

RAQUEL PAIVA DIAS-SCOPEL

**O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE XOKLENG:
por um mediador entre a Comunidade Indígena e o
Serviço de Atenção Diferenciada à Saúde – uma abordagem
da Antropologia da Saúde**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina**

Orientadora: Esther Jean Langdon

Florianópolis, junho de 2005.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

**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**

Raquel Paiva Dias-Scopel

Orientadora: Esther Jean Langdon

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores:

Dra. E. Jean Langdon (UFSC – orientadora)
Dr. Flavio B. Wiik (PPGAS/UFSC)
Dra. Luiza Garnelo (UFAM)
Dra. Eliana Elisabeth Diehl (UFSC) (Suplente)

Florianópolis, junho de 2005.

**Dedico este trabalho aos moradores
da Terra Indígena Laklãnõ**

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível porque as lideranças indígenas permitiram. Por isso, agradeço a todos os Caciques Locais e ao Cacique Presidente, em exercício no ano de 2003, por consentirem com minha estada na área indígena.

São dignos de agradecimentos todos os membros da comunidade Laklãnõ, com os quais estive conversando e entrevistando, pelas horas que tomei de seu tempo e pela paciência em “traduzir o saber para o contar”. Essas conversas e falas foram informações preciosas para este trabalho. Há outros indígenas com os quais serei eternamente grata: Marcelino, Anelon e Yokó por terem me acolhido em sua casa quando eu ainda era uma desconhecida, pelo carinho, amizade e primeiros ensinamentos sobre o seu idioma, momentos preciosos que perpassaram todo o tempo de minha estada em área. Também sou grata aos casais Salimar e Faustino, Lúcia e Otto e a Suzana por terem oferecido pouso e me acolhido em diferentes momentos em suas casas, mas, especialmente, pelas seguidas instruções, conversas e debates sobre os temas da pesquisa. Às crianças Muklin, Vóia, Telé, Tendô e Tukê por terem sido meus constantes professores na língua Xokleng. É preciso agradecê-los também, pelos momentos de alegria, pelas divertidas brincadeiras e passeios às cachoeiras.

Aos funcionários do Pólo-Base, em José Boiteux, pela concessão de dados, informações, entrevistas, pelas discussões e conversas. À médica que trabalhava na área indígena, pelas seguidas interlocuções e debates.

Ao pesquisador Alexandro Namen, pelo compartilhamento de informações e conversas teóricas feitas dentro da área indígena, na ocasião de suas pesquisas em campo.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena – Interior Sul, especialmente César, por ter sentado comigo para esclarecer dúvidas e pela prontidão e excelência com que dispôs em minhas mãos dados que foram determinantes. Ainda a essa entidade, agradeço pelo convite a ministrar uma palestra sobre saúde indígena, aos seus funcionários, durante as oficinas de capacitação realizadas no segundo semestre de 2004, pois ao final os debates emergentes me estimularam a repensar e refletir sobre muitas questões.

À organização não-governamental Projeto Rondon por ter disponibilizado suas informações, especialmente, Felipe.

À professora Dra. Esther Jean Langdon que, após ouvir meu anseio em ingressar pelas pesquisas com populações indígenas, fez o convite para participar de um projeto interdisciplinar, cuja presente pesquisa é uma parte. Também, a agradeço pela companhia na primeira ida a campo, ainda em 2003, e pelas posteriores orientações.

Aos professores Dr. Flávio Wiik, Dra. Eliana E. Diehl e Dra. Maria Luiza Garnelo pelas interlocuções, pela leitura atenta desta dissertação e comentários preciosos para futuras reflexões. Mais uma vez agradeço aos professores Jean, Flávio e Eliana por suas participações no Grupo Focal realizado entre os Xokleng.

Muitos foram aqueles que num determinado momento compartilharam comigo descobertas, reflexões e angústias. Em especial, meu marido Daniel Scopel, por estar presente sempre que precisei, pelas infinitas discussões e debates teóricos, pelas constantes reflexões sobre os dados da pesquisa de campo e ajuda na revisão ortográfica e formatação final do trabalho.

Aos meus pais, Luiza e Francisco, e meus irmãos, Renata e Dagoberto, por terem compreendido e convivido com minha ausência durante o trabalho.

Por fim, não poderia deixar de agradecer ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia/CNPq, pela bolsa de mestrado, e a FUNCITEC pelo apoio financeiro, sem o qual esta pesquisa jamais teria acontecido.

RESUMO

O presente trabalho é uma etnografia sobre o Agente Indígena de Saúde/AIS Xokleng, grupo Jê, localizado na Terra Indígena Laklãnõ – TIL, Estado de Santa Catarina – Brasil. Os objetivos centrais foram: traçar um perfil do AIS Xokleng; identificar as regras que operam na escolha de um indígena para atuar como AIS; descrever suas atividades e inserção na comunidade e dentro da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena/EMSI. A metodologia utilizada foi: observação participante, entrevistas semi-abertas, grupo focal e pesquisa em documentos oficiais que informam sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e cursos de formação e capacitação para AIS. Os resultados obtidos permitiram estabelecer uma correlação entre o *modus operandi* dos serviços de atenção à saúde e o *modus vivendi* dos Xokleng, através de suas formas de apropriação e usos dos serviços de saúde por meio de estratégias que contemplavam e condiziam com sua visão de mundo, com sua dinâmica e relações sócio-políticas.

Palavras-chave: Antropologia. Xokleng. Agente Indígena de Saúde. Atenção diferenciada. Relação interétnica.

ABSTRACT

This is an ethnography depicting the Xokleng Indian Health Agent (Agente Indígena de Saúde/AIS), from the language group Jê, located in the Laklãnõ Indian Land (Terra Indígena Laklãnõ – TIL), in the State of Santa Catarina – Brazil. Its main purposes were to outline the profile of the Xokleng AIS; identify the rulings used for the choice of a particular individual from that group who will act as the AIS; describe his activities and how he fits into the community as well as into the Indian Health Multi-Professional Team (Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena/EMSI). The methodology used was participating observation, individual interviews, focal group and survey on official documents on National Politics regarding the Health Care of the Indian Peoples along with training courses for AIS. The findings obtained allowed to establish a correlation between Health Care Services *modus operandi* and the Xokleng *modus vivendi*, through the ways they get to be part of and use the health care services by means of strategies, which are coherent with their cosmology, social-political relationships and dynamics.

Keywords: Anthropology. Xokleng. Indian Health Agent. Differentiated Care. Interethnic relationship.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	IX
LISTA DE TABELAS.....	X
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	XI
ESCLARECIMENTOS	XII
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O PROBLEMA.....	13
1.2 O CONTEXTO – COMUNIDADE INDÍGENA LAKLÃNÕ	16
1.2 UMA BREVE HISTÓRIA DA TERRA INDÍGENA LAKLÃNÕ / TIL	18
2 METODOLOGIA - UM OLHAR E OUVIR INTERESSADO	28
2.1 TRILHAS METODOLÓGICAS.....	29
2.1 ATALHOS METODOLÓGICOS	40
2.2 ENCONTRO ETNOGRÁFICO.....	43
3 PANORAMA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL....	47
3.1 AS PRIMEIRAS INTERVENÇÕES ESTATAIS	47
3.2 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO AO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA	51
3.3 UM NOVO ATOR: O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE/AIS – ALGUMAS EXPERIÊNCIAS E METAS DOS CURSOS DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO	62
4 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA TERRA INDÍGENA LAKLÃNÕ (TIL)	76
4.1 O ESTADO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÓS-CRIAÇÃO DOS DSEI.....	76
4.2 A CONSULTA MÉDICA.....	89
4.3 O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE XOKLENG – O CONTEXTO E UM PERFIL	96
4.4 DIA DE TRABALHO – UMA ROTINA DAS AIS XOKLENG	106
4.5 É DIA DE CONSULTA MÉDICA NO POSTO DE SAÚDE	107
4.6 É DIA DE VISITA DOMICILIAR.....	110
4.7 QUEIXAS E DEMANDAS NATIVAS – FALANDO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE	118
4.7.1 <i>Toyota – O Carro Da Saúde</i>	119
4.7.2 <i>Da Renovação De Convênio</i>	122
4.8 TEM QUE SABER TRABALHAR COM ÍNDIO	128
4.9 POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA	133
5 UMA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA	137
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS - UMA PERSPECTIVA NATIVA DE SAÚDE.....	152
7 BIBLIOGRAFIA	160
8 ANEXOS	168

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -Mapas ilustrativos da localização da TI Laklãõ	19
Figura 2 - Ilustração da área da TI Laklãõ – Distribuição geográfica das aldeias [sem escala].	42
Figura 3 – Distribuição dos DSEI no território brasileiro.	57
Figura 4 - Tabela demonstrativa das novas competências da FUNASA.....	61
Figura 5 -Fotos do Pólo-base em José Boiteux	77
Figura 6- Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Pavão.....	80
Figura 7 -Fotos do Posto de Saúde Aldeia Figueira quando esse era na casa da AIS.....	81
Figura 8 - Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Figueira quando esse passou para a antiga escola	82
Figura 9- Posto de Saúde Aldeia Sede quando esse na sala de aula da escola.....	83
Figura 10 -Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Sede.....	84
Figura 11 - Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Palmeira	85
Figura 12 - Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Coqueiro.....	86
Figura 13 – Genealogia dos AIS que têm algum grau de parentesco com cacique.....	96
Figura 14– Genealogia dos AIS sem parentesco com caciques	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Roteiro do trabalho de campo nos postos de saúde	44
Tabela 2 – Número total de AIS em exercício entre 2000-2002.....	74
Tabela 3 – Número total de Recursos Humanos em exercício no ano de 2005	75
Tabela 4 – Tabela demonstrativa.....	79
Tabela 5 – Dados relativos a situação dos postos de saúde, dos AIS e das etnias residentes na TIL.	87
Tabela 6 - Perfil dos AIS atuantes na T.I. Laklãnõ durante o convênio 2003-2004	101
Tabela 7 - Dados referentes aos AIS, fornecidos pela ONG Projeto Rondon.....	103

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIS	-	Agentes Indígenas de Saúde
AISAN	-	Agentes Indígenas de Saneamento
CAIS	-	Cadastramento dos Agentes Indígenas da Saúde
CISI	-	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
CODISI	-	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP	-	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
COSAI	-	Coordenadoria de Saúde Indígena
DSEI	-	Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI	-	Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena
FUNAI	-	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	-	Fundação Nacional de Saúde
MS	-	Ministério da Saúde
NESSI	-	Núcleo de Estudos de Saúde e Saberes Indígenas
NOB	-	Normas de Operação Básica
OIT	-	Organização Internacional do Trabalho
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONG	-	Organização Não-Governamental
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
SNT	-	Serviço Nacional de Tuberculose
SPI	-	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	-	Sistema Único de Saúde
SUSA	-	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
TI	-	Terra Indígena
TIL	-	Terra Indígena Laklãñõ
UFSC	-	Universidade Federal de Santa Catarina
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância

ESCLARECIMENTOS

Nesta dissertação, os indígenas que trabalham como Agentes Indígenas de Saúde/AIS e os demais membros da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena/EMSI não serão identificados pelos nomes. Isso, para preservar a privacidade dessas pessoas. Todos serão, aqui, referenciados pelos cargos que ocupam, seja dentro dos serviços de saúde (AIS, médico, funcionário do Pólo-Base), seja nas instâncias do controle social (conselheiros de saúde). Os demais interlocutores indígenas da TI Laklãnõ serão apenas identificados como moradores.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA

Primeiramente, convém frisarmos que o índio não apresenta resistência às doenças comuns à civilização. A gripe, o sarampo, a varíola, a tuberculose, etc., assumem características letais para as populações tribais, tão logo estas entram em contato com representantes da sociedade nacional. De outro lado, como os grupos indígenas têm populações reduzidas (...) a ocorrência de uma epidemia provoca não só a extinção, como também impede (...) o seguimento normal da vida econômica, social e cultural dos grupos atingidos. E não estando as frentes de expansão da sociedade nacional aptas a socorrer as populações tribais, em termos de assistência médica e econômica, a condenação dos membros dessas tribos é quase que imediata. (SANTOS, 1964:71).

