da experiência foram apresentados de maneira descritiva, de caráter qualitativo.

DESENVOLVIMENT E DISCUSSÃO

No dia 10 de setembro de 2013, realizou-se visita à Casa de Saúde do Índio (CASAI), tendo como proposta primeira o contato inicial com a cultura indígena e a ressignificação de valores relacionados à saúde e seus determinantes socioculturais, possibilitando o conhecimento da estrutura física e simbólica e o funcionamento da unidade de saúde pelos estudantes do curso de enfermagem desta instituição de ensino.

Inicialmente, os estudantes foram apresentados aos profissionais da Unidade Básica de Saúde, onde puderam adquirir informações a respeito do trabalho realizado, suas dificuldades e potencialidades, subjetivados nos discursos dos profissionais de saúde do serviço no sentido de um trabalho humanizado em saúde. Cabe salientar aqui os vários sentidos que adquirem os conceitos de humanização, prevenção e promoção de saúde, dentre outros termos surgidos nos últimos anos e difundidos pelas diretrizes e normas técnicas do Ministério da Saúde. No campo da prática, esses termos adquirem novos valores e significados orientadores das

ações diárias dos serviços. Nesse contexto, ações estritamente assistencialistas e manicomializadoras de *formas de viver* (aqui entendida como o emaranhado constitutivo do Eu e sua relação com o Outro em um dado coletivo) assumem vozes ensaiadas de discurso emancipador/empoderador, base da promoção da saúde como caminho ou norte.

Nesse contexto, Dimenstein² (2006) caracteriza o processo de manicomialização das formas de viver ao afirmar que determinadas culturas politicamente hegemônicas impõe sobre as demais, em um campo de disputas simbólicas e ideológicas por território e poder, sua compreensão sobre o mundo. Desse modo, ações manicomializadoras não se restringem, com efeito, a práticas manicomialiais, mas perpassa vários aspectos da vida em sociedade, no interstício turvo onde duas culturas distintas se comunicam dialeticamente e se constroem mutuamente. São nesses espaços, onde a identidade de cada grupo é posta à prova, que os politicamente majoritários utilizam de suas ferramentas de manipulação ideológica para opressão das minorias, reprimindo qualquer traço que a identifique, enxergando suas

características apenas de uma perspectiva, dos olhos do opressor.

Na mesma lógica, cabe ressaltar o papel da categoria empoderamento/*empowerment* coletivo como ferramenta de *libertação da alma* (alma entendida como a relação dos aspectos psicoculturais entre corpo e sociedade)³, chave na politização das políticas da Nova Saúde Pública, ao passo que implica a necessidade “(...) ativa das determinações macro e microsociais da iniquidade social, colocando em questão diferenciais de poder (...)”. Sumariamente, pode-se entender empoderamento coletivo como a capacidade/competência/habilidade de grupos coletivos de se articularem em um território social na luta por melhorias em suas condições de vida. A análise feita pelo autor da categoria *empowerment* constata a possibilidade concreta de que suas intervenções e ideologias reforcem a vigilância e regulação sobre os grupos sociais, reafirmando a hegemonia de ordem neoliberal, com implicações morais e políticas profundas^{1,3-5}.

Formou-se uma roda de conversa, onde foram abordadas as principais dificuldades dos profissionais na

realização do trabalho, além de detalhes a cerca da intra-unidade e suas micro relações na construção da saúde. Segundo os profissionais de saúde, um dos maiores entraves ao bom desenvolvimento dos serviços relaciona-se às más condições físicas da unidade e à falta de meios de transporte, de linhas de telefones e segurança que, segundo a profissional de enfermagem da Unidade, dava-se por conta da transição entre Funasa para SESAI.

São citadas algumas dificuldades, tais como: "A maioria dos problemas deveria ser resolvido na atenção básica, mais infelizmente isso não ocorre, e eles são enviado para CASAI, que trata casos de alta e média complexidade". O conceito de integralidade de corpos/almas e territórios, quando levado a cabo, deixa clara a integração do indivíduo histórico e a possibilidade de migrar pelo sistema de saúde com base nas demandas que apresente. A atenção básica, desse modo, seria a porta de entrada e orientadora de todos os demais serviços de saúde. Todavia, percebe-se fragilidade em se lidar com grupos étnicos diversos nesses espaços de prática e a resolutividade das ações ensejadas pelas Unidades Básicas de Saúde no Estado, apesar da grande

cobertura, é bastante duvidosa. Dada a grave situação de fragilidade, a associação entre falta de estrutura física, inaptidão em lidar com culturas diferentes da hegemônica e os valores por elas atribuídos às relações sociais e de saúde-doença, somados à relativa inapetência da Atenção Básica em integrar as comunidades indígenas em suas ações de saúde gera uma panorama geral de maior risco de adoecimento e morte para os povos indígenas.