A história do contato entre a sociedade ocidental e os povos indígenas, no território hoje chamando Brasil, pode ser relatada como uma história repleta de episódios de chacinas feitas não apenas pelas armas, mas, principalmente, pelas epidemias. São as doenças advindas como conseqüências do contato e dos episódios de pacificação (sarampo, gripe, tifo, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras), os fatores que mais contribuíram para uma violenta diminuição das populações indígenas (RIBEIRO, 1982; SANTOS, 1964).

Qualquer generalização sobre o contato entre povos indígenas e os atores e representantes das frentes de expansão e colonização é falaciosa e passível de crítica. Não se pode relatar uma história única, homogênea, do contato entre a sociedade ocidental e os povos indígenas, pois os diferentes momentos históricos e a ampla diversidade étnica, cultural, social, cosmológica e lingüística – que abarca todo um denominador comum chamado Índio, tiveram, inevitavelmente, sua influência no contexto da interação. Entretanto, de um modo geral, pode-se, destacar a marginalização, a evidente condição de pobreza, precárias condições sanitárias, discriminação e potencial instabilidade territorial como fatores decorrentes do contato interétnico e como elementos contribuintes e condicionantes, tanto às transformações em seus modos de organização sócio-cultural, quanto à precária situação de saúde das populações indígenas.

Um exemplo das conseqüências nefastas, decorrentes do contato interétnico, pode ser visualizado através do processo de pacificação do povo Xokleng, um grupo Jê Meridional, hoje habitantes da Terra Indígena Laklãnõ (TIL), localizada no Alto Vale do Itajaí, Estado de Santa

Catarina. Na época da pacificação, por volta de 1914 e 1932, calcula-se que as epidemias de gripe, tifo e sarampo reduziram dois terços de sua população, restando 106 vivos entre homens, mulheres e crianças de um número que, no momento do contato, contava aproximadamente com 400 indivíduos (HENRY, 1964: xxi.).

Num panorama nacional, posteriormente às doenças, os povos indígenas conheceram e entraram em contato com estratégias de intervenção promovidas tanto por agências estatais, como entidades missionárias, as quais passaram a desenvolver atividades de recuperação e cuidados à saúde, na tentativa de minimizar os agravos decorrentes desse contato/contágio. Essas tentativas pioneiras de intervenção, sobre a saúde, eram orientadas por uma ideologia pautada na assimilação e inclusão dos povos indígenas na sociedade envolvente, no estado nacional (GARNELO *et alli*, 2003). Conseqüentemente, a utilização das práticas, técnicas e saberes desenvolvidos pela medicina ocidental eram o paradigma privilegiado para tratar as doenças e cuidar da saúde, o que se fez fortemente através do uso de medicamentos alopáticos. Implicitamente as essas estratégias de intervenção estava uma constante desvalorização dos saberes, práticas e técnicas a cerca do corpo, da vida, da morte, do ser saudável, do enfermo, da cura, das prescrições alimentares etc., desenvolvidos pelas populações indígenas.

É procurando enfatizar um contexto de interação interétnica que o presente estudo se desenvolve, através de uma abordagem que põe em diálogo a relação entre os Agentes Indígenas de Saúde/AIS Xokleng da TI Laklãnõ e uma das frentes de intervenção da Sociedade Nacional e expansão da biomedicina¹. Focaliza-se, especialmente, as estratégias de intervenção decorrentes do processo de implantação da Política Nacional de Saúde Indígena, cuja expressão maior tem, como marco histórico, o ano de 1999 – com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas/DSEI, os quais preconizam um Modelo de Atenção Diferenciada à Saúde das Populações Indígenas. Esse Modelo recomenda, em suas diretrizes, tanto o respeito aos saberes e práticas tradicionais indígenas, sobre saúde e doença, como uma ação capaz de articular os saberes tradicionais indígenas com os saberes e práticas desenvolvidas pela biomedicina.

¹ Uma discussão acerca da biomedicina e suas características dominantes está presente no capítulo 5, mas, antecipadamente, pode-se destacar a biomedicina como o sistema médico que, com o passar dos anos, conquistou, nas sociedades ocidentais, “o monopólio em estabelecer a jurisdição exclusiva sobre a definição de doença e tratamento” (ALVES, 1993, p. 265).

Foi a partir da proposta de um Modelo de Atenção Diferenciada à Saúde, cujas bases norteadoras foram construídas pelas Conferências Nacionais de Saúde Indígenas (a primeira em 1986 e a segunda em 1993), que se tornou público o Agente Indígena de Saúde/AIS como um ator fundamental e estratégico para possibilitar um elo num contexto em que atuam e coexistem, pelo menos, dois saberes sobre saúde, doença e tratamento (o biomédico e o indígena). Para tanto, prescreveu-se que o AIS deve ser um autóctone, *alguém de dentro* de uma sociedade com saberes e práticas diferenciadas, permitindo, em suas funções, por ser um conhecedor, ainda que não um especialista, desenvolver práticas semelhantes a de um tradutor. Tradutor, nesse caso, por um lado, dos saberes e práticas médicas de sua população e, de outro, dos saberes e práticas biomédicas. Além disso, se propôs, ao AIS, uma capacitação para fornecer os instrumentos e informações básicas para articular ambos os saberes, técnicas e práticas (biomédico e indígena) em suas atividades desenvolvidas dentro da Equipe Multiprofissional de Saúde/EMSI e no interior da área indígena (Brasil, 2002). Em outras palavras, o AIS tem sido visualizado como um potencial ator estratégico na configuração de uma nova relação com a sociedade envolvente, quanto aos serviços de atenção primária à saúde.

É preciso ter em mente, na leitura desta pesquisa, que, no geral, se está tratando aqui: 1) de relações intra e interétnicas, a partir dos serviços de assistência primária à saúde indígena na população da TI Laklãnõ; 2) de compreender quem é o AIS Xokleng e quais atividades e papéis sociais desempenha dentro dos serviços de saúde na comunidade e na equipe Multiprofissional de Saúde Indígena/EMSI; 3) de discorrer, especificamente, uma etnografia dos dias atuais, logo, uma abordagem sincrônica dos AIS que estavam em exercício no período em que se desenvolveu esta pesquisa.

Espera-se, como resultado deste trabalho, contribuir com as discussões que se pautam sobre a qualidade dos serviços de Atenção Diferenciada à Saúde dos Povos Indígenas, bem como nas reflexões referentes às estratégias que as populações indígenas lançam mão quando da participação como usuários e agentes, atores envolvidos na promoção, execução e avaliação dos serviços de atenção primária à saúde. Em suma, espera-se fornecer dados e informações através de uma pesquisa pormenorizada, de uma experiência local, sobre as formas desenvolvidas pelos indígenas quando da incorporação e articulação de uma instituição, práticas e saberes exógenos aos seus.

Por fim, é importante informar que este trabalho é parte de um projeto interdisciplinar maior, financiado pela FUNCITEC, intitulado: “*O Subsistema de Atenção à Saúde do Índio em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul): o papel do Agente Indígena de Saúde e a articulação entre as práticas da medicina tradicional e a biomedicina*”. Esse projeto é desenvolvido junto aos Kaingang, localizados na TI Xaçecó, e aos Xokleng, da TI Ibirama/Laklãnõ. Participam deste projeto maior: como coordenadora, a Prof^a. Dra. Esther Jean Matteson Langdon do Departamento de Antropologia Social – UFSC; como pesquisadores, a Prof^a. Dra. Eliana Elisabeth Diehl, do Departamento de Ciências Farmacêuticas – UFSC, o Prof. Dr. Flávio Braune Wiik, do Departamento de Antropologia Social – UFSC, e Raquel Paiva Dias Scopel, mestranda em Antropologia Social/UFSC. O Projeto de pesquisa contou, ainda, com a participação de outros alunos do mestrado de Antropologia Social e bolsista de graduação em Ciências Sociais/UFSC.

Importante lembrar que as medidas, quanto às questões éticas para pesquisa em saúde com Populações Indígenas, já foram devidamente providenciadas – desde os exames médicos, vacinações, até as autorizações das entidades competentes: FUNAI (Fundação Nacional do Índio), comunidades indígenas, CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) e CNS (Conselho Nacional de Saúde).

1.2 O CONTEXTO – COMUNIDADE INDÍGENA LAKLÃNÕ

Dentre a riqueza dos dados da pesquisa *em campo*, é particularmente curioso o processo de mudança do nome da área ocupada pela comunidade indígena: “Comunidade Indígena Laklãnõ”.

É assim que os indígenas têm se identificado, ao menos, nos eventos públicos, e em reuniões políticas para relatar, avaliar, propor e posicionar-se quando o tema é saúde, educação e terra. Nesses eventos, não somente o Cacique Presidente ou Regional, o conselheiro de saúde, o AIS e os professores – todos representantes de um papel em destaque, envolto de conflitos, conquistas, falas e ditos, têm-se anunciado, marcado suas presenças e identidade de grupos, comunicando um parecer em nome da *Comunidade Indígena Laklãnõ*, mas também, aqueles

outros que participam e se envolvem mais cotidianamente nos trâmites, nas falas, nos problemas, nas convocações e eventos que tais temas geram.

Nem sempre foi assim. Tempos atrás, a identidade apresentada em eventos públicos era Comunidade Xokleng, dando destaque a sua identificação étnica. Identidade étnica que, no cenário acadêmico, veio substituir a de Bugre, Botocudos e outros nomes com os quais foram descritos por aqueles que se dispuseram pesquisá-los².

Quando questionados sobre o porquê de tal mudança na palavra que referencia uma identidade política e pública, de Xokleng para Laklãnõ, os membros desta comunidade indígena contam uma história do nome Xokleng. Essa história fala da relação entre o antropólogo, “professor Silvio”, nas palavras deles, e os indígenas. Relatam que, durante reflexões sobre seus antigos modos de vida, o professor teria perguntado: “como vocês viviam, como faziam pra ficar mudando?” (Segundo Santos (1973), antes de seu aldeamento, costumavam deslocar-se numa grande área de matas entre o litoral e o planalto catarinense, no sentido leste/oeste e indo desde o Rio Grande até São Paulo, no sentido Norte/Sul). Eles responderam: “o índio pegava suas coisas, punha num ‘saco’, os filhos nas costas e ia, como a aranha faz, carrega sua casa no corpo dela”. Daí a palavra Xokleng, que tem por tradução, aranha.

A sutileza do que se está tentando trazer à tona, sem grandes compromissos, trata das faces de uma identidade de um povo específico. As pessoas desta comunidade ainda identificam sua etnia como Xokleng, mas sua morada, sua área indígena, como Terra Indígena Laklãnõ, em preferência, para não dizer que não mais como Terra Indígena Duque de Caxias-Ibirama, como foi legalmente demarcada e titulada, em 1965, pelo Governo de Santa Catarina (SANTOS,1973).

Laklãnõ significa “aquele que mora/está debaixo do sol”. Quando perguntado a um senhor da aldeia o porquê de tal mudança, respondeu que assim era como os outros índios os conheciam, os chamavam. Contudo, sem querer apagar a diversidade de opiniões da comunidade a este respeito, se está chamando atenção para aquilo que é possível se escutar em encontros públicos, como por exemplo a VIII Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena CONDISI-INSUL, realizada em Florianópolis, em 2004, na qual tive a oportunidade de participar. Nessa

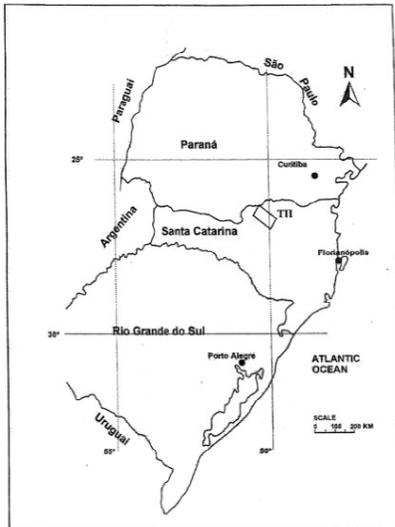
² Wiik (2004; 2001) faz referência a estes índios como Xokleng e Laklãnõ; Namen (1994) chama-os de índios Botocudos; Santos (1964; 1966; 1973) os apresenta como índios Xokleng; Henry (1964) os chamava de Kaingáng; Urban(1978:1996) os denominava de Shokleng; Arthur Ramos (1951:109) apresenta-os como “Os Bugres (Chocren, Chocré, Shocren, Shoklen)”; Nimuendaju, (1993:57) especula sobre textos do padre Chagas de Lima, catequizador dos Kaigang de Guarapuava, em 1812, a existência de um povo chamado Xokren, mas que ele acredita serem “ ‘os botocudos’ (Aweikoma) da divisa de Paraná com Santa Catarina”.

reunião, os conselheiros de saúde Xokleng, quando se pronunciavam para dar suas opiniões ou fazer solicitações, anunciavam-se da seguinte forma: “nós da comunidade indígena Laklãnõ”. Portanto, dando voz aos nativos e participando no movimento de sua história, aqui, quando for necessário falar sobre o local de sua morada, será referida então a Terra Indígena Laklãnõ e não como estão oficialmente registrados.

1.2 UMA BREVE HISTÓRIA DA TERRA INDÍGENA LAKLÃNÕ / TIL

Procurando conjugar esforços, neste capítulo não será encontrada uma história completa dos costumes e crenças, nem de todos os eventos históricos marcantes na vida da comunidade indígena Laklãnõ³. Mas sim, uma história do contato/contágio, isto é, um relato histórico daquilo que pode informar sobre a situação de saúde e doença deste povo, porém, sem deixar de considerar informações pertinentes para uma descrição e compreensão do contexto sócio-cultural, como se verá, pluri-étnico e marcado por constantes interações com a sociedade envolvente. Portanto, uma história simplificada.

³ Para uma leitura informativa dos tempos pré-contato, indica-se: Henry (1964) e Urban (1978). Ambos procuravam em suas pesquisas recuperar uma história e modo de vida destes índios do sul que informasse sobre os tempos passados, antes do evento da pacificação. Em suma, Urban procurou descrever o *proto-sistema* Shokleng, o que fez por meio da reconstituição oral da história política deste grupo. Através dessa, informa sobre uma organização social *proto*, formada por duas patrimetades (Waikòmang e Kañre) que, após um episódio de disputa, acarretou na sobrevivência de um único grupo (Waikòmang, que agregou mulheres e crianças do outro grupo). Ao longo do tempo, esse grupo se subdividiu em três facções, das quais apenas uma, a Rakranò, logrou sobrevir à expansão colonial no Estado de Santa Catarina, séc. XIX e XX, a hoje conhecida por Xokleng de Ibirama ou Laklãnõ. Já, Henry, ao descrever a organização social dos Kaingang (como chamava os Xokleng), procurava dar conta de registrar e analisar os aspectos centrais da vida, como de suas estruturas psicológicas, “suas explanações sobre o grupo são fundamentalmente psicológicas” (SANTOS, 1966:6). Para uma leitura mais pormenorizada dos tempos pós-contato: Coelho dos Santos (1996; 1978), entre outros (ver bibliografia), faz uma análise histórica e social das conseqüências advindas do contato, da pacificação e da construção da barragem Norte. Também, logrou descrever sobre a importância do sistema de nominação na organização social Xokleng; Namen (1994) apresenta um estudo sobre o sistema interétnico na área indígena de Ibirama; Wiik (2004) faz uma etnografia contemporânea, anos 90, da dinâmica e organização social, política e cultural dos Xokleng, dialogando com os dados, especialmente, de Henry e Urban. Estes não são os únicos dados, nem autores, existentes sobre os Xokleng, mas são de considerável importância para qualquer pesquisa e estudo que se venha a fazer sobre este grupo.



Em 1914, os Xokleng – grupo que pertence ao tronco lingüístico Jê – são reunidos, pelo Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILTN), na então denominada Terra Indígena Duque de Caxias/Ibirama, localizada no Alto Vale do Itajaí. Esse momento da contatação teve como estratégia utilizada, na época, o envio de duas famílias Kaingang do Paraná para Ibirama “com o objetivo de facilitar a submissão dos índios recém-contatados” (SANTOS, 1989:17). Eduardo Hoernhan e Lima foi o homem branco a efetivar um primeiro contato de “pacificação”. Indigenista do SPILTN, ele permaneceu como

chefe do posto indígena até meados da década de 50, quando foi exonerado de seu cargo por força de pressões políticas dos próprios indígenas⁴.

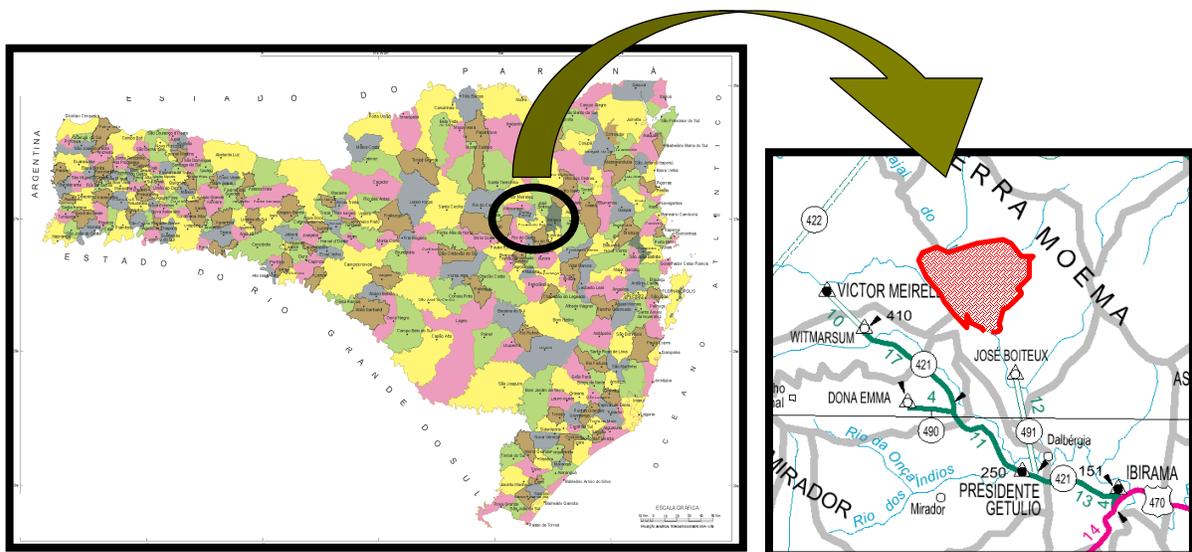


Figura 1 -Mapas ilustrativos da localização da TI Laklãnõ

⁴ Namen (1994) faz uma descrição dos eventos e alianças políticas indígenas que culminaram na exoneração de Hoerhan.

Em 1926, a Terra Indígena Ibirama (leia-se TI Laklãnõ) foi oficialmente criada, mas é somente em 1965 que se efetiva a titulação da terra indígena pelo Governo de Santa Catarina, em favor da população Xokleng, demarcando um território de 14.156 hectares. Essa área, hoje, se situa no Estado de Santa Catarina, nos municípios de José Boiteux e Victor Meireles. Atualmente, por conta de reivindicações dos próprios indígenas, essa área está passando por novo processo de re-demarcação para ampliação de seu espaço.

No momento da pacificação, a população dos Xokleng, residentes naquele território, era de aproximadamente 400 indivíduos. Esse número foi reduzido drasticamente, entre os anos de 1914 e 1932, devido às doenças que acompanharam o contato. Epidemias de gripe, sarampo e tifo reduziram aproximadamente quase dois terços da população, restando vivos 106 indivíduos (HENRY, 1964; LANGDON, 1991; WIJK, 2001). Esse fato, no entanto, não pareceu chamar a atenção de Hoerhan, pacificador e indigenista do SPI, encarregado do posto indígena até 1954, que “aparentemente ignorava a existência das epidemias e suas influências negativas na população Xokleng” (URBAN, 1985)⁵. Entretanto, tais epidemias provocaram impactos nas atividades reprodutoras da vida sócio-cultural deste povo:

As mortes em massa fizeram com que os sobreviventes se espalhassem pela floresta, interrompendo a execução do ritual de iniciação dos jovens e de cremação dos mortos, ambas centrais para a reprodução de sua sociedade. (WIJK, 2001:398).