A maioria dos autores se baseia no conceito de atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais como eixo de suas reflexões. Apesar disso, um ano antes da Constituição de 1988 o Banco Mundial, em citação por Almeida cols³ já anunciava que:

"a abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-lo como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. Essa abordagem geralmente não funciona".

Essas considerações permitem concluir que a integralidade da assistência como pontuada no artigo 198/88 e

discutida no trecho acima, contraditórios, refletem a assistência como início e fim, deixando de lado a capacidade que os indivíduos possuem de modificar a realidade em que se inserem.

Fica claro o distanciamento que a cultura indígena impõe como marco simbólico de resistência à negação de qualquer traço que a identifique enquanto tal; trata-se da resistência subjetiva, mas concreta, imposta por uma identidade étnica que resiste. Como qualquer forma de resistência, precisa-se de um opressor. Na continuidade dos discursos, a profissional de saúde afirma que a atitude de negação dos indígenas dificulta o trabalho da equipe. Nesse momento, pode-se observar duas formas diferentes de ver o mundo através de perspectivas diferentes. Se, por um lado, os indígenas negam a cultura biologicista de entender a relação saúde-doença imposta pelo serviço de saúde, por outro lado, o serviço de saúde nega a cultura indígena e impõe suas verdades irrefutáveis, não dialogando com os diversos saberes que permutam o universo indígena. O conflito velado que orienta as ações de ambas as partes reverbera na prática dos serviços e na aproximação ou afastamento dos indígenas dos espaços institucionais da

saúde.

Ainda dos discursos dos profissionais locais, a maioria das doenças esta ligada a situação de pobreza, falta de saneamento básico, alcoolismo e tabagismo. Dessa mesma análise crítica sobre a realidade que ora se apresenta, é de se questionar os motivos pelos quais há escassez de ações voltadas às causas mais freqüentes de morbimortalidade em indígenas no serviço, que se concentra, em sua maior parte, em ações médicos-assistencialistas.

Pesquisas apontam que o processo de migração indígena para os centros urbanos brasileiros é um fenômeno ainda pouco estudado e está se tornando cada vez mais freqüente como conseqüência, dentre outras causas, da absorção do indígena pelo mercado de trabalho, deslocamentos devidos a conflitos de terra e infra-estrutura, educação, saúde e saneamento básico precários. Em conjunto, esses fatores levam a um quadro de vulnerabilidade social que é incorporado pela cultura indígena. Desse modo, com efeito, a cultura indígena sofreu diversas transformações na era pós-cabralina frente a uma sociedade transformada pela inserção da lógica de mercado como eixo sustentador das ações

sociais. A identidade indígena, nessa conjuntura, são várias, influenciadas pela cultura eurocêntrica e pela imagem que ela têm do *ser* indígena e a dificuldade que essa identidade assumida tem em existir desambientada historicamente.⁶

Os autores acrescentam o termo *tabuem* relação ao lidar com a causa indígena no campo da saúde. Alguns autores afirmam haver certo grau de miopia quando se lida com a variável raça/etniana produção de conhecimento no campo. Essa miopia pode ser aqui entendida como o distanciamento cego de uma cultura hegemônica em relação à outra, minoritária. Como conseqüência, todos os aspectos/vozes proferidos por esses grupos coletivos passam pelo crivo do agressor e são consideradas apenas sob a ótica limitada da perspectiva dominante e seu modo de pensar as relações com o mundo^{3,6}. Em contrapartida, além das problemáticas postas para a interação serviço-comunidade, existe ainda outra, talvez mais grave, situada na deficiência na formação acadêmica, que pouco dialoga com outras culturas na construção do ideário intersubjetivo de saúde e seus determinantes e condicionantes sociais.

Apesar de algumas tentativas terem se desenvolvido a partir da década

de 50 em todo o mundo e na América Latina ter assumido feições de movimento social por confundir-se ao projeto de democratização de vários países em regime ditatorial, muitas vezes limita-se aver/conhecer a realidade local, por vezes fantasiada, sem, contudo, dialogar com essa realidade, problematizá-la, inserir-se nela como agente histórico ao ser capaz de dialogar em espaços de opressão. Em relação à cultura indígena, eles trazem suas crenças e rituais, como realização de necessidade fisiológica na mata aberta, tristezas exaltadas pela morte de familiares e conhecidos, marcada por cantos, choro e outras manifestações de profundo pesar; são hábeis artesãos e de estrutura familiar fundamentalmente patriarcal.

Quando se considera a relação entre a cultura técnico-científica e a cultura indígena, “os indígenas procuram primeiro a saúde do branco e depois procuram o pajé”; dessa assertiva, fica clara a fragilidade na inserção de saberes populares e científicos no serviço ofertado, prejudicando a prestação de cuidado. Em consequência disso, entendendo que a vida segue seu curso (social), há relato de que os indígenas unem os dois tratamentos através de

práticas alternativas, como o curandeirismo epajelanças.