Essa situação não se modificou muito entre os anos 1930 e 1950, apenas foram acrescidas às epidemias de sarampo e tifo, as doenças sexualmente transmissíveis: gonorréia, sífilis, entre outras (RIBEIRO, 1982; WIJK, 2001).

Novas informações sobre a configuração étnica na TIL são acrescidas pelos estudos de Martins (1995) e Namen (1994). Data da década de 1940 o ingresso de famílias cafuzas dentro da área indígena Laklãnõ, os quais, desde 1916, após o fim da Guerra do Contestado, já habitavam a região de Faxinal, localizada no município de Victor Meireles – SC (MARTINS, 1995). A esse contexto interétnico, soma-se a vinda dos índios Guarani, os quais por força de sua cultura migratória chegam a TIL na década de 50. Esses sucessivos aldeamentos de grupos étnicos (Kaingang, cafuzos e Guarani), dentro da TIL, repercutiram em casamentos entre os grupos, donde os Xokleng elaboraram categorias nativas para uma diferenciação identitária, a saber:

⁵ *Apud*: Langdon & Rojas (1991).

“índio puro”, categoria utilizada em duplo sentido, um de conotação - para os descendentes de casamentos entre as diferentes etnias indígenas, outro para designar, especialmente, os descendentes das uniões diretas entre pares da etnia Xokleng; “cafuzos”, para os indivíduos de cutis negra; “mestiço” para os descendentes de casamento entre os indígenas e brancos (NAMEN, 1994). De fato, tais categorias são utilizadas pelos membros da TIL e qualquer observação de campo se defrontará com elas, inclusive, percebendo suas utilizações atreladas ao contexto do diálogo e negociações de interesses. Portanto, é importante lembrar que, neste estudo, com exceção dos Guarani, quando se refere aos habitantes da TIL, se está falando na maior parte de mestiços Xokleng-Kaingang. Contudo, é possível referir-se aos membros da comunidade Laklãnõ como Xokleng, sem homogeneizar a diversidade de etnias que lá residem, apenas fazendo uma opção metodológica e destacando a categoria identitária auto-atribuída quando numa interação interétnica com os não-índios.

A década de 1950 é de especial importância na história dos Xokleng, visto que data desta época a abertura da terra indígena, com construção de estradas dentro da área, e o início de uma relação comercial com a sociedade envolvente ao redor da exploração da madeira. Nessa atividade, os indígenas foram tanto agentes como vítimas, pois esta acarretou numa devastação de seu patrimônio florestal e em fissões internas na disputa pelo comércio da madeira (NAMEN, 1994; WIIK, 2001). Marca-se, assim, o início de uma transformação profunda na vida dos Xokleng, a qual se dá com a entrada e circulação de dinheiro promovida através do comércio da madeira. Isso ocasionou, entre e dentro dos grupos étnicos, uma disparidade social entre aqueles que se deram bem ou não com o próprio comércio da madeira, promovendo, conseqüentemente, um acesso desigual aos serviços prestados pela sociedade nacional, fosse na compra de alimentos ou no consumo de bens em geral: domésticos, carros, medicamentos, etc. Outro fato decorrente dessa época, são os casamentos exogâmicos com os brancos que vinham participando da exploração da madeira.

A inserção desses novos elementos – comércio, dinheiro, miscigenação – fez surgir entre e dentro dos grupos étnicos diferenças sociais também desconhecidas até então. Assim, hoje, aqueles índios que participaram do comércio da madeira e têm sucesso, podem usufruir uma vida melhor, com capacidade para consumir e apropriar-se de certos bens que outros não possuem (Werner et ali. 1985). Também se alterou os padrões de alimentação, com uma maior dependência na compra de comida. Como todos os índios não têm acesso à exploração da madeira, resultou um maior número de casos de má-nutrição com estas mudanças alimentares. (LANGDON & ROJA,1991:70)

Ainda na década de 1950 ocorre a entrada de missionários da Igreja Pentecostal do Reino de Deus, cujas idéias e práticas, ainda que reformuladas, re-lidas e adaptadas ao novo contexto e atores, influi tanto nas formas de identificação do outro ou auto-identificação, como é elemento presente nas etiologias e etnomedicina Xokleng (WIIK, 2001; 2004)⁶. Aqueles que se identificam como “crentes”, têm relatos para contar sobre, pode-se chamar, uma “cura espiritual”. Hoje, a categoria “crente” é mais um diacrítico que compõe as categorias de identificação operantes dentro da área indígena Laklãnõ, pois ser “crente” é participar e cumprir determinadas práticas cotidianas coletivamente, as quais são valoradas pelos dogmas e princípios “crentes”. É, portanto, um fenômeno coletivo de inclusão e exclusão que opera por meio da partilha de atividades e certas formas de pensar e se comportar.

Ser ‘crente’ é um fenômeno coletivo, é congregar uma comunidade de ‘irmãos’. Ser ‘crente’ é também categoria identitária e diferenciadora que o grupo estabelece em relação a outras sociedades. (WIIK, 2001: 398).

Essa comunhão espiritual, orientada pelas noções e os princípios de “co-substancialidade”, é, também, reguladora dos laços de reciprocidade que norteiam a formação de grupos sociais e políticos, os quais agregam indivíduos de diferentes famílias-extensas (WIIK, 2004).

After Xokleng conversion to Pentecostalism, domestic kin-like relations became ideally recreated and replicated in large social groupings that unit different extended-family units around the congregations of Pentecostal Indians. They form corporations of substantiated spiritual kinship [...]. (WIIK, 2004:133).

Em sua tese de doutorado, Wiik (2004) demonstra que os Xokleng se apropriaram dos dogmas pentecostais e os incorporaram à sua visão de mundo justapondo, portanto, elementos de seus universos culturais, simbólicos, aos da religião cristã. O que leva o autor a afirmar: “The Xokleng converted Christianity and not converted to Christianity” (op. cit.:356). Hoje, cada aldeia tem uma igreja e os próprios indígenas são pastores ou dirigentes⁷.

Segundo o mesmo autor, o primeiro contato com os missionários aconteceu diante de uma situação bem específica de doença. Através do convite, pelos próprios Xokleng, aos

⁶ No capítulo 5 se encontrará um resumo da etnomedicina Xokleng.

⁷ Não apurei a diferença entre ser pastor e ser dirigente. Aparentemente ambos têm as mesmas responsabilidades dentro da congregação religiosa, a saber: dirigir o culto. Contudo, nas falas da comunidade parece haver uma diferença hierárquica entre ambos.

missionários para curar uma criança já desenganada, cujo êxito da tarefa lhes garantiu a permanência na TIL.

É impossível traçar uma história do contato/contágio desse povo com a sociedade envolvente, sem falar da construção da barragem de contenção de cheias no Vale do Itajaí, chamada Barragem Norte, iniciada em 1975. Essa, devido a inúmeras irregularidades, mesmo não estando pronta, provocou a inundação da maior parte plana da TIL, causando a perda de casas, plantações, animais e da própria área constantemente ameaçada de inundar (NAMEN, 1994). Mas isso não é tudo. As conseq ncias desta obra não se limitam a impactos ecológicos e econ micos, pois, junto, vieram novos casos de doenç as: epidemias de disenteria, sarampo, encefalite, m -nutrição e stress (WERNER, 1985). Além dessas, data dos anos 1980 o primeiro caso oficial de HIV/AIDS em populações indígenas do Brasil (WIIK, 2001). Porém, observa-se que, quanto a essa doenç a, não mais se tem registrado a ocorrência de casos pela FUNASA.

A vulnerabilidade dessa população a HIV/AIDS foi explicada, por um lado, pela forma de suas tradicionais alianç as matrimoniais, mais semelhantes a um tipo de “casamento grupal” (LANGDON & ROJAS, 1991) e, por outro, devido às casas de prostituição que proliferaram muito próximas da TIL, quando no momento da construção da barragem, juntamente com o dinheiro do comércio da madeira que permitia aos homens Xokleng freq ent -las.

A repercussão deste fato foi de tal grandeza, que houve entre os Xokleng uma situação crítica de conflito, a qual resultou na expulsão de uma família, na separação de vários casais e num novo movimento de (re) conversão. Portanto, registrando um impacto social e médico (WIIK, 2001).

Além das práticas e saberes  micos/nativos sobre uma etnomedicina curativa e preventiva, para lidar com os episódios de doenç a, os Xokleng contavam também com os serviç os de saúde oferecidos pelo Estado Nacional. Para uma descrição e análise desses no período precedente a reforma do Sistema de Saúde Indígena, cujo marco histórico é de 1999, destaca-se a pesquisa feita por Langdon & Rojas (1991), através da qual tem-se uma descrição da estrutura de organização dos serviç os de saúde oferecidos   população dessa área indígena.

Anteriormente a implantação dos DSEI, a atenção   saúde do povo Xokleng estava organizada numa rede de estrutura hierárquica com complexidade crescente, isto é, de acordo com a gravidade da doenç a, era orientado o acesso aos serviç os de maior complexidade.

O primeiro lugar a se buscar uma atenção à saúde eram nos Postos de Saúde do Índio, localizados dentro da área indígena. Nos anos 1980, haviam 3 postos de saúde na TIL, um ambulatório-enfermaria na Aldeia Sede e dois mini-postos, um em Bugio e outro em Pacá (LANGDON & ROJAS, 1991). O segundo lugar buscado era o Hospital de Ibirama, sendo o transporte dos pacientes de responsabilidade da FUNAI, tanto para este local como para os demais que se seguem. Em terceiro, havia o Hospital de Rio do Sul ou Blumenau. Em seguida, Chapecó, onde estava localizada a Sede Regional – a quem o Posto Indígena de Ibirama era subordinado na estrutura da FUNAI. Por fim, a Casa do Índio em Curitiba, que representa a Sede da Superintendência para a Região Sul, a qual “funciona para internamentos e tratamentos em hospitais conveniados, de doentes mais graves, não atendidos regionalmente.” (LANGDON & ROJAS, 1991:73)

As mesmas autoras destacam que a grande procura por atenção à saúde, nos anos 1980, fazia-se diretamente na Casa do Índio em Curitiba, cujos serviços oferecidos eram avaliados como melhores pela própria comunidade. Essa avaliação, por sua vez, apontava uma situação problemática quanto à qualidade dos serviços regionais e no interior da própria TIL. Outro dado apresentado refere-se a uma recorrência as farmácias e aos fármacos. As farmácias eram, para aqueles que dispunham de dinheiro, um centralizador mais próximo para atender aos problemas de saúde, o que era feito através da compras de remédios sem receita, evidenciando uma prática comum de automedicação (LANGDON & ROJAS, 1991).

Segundo dados da FUNAI (1980), residiam na TIL: 529 Xokleng, 88 Kaingang, 102 Guarani, 129 mestiços, 185 cafuzos⁸, 18 brancos, totalizando 1.051 indivíduos⁹. Essa situação multi-étnica, agregada à má qualidade dos serviços prestados, revelou, nos anos 1980, alguns efeitos perniciosos quando o assunto era saúde. Fazem parte das interações sociais: negociações, poderes e contexto, onde quando não ganha o mais forte, ganha os que estão em maior número, melhor organizados. A esta situação multi-étnica são agregadas, também, diferenças sócio-culturais, econômicas e, quando se tratava do acesso aos serviços médicos, conflitos internos emergiam: “[...] o acesso ao atendimento médico dentro e fora da A.I. dá-se de acordo com o tipo de relações que vigoram entre os grupos.” (LANGDON & ROJAS, 1991:70).

⁸ Estes com o tempo foram removidos para uma outra área, mas ainda moram na TIL algumas famílias de “cafuzos” como são chamados pelos Xokleng.

⁹ Dados obtidos em: SANTOS, S. C. (1989).

O objetivo deste estudo não é discutir sobre o faccionalismo local em si, mas apenas pontuar que relações de ordem cultural, de regras de sociabilidade, operam e interferem nos serviços de promoção à saúde. Nesse faccionalismo existente entre as famílias extensas, destacam-se aspectos que regulam uma espécie de relações de favorecimento, de laços mais estreitos de reciprocidade. Um desses laços foi destacado, por Urban (1978), como sendo característica do faccionalismo local: as disputas e conflitos entre os parentes e não-parentes das lideranças, cuja ascendência era regida pela lógica da sucessão patrilinear¹⁰. Ao operador de pertença ou não à família da chefia há também relações de parentesco por afinidade, formando, segundo Urban (1978), uma espécie de relação triádica – parentes/afins/não-parentes, em que: “...a relação de consangüinidade implica solidariedade política, afinidade implica aliança política, e não-parentesco implica antagonismo potencial” (NAMEN, 1994:19). Justapõe-se, a essa relação triádica, ao menos desde a década de 1980, aqueles laços de reciprocidade entre os parentes e afins daqueles que ocupam cargos, tal como: motorista e enfermeiro, entre outros cargos, dentro da FUNAI, que na época prestava os serviços de saúde. (WERNER, 1985).

Estudos recentes, como a tese de doutorado de Wiik (2004), demonstram que, para uma compreensão atual da organização social e política dos Xokleng, faz-se necessário levar em conta outros operadores dos laços de reciprocidade, tais como: as noções de co-substancialidade e, intimamente relacionada a esta, a pertença e o compartilhamento em uma mesma congregação religiosa.

Somam-se àquelas questões de ordem cultural, social e política, como pretendo demonstrar ao longo deste trabalho, questões de ordem administrativas ou de estruturação dos serviços de atenção diferenciada à saúde do índio nessa comunidade.

Apesar da população ter apresentado um crescimento demográfico nestes últimos 50 anos, chegando nos dias de hoje a 1.530 indígenas¹¹, atualmente o quadro epidemiológico da área não é muito diferente. Segundo as AIS e os funcionários do Pólo-Base destacam-se as doenças respiratórias, tuberculose, diabetes, hipertensão, diarreia, desnutrição e parasitoses intestinais.

¹⁰ Mais adiante se apresenta como são escolhidas as lideranças atualmente.

¹¹ Dados obtidos no Distrito Sanitário Especial Indígena-Interior Sul, referente ao Censo feito no ano de 2000, no qual destacam-se a presença das etnias Xokleng, Kaingang e Guarani, contudo sem fornecer dados censitários precisos sobre o número de pessoas de cada etnia residentes nesta área, bem como, de um outro grupo que lá reside, os “cafuzos”.

Uma reflexão sobre como foram percebidos e interpretados os eventos de doenças e epidemias pelos próprios Xokleng pode ser encontrada em Urban (1985) e Wiik (2001). Esses apresentam em sua memória coletiva uma explicação etiológica que se constrói a partir de uma relação entre os fatos históricos, marcados pelo contato com o branco, as epidemias e as desorganizações e transformações sócio-culturais.

Segundo os Xokleng, as transformações sócio-culturais e as epidemias porque têm passado, apresentam origem explicativa comum, cravada em sua história de contato com os zug [homem branco]. (WIİK, 2001:400).

Essa relação que fazem entre os fatores históricos, sociais, culturais e as doenças é um exemplo de informações que, aliadas aos dados etnográficos, levaram os antropólogos a afirmarem a pluricausalidade que cercam os eventos de saúde/doença. Isto é, perceber os fenômenos de adoecer e sarar não como entidades universais, nem somente biológicas ou patofisiológicas, mas como um processo que envolve interações, negociações, interpretações, explicações, experiências e práticas contextuais. Portanto, um processo marcado, delimitado e imbuído por inúmeras dimensões, dentre elas, a ordem cultural, histórica, social e a experiência subjetiva, além das dimensões biológicas.

A TI Laklãnõ mantém, hoje em dia, um contato muito próximo, intenso com a sociedade envolvente. Os membros de sua comunidade são munícipes e participam do processo eleitoral nacional, tanto como eleitores, quanto candidatos a vereador. Atualmente, os Xokleng não vivem apenas e tão somente da caça e da pesca. Suas formas de subsistência estão diversificadas: vivem da filantropia, do trabalho assalariado, seja temporário ou fixo (como motorista da FUNASA, agente indígena de saneamento/AISAN, professor, auxiliar de enfermagem, AIS, agricultura local e indústria), da aposentadoria dos mais velhos, ao mesmo tempo em que vivem do plantio, de fabricar e vender artesanato. Os índios Xokleng são falantes do português e de seu “idioma”, forma como se referem a língua vernacular: “ele fala o idioma”, ou melhor, para falar sobre aqueles que dominam ou não o “idioma do índio”. Nem todos os moradores da TIL são falantes do “idioma”, contudo, há diversas famílias cujo idioma nativo é a língua usada preferencialmente, inclusive na socialização das crianças.

Quanto à organização política interna, as lideranças locais são eleitas através do voto direto, processo do qual todo membro acima de 16 anos e cadastrado na área indígena pode

participar. Disso, resulta a eleição de sete Caciques Locais e um Cacique Presidente, cujos mandatos duram três anos.

A cultura material desse povo transformou-se e assemelhou-se à cultura material da sociedade envolvente – a do branco. Vivem em casas de alvenaria, a maioria resultado da indenização sobre a barragem de contenção de cheias do Alto Vale do Itajaí, uma conquista promovida com muita luta e negociações surgidas durante a greve de 1990 – 1992 (LOCH, 2004; NAMEN, 1994). Dentro dessas casas, pode-se encontrar: fogões à gás, à lenha e elétrico; geladeiras e freezers; roupeiros, camas e armários de cozinha; máquinas de lavar roupa; televisão, aparelho de som três em um, livros, fitas e CDs. Os indígenas se apropriam de materiais característicos da sociedade envolvente, porém a diferença entre o “sistema do branco” e o “sistema do índio” não se deixa escapar por essas apropriações. Qualquer pesquisador em campo se defrontará com discursos sobre como funciona, como é o “sistema do índio”, em contraponto com o “sistema do branco”. Faz parte de suas vidas uma alimentação que mescla, desde produtos comprados no comércio local, até o tradicional “totolo com peixe frito”¹². O feijão e a mandioca podem vir do quintal da casa. Pode se ver nessas casas muito artesanato e material colhido do mato para fabricá-lo. Muitas delas tem um “puxado” de chão de terra batida, com um fogão a lenha, que as complementa.

¹² “Totolo” é um prato cozido, feito com farinha de milho e pouca água. Seu uso é diário e, normalmente, como acompanhamento de outro alimento. A farinha é comprada no comércio local, mas o “totolo”, continua sendo um patrimônio nativo. Aliás, uma delícia.

2 METODOLOGIA - UM OLHAR E OUVIR INTERESSADO

Os dados aqui apresentados resultam de uma pesquisa de campo, realizada entre os Xokleng, grupo Jê meridional, da Terra Indígena Laklãnõ, localizada no Alto Vale do Itajaí, em Santa Catarina, Brasil.

A pesquisa de campo estendeu-se por um período de sete meses, entre 15 de fevereiro a 18 de setembro de 2004, com alguns períodos de interrupção nos quais eu retornava a Florianópolis para prestar contas, ao órgão financiador da pesquisa, dos gastos despendidos com combustível e alimentação, por meio do qual era possível reavê-los através de pagamento por reembolso e, assim, dar continuidade ao trabalho em campo. Normalmente, o retorno a Florianópolis se fazia à medida que os provimentos iam se esgotando, em média uma vez por mês. Esses momentos eram aproveitados para reunir com o grupo de pesquisadores do NESSI (Núcleo de Estudos de Saúde e Saberes Indígenas – UFSC), envolvidos no projeto maior do qual esta pesquisa é uma parte. O tempo de permanência efetiva em campo, junto aos Xokleng, soma um período de cinco meses e meio.

Recordando E. Pritchard (1978), é possível ampliar-se a percepção da pesquisa de campo antropológica, sob uma perspectiva em que *estar em campo* é somente uma parte do fazer pesquisa de campo. Nesse sentido, fazer trabalho de campo é mais do que estar em campo, pois envolve etapas fundamentais como embasamento teórico, levantamento e leitura de bibliografias e outros textos que se aproximam do tema e do grupo que se pretende estudar. Essas etapas, que são anteriores à ida e estadia e, por que não dizer, até mesmo, intermitentes à pesquisa de campo, servem como elementos na elaboração e definição dos objetivos de pesquisa, como também orientam, guiam a observação, a qual se constitui, então, numa etapa do trabalho de campo enquanto se está no campo. Lembrando que: “[...] o que se traz de um estudo de campo depende muito do que se leva para ele.” (EVANS-PRITCHARD, 1978:300).

Nesse sentido, considero a pesquisa de campo realizada uma aventura antropológica¹³ por dois motivos. Primeiro, porque esta experiência de trabalhar e viver com uma população indígena foi o meu *début* no estudo de etnologia indígena, isto é, o primeiro contato e trabalho

¹³ Parafrazeando o título de uma publicação organizada por Ruth Cardoso e editada pela Paz e Terra em 1997, intitulada *A Aventura Antropológica: Teoria e Pesquisa*.

com populações indígenas na história de toda minha trajetória acadêmica, a qual foi, sem dúvida, marcada por estudos em populações urbanas. O segundo motivo, por sua vez, intimamente relacionado e reflexo do primeiro, deve-se ao exercício de pensar e repensar como fazer uma pesquisa entre populações indígenas sem realizar uma etnologia clássica aos moldes de Malinowski em os *Argonautas do Pacífico Ocidental* (1978) ou como fez Eduardo Viveiros de Castro em *Araweté Os Deuses Canibais* (1986).

Desse modo, uma preocupação corrente e sempre presente, desde o início, foi a delimitação dos objetivos e intenções desta pesquisa, os quais, ao meu ver, não poderiam concentrar-se numa descrição analítica do sistema político, social e cosmológico de forma a cobrir a totalidade do que se poderia pensar como a cultura e sociabilidade Xokleng enquanto um grupo “isolado”. Mas um esforço em realizar uma etnografia, a partir dos serviços de atenção primária à saúde, sobre a integração do AIS - Agente Indígena de Saúde na EMSI – Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena e em sua comunidade.