Há na literatura autores que afirmam ser esse o ponto crítico onde coadunam um passado de crise na saúde ou no seu entendimento tradicional segundo o modelo biomédico. Talvez um novo paradigma surja onde a racionalidade médica ocidental esqueceu que era mais que um saber científico – isto é, que é também uma arte de curar sujeitos doentes, distanciando-se da sua dimensão terapêutica, na busca de investigar, classificar e explicar antigas e novas, sobretudo as novas, patologias através de métodos diagnósticos crescentemente sofisticados. Desse modo, prossegue o autor, as práticas ditas alternativas (por terem um passado de invisibilização) re-surgem como ferramentas imprescindíveis à reposição do sujeito enquanto centro do paradigma da saúde na lógica da produção do cuidado – e não da cura ou reabilitação.^{1,7}

Foi bastante enfatizada pelos profissionais de saúde a preservação de liderança e a participação indígena no Controle Social através de Conselhos de Saúde Indígena. Afirma-se, ainda, que “o Ministério da Saúde não pactuou ainda responsabilidade e tudo é resolvido

(consultas) na conversa” e que, dessa forma, “no dia que eu não quiser marcar consulta eu não marco, talvez eles se revoltem e consigam seus direitos, mais não faço porque tenho pena”. *Pena* trás consigo alguns traços culturais dignos de nota. Mostra, por um lado, a notória superioridade e compaixão (com paixão/co-sentimento), quando um sujeito tipifica-se Outro capaz de ajudar (necessariamente tipificando o Outro como aquele que tem que ser ajudado) e curva-se (compadece-se) diante daquele que se aflige. Nesse contexto, a pena e as ações dela geradas negam um processos de lutas e a mobilização social potencialmente transformadora de uma realidade opressora. O sentimento de pena, assim posto, gera, ideologicamente, super-heróis (p. Ex. Batman) que lutam sozinhos em uma cidade socialmente abalada (p. Ex. Gotham City). Mas os super-heróis morreram todos e o poder de luta se dissolveu nas mãos dos povos³.

Ademais, há relatos de dificuldades relacionados à alimentação e ao uso de medicamentos. Segundo trechos dos discursos, os indígenas não gostam da comida e sentem saudade da comida preparada na aldeia. Pontuam-se dificuldades relacionadas ao uso

compulsório e romântico de medicamentos, que extrapola os aspectos culturais indígenas e torna a epidemiologia da saúde indígena completamente particular. Esse foi um dos poucos momentos em que aspectos culturais dos povos indígenas foram considerados moduladores da relação saúde-doença, ainda que superficialmente.

CONCLUSÃO

Pôde-se perceber nítido distanciamento entre as ações veiculadas pelo serviço de saúde e os saberes populares indígenas, apesar do vínculo relativo existente entre profissionais e usuários. Além disso, tomando como base as rodas de discussão com os profissionais, construiu-se conhecimento crítico a cerca dos serviços ofertados, das deficiências estruturais da unidade e os espaços potenciais de mudanças.

Em contrapartida, o posicionamento dos estudantes diante da cultura indígena foi, a princípio, de estranheza, acompanhado por distanciamento como conseqüência do entendimento do Outro como diferente de si. Esse distanciamento, quando não devidamente trabalhado e munido de

ferramentas à compreensão integral da saúde indígena no que pese seus aspectos socioculturais acaba por se reproduzir no dia-a-dia dos serviços de saúde.

A visita a Casa de Saúde do Índio (CASAI) enriqueceu a formação dos estudantes por ampliar a racionalidade científica para além da academia, rompendo o paradigma médico - assistencialista rumo a uma visão preventivista e de promoção da saúde ao possibilitar o confronto entre duas formas distintas de entender a relação saúde-doença na perspectiva da promoção da saúde e empoderamento coletivo.

Com isso, pôde-se contribuir para a construção de estudantes comprometidos ética e politicamente com a realidade, percebendo-se capaz de trabalhar em conjunto na identificação e resolução de uma problemática posta sem, contudo, subjugar culturas e identidades que ocupem seus espaços de prática.

Desse modo, faz-se necessária a inclusão do estudante desde o início nos serviços de saúde não apenas hospitalares, de modo construir vínculo entre si, como fruto de trabalhos multidisciplinares, e com a comunidade

na construção de soluções frente à problematização da realidade posta.

REFERÊNCIAS

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis* 14.1 (2004): 41-65.
2. Dimenstein M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. *Mental* [online]. 2006, vol.4, n.6, pp. 69-82. ISSN 1679-4427.
3. Almeida MG, Barbosa DRM, Pedrosa JIS. Universidade: espaço de conquistas do controle social. *Gestão e Saúde* 1.1 (2013): pag-2146.
4. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro,

20(4):1088-1095, jul-ago,
2004

5. Carvalho SR.As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):669-678, 2004.
6. Coimbra JR, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):125-132, 2000
7. Ceccim, RB cols. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades (2004).
8. Pedrosa JIS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):617-626, 2004.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2013-12-03
Last received: 2013-12-14
Accepted: 2013-12-14
Publishing: 2014-09-30