Portanto, pode-se destacar como objetivo central desta pesquisa, identificar: 1) os AIS, traçando um perfil destes; 2) as regras que operam na escolha e indicação de um indígena para atuar como AIS; 3) as tarefas e funções que o AIS desempenha dentro da EMSI e dentro da comunidade na prestação dos serviços de atenção primária à saúde; 4) o que o AIS pensa sobre sua função, quais dificuldades e motivações, e como é visto e pensado pela comunidade em que atua. Lembrando o que já foi dito na introdução deste trabalho, esta pesquisa trata-se, especificamente, de uma etnografia dos dias atuais, portanto, uma abordagem sincrônica dos AIS que estavam em exercício no período em que se fez pesquisa de campo.

2.1 TRILHAS METODOLÓGICAS

Os caminhos percorridos nas tentativas de cercar, ao máximo possível, tudo o que pudesse informar sobre o que é o AIS: quem é, o que faz, o que pensa e como é pensado pelos outros, foram múltiplos. Utilizou-se desde a técnica da pesquisa em documentos oficiais, observação participante, diário de campo, entrevistas semi-abertas, finalizando o trabalho de pesquisa com a realização de um grupo focal. Outras técnicas acessórias foram utilizadas, como a fotografia e a exibição de um vídeo feito sobre a *Festa do Artesanato Indígena da Aldeia*

Figueira, filmada em 2003¹⁴. É importante destacar que estas etapas não se realizaram de forma seqüencial, uma de cada vez, mas sim, concomitantes, sempre regradas e sustentadas pelos dados da observação participante, com a única exceção da etapa do grupo focal que marcou realmente o encontro final entre pesquisadora e AIS, por motivos que serão explicitados mais adiante. Assim, passa-se a uma descrição de cada etapa, as quais estão seqüenciadas por motivo de organização e para facilitar a explanação.

A **pesquisa documental** serviu como ponto de partida para contextualizar o surgimento da categoria Agente Indígena de Saúde e as diretrizes quanto às funções e competências que este deveria desenvolver em sua rotina de trabalho, no interior da área indígena. Especialmente, porque, em se tratando da população da TI Laklãñõ, o AIS é uma categoria exógena, isto é, mesmo com seus tradicionais saberes e práticas relativos ao processo de adoecer e sarar, o fazer do AIS e o próprio profissional AIS são resultados de um processo histórico e legal na implementação de um modelo específico de atenção primária e diferenciada à saúde das populações indígenas no Brasil. Os documentos pesquisados centram-se, principalmente: na Portaria n. 254 de 31 de Janeiro de 2002, a qual aprova uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas; no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Indígena de 2001; e nas propostas e diretrizes de formação e capacitação para o AIS, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde/Coordenadoria Nacional de Saúde Indígena, de 1993 e 1999.

Essa parte da pesquisa documental tem, como contraponto para uma descrição e compreensão contextual, local, a versão de membros da comunidade da TI Laklãñõ, a qual foi coletada especialmente através de **entrevistas semi-abertas**, feitas com cinco AIS de suas respectivas aldeias. Considero essas entrevistas como meios profícuos para o surgimento de uma espécie de *entrevista-narrativa*. Afirmando isso, pois o contexto de produção das entrevistas semi-abertas fez-se por meio de uma conversa construída a partir de temas sugeridos pela pesquisadora, os quais iniciavam com a seguinte questão: me conta como é ser AIS, qual é a sua rotina. Em seguida, exploravam-se assuntos mais específicos como: dificuldades, motivações, experiências e formação.

¹⁴ Filme de Alan Langdon *et alli*,

A princípio, o leitor poderia sugerir que o feito resume-se unicamente à realização de entrevistas semi-abertas e não um misto de *entrevista-narrativa*; porém, ao longo da “entrevista”, eram os interlocutores quem ditavam sua dinâmica e ritmo, ou seja, os temas iam sendo sugeridos a partir de suas falas. Os temas eram apresentados num formato de questões semi-abertas, porém, sobre elas, os AIS desenvolviam “sua” versão. “Sua”, entre aspas, porque ao encarar essa etapa como um misto de entrevista semi-aberta e narrativa, está se destacando para a possibilidade de perceber, nessas falas, o exercício e esforço dos interlocutores em “traduzir o saber para o contar”. Isto é, falas que expressam uma forma de “meta comunicação” (BATESON *apud*: LANGDON, 1999: 20), por ser um tipo de fala representativa, com uma aproximação dos eventos reais ou imaginários procurando dar conta de descrever, explicar e contar o que é ser AIS.

Essas falas são, portanto, aqui, percebidas e analisadas como um veículo de acesso, sejam às representações coletivas, seja à experiência subjetiva, de tal modo que é capaz de revelar “[...] tanto os padrões culturais gerais que orientam a interpretação, quanto à tentativa de sujeito/narrador de objetivar sua experiência com base nestes padrões.” (RABELO & ALVES, 1999: 194). Importante destacar que a fala narrativa está sendo pensada como uma fala ordenada que envolva uma “trama”, constituída por um início, um desenvolvimento e um fechamento, onde o narrador seleciona do acontecimento total, eventos dispostos, não apenas na ordem dos fatos, mas também numa ordem maior, aquela que lhe dispõe os temas, os diferentes discursos e representações ou explicações, a saber: a sua cultura, sua situação social e temporal, uma vez que é o compartilhamento de um campo simbólico comum que confere sentido a uma experiência e que permite a comunicação da mesma. A narrativa expressa um momento em que os sujeitos interlocutores ordenam os fatos em uma seqüência de importância, revelam suas expectativas ou frustrações e, especialmente, sua localização dentro deste contexto específico, sua trajetória pessoal e motivações, cujo sentido dado ao assunto sobre o qual se fala, se narra, é reconstruído sobre uma ordem simbólica: as representações, explicações, noções e valores compartilhados pelos membros de um mesmo grupo social.

Pode-se destacar como um esforço analítico sobre essas falas, a tarefa do antropólogo de perceber e analisar os “significados simbólicos” (GEERTZ, 1978) emergentes no interior de uma narrativa particular, isto é, destacar desta aquilo que é comum ao grupo em sua fala sobre um mesmo assunto, neste caso, os pontos convergentes que emergem das narrativas dos AIS. Ficam

os pontos divergentes para serem, então, analisados a partir do contexto da fala e de quem fala, atentando ao local e situação em que a conversa foi realizada, bem como a localização do interlocutor em uma determinada rede de relações sociais.

Analicamente exercitar uma atitude ensinada por um interlocutor Xokleng, já no início da pesquisa, num tom de alerta, durante uma conversa de negociação sobre a minha entrada em sua Aldeia: “presta atenção com quem você está falando, porque se é da comunidade vai falar isso, se for cacique, aquilo, se for AIS ou empregado da FUNASA vai falar outra coisa”. Era ele um cacique local e funcionário da FUNASA e, durante a conversa, adiantou o que eu escutaria de cada um desses, pode-se dizer, setores/grupos sociais que compõem a comunidade Laklãnõ. Assim, o esforço analítico proposto pode ser descrito como bem explicitou Sônia Maluf (1999) ao falar sobre parte do fazer antropológico que, segundo ela “se refere à construção da escrita antropológica, aquela que descreve e busca interpretações para as narrativas e para os sistemas simbólicos de onde ela emerge e que nela se inscrevem.” (MALUF, 1999:75)

Nessa etapa de *entrevista-narrativa*, foram os próprios AIS que construíram e relataram o que é seu fazer e como se inserem na rotina dos serviços de promoção da atenção diferenciada à saúde de sua população. Com isso pretendo descrever a visão do nativo e dar voz à sua percepção dos fatos.

Durante a pesquisa de campo tive, também, a oportunidade de entrevistar/conversar com um dos médicos que trabalhava dentro da área indígena Laklãnõ e duas enfermeiras que atuavam no Pólo-Base, sendo uma delas a enfermeira-chefe, a coordenadora. A conversa/entrevista era sobre os AIS, suas tarefas, seu papel dentro da EMSI, a relação no cotidiano do posto de saúde, bem como a situação dos serviços de saúde que estavam sendo prestados. Esse tipo de conversa sempre acabava por cair numa descrição de um certo *ethos* Xokleng, isto é, a maneira de ser Xokleng a partir de seus comportamentos e falas emergentes quando na relação no Pólo-Base ou no postos de saúde.

Como se verá (ao longo do capítulo 4), os códigos informativos aos não-índios, que trabalham nos serviços de promoção à saúde, são enunciados e reafirmados pelos próprios membros da comunidade Xokleng, durante toda a conversa sobre o funcionamento do “sistema do índio”. Códigos esses, carregados de uma quase inexorável identidade Xokleng, um modo de ser que se manifesta e se constitui na comparação da relação com o “sistema do branco” e com

outros índios e, por sua vez, orienta suas ações, bem como descreve e de certo modo explica o porquê da situação nos dias de hoje.

Ressalta-se, aqui, que *Sistema* é a palavra utilizada pelos Xokleng como sinônima de cultura, empregada para descrever as formas de pensar e de se comportar, seja dos Xokleng, seja dos não-índigenas ou sobre outras etnias.

Por sua vez, essa etapa tem como contraponto a *observação participante*, não num sentido de verificação – se as falas estavam corretas ou eram enganosas, até porque a observação participante foi anterior e concomitante às entrevistas. Mas com intenção de destacar aquilo que se *faz* e aquilo que se *pensa*, melhor dizendo, tentar dar conta de duas dimensões da vida humana: a *ordem do vivido*, aqui entendida como a experiência, a práxis cotidiana e a *ordem do concebido*, como o universo das representações culturais, aquilo que informa as ações.

Acredito que esta ordem do concebido pôde ser acessada através das entrevistas/narrativas dos cinco AIS e de conversas mais informais, com membros das cinco aldeias da TI Laklãñõ, realizadas durante toda a permanência em campo. Quanto à ordem do vivido, procurei, através da observação participante, acompanhar cada um dos cinco AIS em suas rotinas de visitas domiciliares e nos postos de saúde. Portanto, quase todo o tempo de permanência em campo, experimentei uma relação de simbiose com os AIS. Ora acompanhando-os em suas atividades, acima relatadas - o que significava passar pelo menos uma vez por semana a manhã inteira com cada um deles, quando não o dia inteiro; em outros momentos, após as visitas feitas a algumas famílias, no período da tarde, eu novamente estava lá, na casa do AIS, conversando e tomando café. Esse convívio, pretensiosamente intenso e sistemático, estendeu-se por um período de cinco meses e meio.

Também, durante a pesquisa de campo, pude acompanhar uma reunião do Conselho Local de Saúde, conversar com os conselheiros de saúde e caciques, bem como participar de reuniões políticas, dos cultos religiosos e festas (de aniversário, formatura e comemoração do Dia do Índio). Especialmente nas reuniões políticas, era-me solicitado uma participação mais efetiva como: escrever a ata das reuniões e, posteriormente, documentos, dos quais dois foram enviados à FUNAI em Brasília e outro para a Secretaria Municipal de Educação de Ibirama. Essas tarefas serviram como um “abre-alas” para quebrar o gelo e a desconfiança dos mais resistentes à presença de um antropólogo em campo.

Enfim, durante esta etapa da pesquisa de campo, foi possível exercitar a habilidade do olhar e do ouvir atenciosos a todos os acontecimentos cotidianos, mas especialmente por aqueles que falassem algo sobre os serviços de saúde, o processo de adoecer e sarar e sobre a inserção do AIS nestes dois contextos. Um olhar e ouvir interessados porque informados e buscando estar “...sintonizados com o sistema de idéias e valores que são próprios da disciplina” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 2000:32), no caso, da disciplina Antropologia da Saúde e o paradigma interpretativo/hermenêutico. Embora, um olhar e ouvir sempre atentos, por vezes, desapercibidos, pois o labor revelou-se cansativo e incompleto em acompanhar toda a complexidade e dinamicidade com que as relações sociais efetivas acontecem.

Reconhecer e delimitar o contexto, os atores envolvidos, as intenções ou interesses, as negociações, se não o motivo, então o roteiro da discussão, enfim, registrar acontecimentos que não se expressavam apenas nos comportamentos, nas ações, mas também nas falas, nos comentários e nos silêncios, fosse dia ou fosse noite, quando o “texto” era sobre saúde e tudo o mais que pudesse informar e compor um conjunto de dados para compreender a semântica, o sentido, compartilhado e atualizado pelos Xokleng na *práxis*¹⁵, do uso que se faz dos serviços de atenção primária à saúde, das avaliações, relatos, impressões e idéias sobre os AIS, era também um fio condutor desta observação participante.

Assim, o ouvir e o olhar orientados, pelo saber disciplinado, eram ponderados pela atenção ao “ponto de vista do nativo”, ou melhor, à polifonia das vozes e ações vividas na cena do (con)“texto”. “Texto” que ressurgia quando as pessoas se apercebiam da minha presença, fosse nas rodas em volta da fogueira de chão, nas festas comemorativas (aniversário, dia do índio), nos passeios noturnos à casa dos vizinhos e parentes, fosse nos postos de saúde.

Nesse sentido, sem querer abordar toda a complexa discussão antropológica quanto às formas de poder assimétrico emergentes numa postura de fazer antropologia, entre pesquisador/informante, orientada por um objetivismo extremo, o que, acredita-se, seria superado pela transformação do informante em um interlocutor, acredito que se precisa voltar a atenção não somente para a maneira como se inicia e conduz, seja uma conversa ou uma observação

¹⁵ Aqui entendida sob a perspectiva apresentada por Sahlins (1987): “Toda a práxis é teórica. Tem sempre início nos conceitos dos atores e nos objetos de sua existência, nas segmentações culturais e nos valores de um sistema a priori.” (op cit:192)

participante, mas também, para os usos e formas de poder lançados pelos “nativos” sobre os pesquisadores, portanto, sobre a pesquisa.

Foucault, em a *Microfísica do poder* (1989, 8ª ed.), alerta que as relações de poder são intrínsecas às relações humanas. Elas são partes constitutivas das relações sociais, onde o contexto da interação é fator determinante nas posições de poder e hierarquia, sem uma regra explícita sobre as possibilidades de sua configuração, antes condicionada ao momento e à negociação entre diferentes, do que preza a categorias estanques de personagens poderosos ou relações “naturalmente” assimétricas. Um exemplo dessa ingênua assimetria é a relação do pesquisador/informante, em que a polaridade assimétrica pende a posição “privilegiada” de poder e hierarquia para o pesquisador.

Quando em campo, torna-se visível que os “nativos” podem e fazem uso da nossa presença, invertem em determinados momentos a polaridade assimétrica e conduzem o pesquisador, seja para tirarem proveito, angariar prestígio, seja para intimidar um outro. Afirmando isso, pois, quando eu aparecia nos postinhos de saúde, chegando de mansinho para tentar perceber como andava o movimento lá dentro, bastavam alguns minutos de minha presença para começar um “falatório”, isto é, começarem a reclamar do médico, do cacique, do AIS, do governo, do branco, etc. Os indígenas sabiam quem eu era e quais eram meus interesses por lá e aproveitavam minha presença para falarem, contarem suas opiniões e versões.

Essas versões, freqüentemente, eram sobre as dificuldades e problemas enfrentados, o que instiga pensar a seguinte questão: eles percebiam, na figura da pesquisadora, um papel de possível intermediadora, um “mediador cultural” (VELHO, 2001) e não apenas uma observadora e futura relatora dos embates cotidianos numa relação interétnica?¹⁶ Situações semelhantes ocorriam em outros encontros, especialmente em reuniões políticas e encontros interétnicos, ainda que não se possa generalizar tal atitude, nem homogeneizar a forma ou conteúdo com que tais relações aconteciam.

Por fim, no dia 17 de setembro de 2004, realizou-se aquilo que marcou efetivamente a última etapa de coleta de dados na pesquisa de campo, com a realização de um **grupo focal**. Essa

¹⁶ Essa pergunta não será respondida nesta pesquisa, mas acredito ser válida uma investigação mais acurada sobre a relação pesquisador e pesquisados entre os Xokleng, partindo-se das pistas fornecidas pela pesquisa de LOCH (2004), a qual aponta bem uma percepção nativa deste grupo sobre o fazer, ou melhor, aquilo que acreditam e esperam ser o fazer de um antropólogo.

atividade técnica estava prevista como parte da metodologia desenvolvida no projeto maior, a qual, por opção, foi realizada, entre os Xokleng, ao final da pesquisa de campo, com o intuito de aproveitar esta etapa como um “tira-teima” das conclusões à que se estava chegando, fosse para tirar dúvidas que restavam sobre alguns assuntos ou explorar um pouco mais os próprios dados da observação. Utilidade que não foge à regra das formas diversas com que se têm utilizado esta atividade técnica de coleta de dados. Jô-Ellen Asbury, em seu texto “*Overview of Focus Group Reserch*” (1995), ao citar Morgan (1988), sugere os usos do grupo focal como estratégia com fins múltiplos:

[...] to ‘explore new research areas or to examine well-known research questions from the participants’ own perspective’ [...]. Or, focus group can be used in conjunction with other methods, ‘either as preliminary research to prepare for specific issues in a larger project, or as follow-up research to clarify findings in other data’. (MORGAN, 1988 *apud* ASBURY, 1995:415)

Aliado ao fato de se estar fazendo uma pesquisa com uma população culturalmente diferenciada, cujos membros são bilíngües (falantes do português e xokleng), optar por realizar a observação participante e as entrevistas/narrativas antes de realizar o grupo focal, mostrou-se uma prática efetiva e auxiliadora na formulação das questões e temas a serem trabalhados no próprio grupo focal, tendo assim, uma base de dados subjacente à elaboração das questões.

A dinâmica do grupo focal deve residir sobre questões apresentadas por um moderador/facilitador, sobre as quais espera-se e incentiva-se que todos participantes enunciem sua versão, opinião e experiências (ASBURY, 1995; SMITH e STRAW, 1995; KRUEGER, 1995). Desse modo, procurou-se através do grupo focal, justamente, explorar “...the perspective of a specific population...” (op. cit.:415), por meio de questões que contemplam os objetivos da pesquisa, bem como, neste caso, aquelas questões apontadas pelos próprios AIS e que surgiram durante a pesquisa de campo.

Assim, apostando na iniciativa de Merton (1987), o mentor da técnica do grupo focal como método de acessar dados qualitativos, o objetivo deste encontro foi reunir um grupo e proporcionar um ambiente propício para se revelar e discutir experiências, sentimentos, percepções e preferências através da *interação do grupo*, ou seja, da troca de experiências e da articulação entre suas idéias, sentimentos, valores, dificuldades, etc. Se na etapa das entrevistas/narrativas os interlocutores conduziam e elaboravam individualmente suas

experiências, relatos, etc., sobre a realidade de sua atuação numa aldeia específica, agora, durante o grupo focal, uma conversa entre pares descrevia tanto uma experiência particular, como discutia pontos comuns a todos, enquanto agentes de saúde.

Tornar possível a realização do grupo focal exigiu que algumas etapas logísticas fossem percorridas. Vários encontros foram feitos com a equipe de pesquisadores envolvidos no projeto maior para discutir a experiência do grupo focal realizado entre os Kaingang da TI Xapecó (em meados de junho), a fim de se avaliar os êxitos e dificuldades, bem como, quais estratégias seriam desenvolvidas entre os Xokleng para operacionalizar a realização e o encontro do grupo focal¹⁷. Inicialmente, ficou decidido que o local para o encontro seria apontado pelos próprios AIS, os quais sugeriram que sua realização se fizesse fora das aldeias, pois, ao se eleger um espaço numa determinada aldeia, poderia ser que os AIS das demais aldeias não comparecessem, fosse pela distância, fosse por outras questões.

Assim, o local encontrado, após algumas negociações, foi o auditório da Casa da Cidadania, no município de José Boiteux que fica nas proximidades da TI Laklãnõ (cerca de uns 16 Km das aldeias mais próximas). Optar por realizar o grupo focal neste município não representou nenhuma dificuldade, pois já faz parte de um itinerário ordinário, uma rotina dos membros da TI Laklãnõ circularem por lá, uma vez que é onde está sediado o Pólo-Base, o comércio e a escola de Ensino Médio freqüentada por muitos jovens da TIL.

Em seguida, acompanhando a estratégia desenvolvida na TI Xapecó e uma sugestão, tanto de AIS como de outros membros da comunidade, parte da preparação logística foi viabilizar um almoço para os convidados e o lanche da tarde. O almoço, *buffet*-livre, fez-se na Lanchonete Aurora Ltda., um bar, lanchonete e hotel mais conhecido pelos indígenas como “Bar do Rafael”, local também bastante freqüentado por eles, seja para esperar o ônibus dos estudantes ou a “Toyota” da saúde que vai para as aldeias, seja para tomar um sorvete, fazer um lanche ou um almoço, ou mesmo para jogar sinuca e “bater um papo”.

Por fim, depois de realizada essas etapas e tudo já acertado, foram distribuídas cartas-convite¹⁸ a todos os AIS e Agentes Indígenas de Saneamento/AISAN da TI Laklãnõ com três

¹⁷ Tive a oportunidade de participar do grupo focal realizado entre os Kaingang da TI Xapecó. Contudo, não serão apresentados, nesta pesquisa, os dados obtidos através desse grupo focal, pois a pretensão, aqui, não é um estudo comparativo, mas sim, um estudo pormenorizado de um dado contexto.

¹⁸ Veja em anexo.

semanas de antecedência¹⁹. A TI Laklãõ, na época da pesquisa, contava com 7 AIS e 4 AISAN. Porém, nem todos compareceram ao encontro marcado, que iniciou às 14 horas e durou, aproximadamente, 3 horas, ainda que tivessem participado do almoço. Assim, participaram, efetivamente do grupo focal 4 AIS e 4 AISAN. Os motivos das desistências e não comparecimento em peso dos AIS no grupo focal vão desde aqueles de ordem pessoal até os de ordem conjuntural, aqui pensando no caso daqueles que estavam deixando o seu posto de AIS.

Guiar, ou mesmo realizar, um grupo focal não é tarefa para uma empreitada solitária, por isso, montou-se uma equipe de relatores: três estudantes universitários (graduação e mestrado) e três professores pesquisadores, cujas tarefas eram observação, registro e descrição da dinâmica do grupo, das interações e das falas. Além disso, estipulou-se a figura de um facilitador/moderador, papel desenvolvido por mim, para iniciar as discussões e, se necessário, resgatá-las aos objetivos, ali, propostos. Todos os participantes da equipe, no entanto, tiveram oportunidade de explorar questões, uma vez que foram familiarizados com o contexto e suas peculiaridades num pré-encontro.

O grupo focal, propriamente dito, iniciou-se com uma apresentação dos objetivos do encontro: uma conversa sobre saúde, sobre o trabalho do AIS e AISAN, reforçando a idéia daquele momento ser uma oportunidade para se ouvir a fala deles, suas opiniões e relatos, enquanto agentes de saúde e de saneamento que trabalhavam no interior da terra indígena e como membros da EMSI. Foi esclarecido que não se estava ali para julgar o trabalho deles, se estava sendo bem feito ou não, mas sim para conhecer este profissional, suas tarefas, dificuldades e aprendizados. Apresentou-se como objetivo o interesse em entender e compreender a perspectiva dos indígenas sobre suas atividades de agentes de saúde e de saneamento, bem como realizar um estudo sobre esses cargos há pouco tempo formalizados, 5 anos, e, por isso, ainda pouco estudado. Portanto, destacando a importância da participação, da fala todos ali presentes, pois eram eles os *experts* no assunto. Após o esclarecimento sobre o sigilo e resguardo de suas identidades, foram comunicados sobre a abrangência e utilidades de suas falas²⁰. Também, foram

¹⁹ Nesta atividade foram incluídos os AISAN para fins de uma comparação com o outro grupo focal realizado entre os Kaingang da TI Xapecó, parte dos objetivos da pesquisa maior.

²⁰ As quais poderiam servir como dados para esta pesquisa e documentos posteriores que pudessem ser fonte de informação para FUNASA, FUNAI, Prefeitura e Conselho Distrital.

informados sobre os aparelhos tecnológicos que auxiliariam a registrar e rememorar o encontro: dois gravadores, uma filmadora e uma máquina fotográfica²¹.

Após os esclarecimentos, iniciou-se o grupo focal com a dinâmica da auto-apresentação: primeiro, cada membro da equipe; em seguida, os convidados, AIS e AISAN. A conversa iniciou-se com a seguinte questão: *Ēnde raí hgué ke ma mû?* O que por si só gerou um ambiente de descontração. Dentre as muitas opiniões, algumas de espanto, frente uma branca falando e se fazendo entender na própria língua materna deles; outras cogitavam, com toda razão, sobre a minha deficiência e pouca habilidade para pronunciar perfeitamente a fonética de sua língua materna. Esse fato propiciou o início da participação deles ao corrigirem, demonstrarem, com a calma de quem ensina, como pronunciar mais claramente a frase que pode ser traduzida por: “O que você faz no seu serviço?”.

Ao discorrerem, em português, sobre essa questão, outras foram surgindo; questões que, inclusive, estavam previstas na “pauta” e foram comentadas espontaneamente, sem que tivessem de ser enunciadas pelo moderador. Ao final dessa atividade, receberam um certificado de participação do Grupo Focal. Um encerramento com palmas e carona para casa marcaram aquele que foi o último encontro.

²¹ Da parte do grupo de agentes indígenas não houve nenhuma restrição quanto ao registro audiovisual, talvez porque já estivessem acostumados com a minha presença tirando fotos, gravando suas falas e familiarizados, portanto, com os motivos de registrar eventos de tal forma.



Foto 1 - Grupo Focal com AIS e AISAN –Terra Indígena Laklãnõ

2.1 ATALHOS METODOLÓGICOS

Se observada numa perspectiva diacrônica, nota-se que ocorreu na TI Laklãnõ, a qual até meados da década de 1970 compunha uma única aldeia às margens ribeirinhas do rio Hercílio (URBAN, 1978; SANTOS, 1987), como chamam uma vertente do Rio Itajaí Norte, um processo de subdivisões em diversas aldeias. Em 2004, ela estava composta por sete aldeias: Sede, Pavão, Coqueiro, Figueira, Palmeira, Bugio e Toldo.

À localização desse aldeamento inicial, pós-pacificação, e da dispersão das moradias são agregadas informações oferecidas por Henry (1941), e complementadas por Wiik (2004), que as localizaram nas margens do rio Plate, um afluente do rio Hercílio:

Between the 1930s and the 1970s, most of the Xokleng houses were situated on the left bank of the Hercílio River before it meets the Plate, and on the right bank of the Plate River [...]. (WIİK, 2004:83).

A ocupação deste primeiro aldeamento, feita através de uma dispersão ao longo das margens dos rios Hercílio e Plate, aparece na memória coletiva e na fala dos indígenas abrangendo ambas as margens dos rios citados.

Dentre os inúmeros motivos que contribuíram para as consecutivas subdivisões desse único aldeamento, a partir de 1970, um evento parece ser o disruptivo: a construção da barragem de contenção de cheias do Vale do Itajaí, a Barragem Norte, cuja maior consequência foi a última enchente ocorrida, justamente na área habitada das margens do Rio Hercílio. Essa área hoje se encontra definitivamente inundada²². Outro motivo que propiciou e estimulou as subdivisões, especialmente o nascimento da aldeia Bugio, foi um movimento iniciado já em meados da década 1960: a exploração dos recursos naturais, mais especificamente, a exploração de madeira para venda e comércio local.

Dessas consecutivas subdivisões, decorre a configuração geopolítica atual da TIL. Hoje, são sete aldeias, as quais estão assim dispostas: na margem direita do rio Hercílio a aldeia Pavão e a aldeia Sede, que também se estende pelas margens do rio Plate; na margem esquerda do rio Hercílio, as aldeias Palmeirinha, Figueira, Coqueiro; mais ao longe, uma distância de aproximadamente 20 km, na margem do rio Todo, a aldeia Toldo; e, fora das margens desses rios, num outro extremo, em cima da montanha, a aldeia Bugio. Em todos esses aldeamentos, as casas estão dispostas dos dois lados das estradas que as cortam.

²² Ver Namen (1994); Muller (1985); Santos (1989), para uma discussão sobre os impactos da construção da Barragem Norte entre os Xokleng.

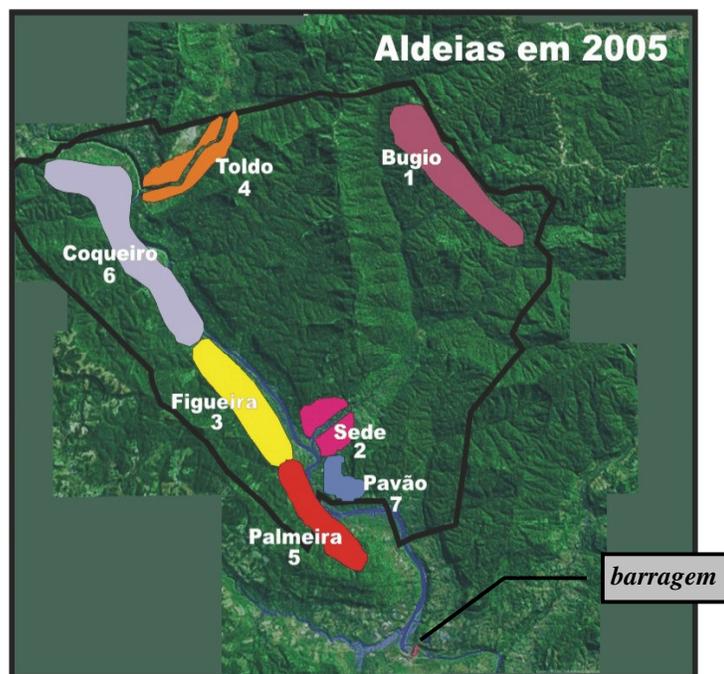


Figura 2 - Ilustração da área da TI Laklãnõ – Distribuição geográfica das aldeias [sem escala].

O objetivo aqui não é traçar, nem explorar, os eventos e as dinâmicas que contribuíram para este processo de subdivisões²³, mas destacar motivos de ordem prática que influíram positivamente na eleição e seleção de algumas aldeias como campo de estudo privilegiado para realizar a pesquisa de campo, a qual não incluiu as aldeias Toldo e Bugio. Digo privilegiado, pois não deixei de conhecer e passear pelas aldeias Toldo e Bugio, apenas, não realizei nestas uma coleta sistematizada e contínua de dados.

Portanto, destacam-se como fatores determinantes na escolha de cinco aldeias e a opção por deixar de fora as outras duas: a distância e a dificuldade de acesso. Percorrer os caminhos que levam as aldeias Toldo e Bugio deve-se, antes, de acordo com os nativos, ponderar pelas condições do tempo, pois essas indicarão a situação das estradas. Quanto à aldeia Toldo há o problema da passagem pela ponte de acesso à sua área, que pode inundar com as chuvas; já no caminho para o Bugio, as dificuldades giram em torno da precariedade da estrada de barro e a possibilidade de se atolar o carro. Por isso, em ambas as aldeias, corre-se o risco de ficar “ilhado”. Risco que preferi não correr, devido a um último fator: o tempo para realizar uma pesquisa *em campo*. Além do mais, estar numa destas duas aldeias, Toldo e Bugio, significaria

²³ Para isso, recomendo as seguintes leituras que, de certa maneira, pontuam mais precisamente os fatores e a dinâmica deste processo, aqui identificado por processo de subdivisões: Namen (1994); Loch (2004); Wiik (2004).

estar somente nelas durante um longo período de tempo, fato que pode ser contornado quando se está em qualquer uma das outras aldeias, pois estão dispostas lado-a-lado, cada qual em seu trajeto, ao longo do curso dos rios, o que, por sua vez, possibilitou um acompanhamento mais sistemático da rotina dos AIS, fosse no dia de consulta médica, fosse nas visitas domiciliares.

Assim, os dados apresentados nesta pesquisa centram-se nas experiências vividas nas aldeias Sede, Pavão, Palmeirinha, Figueira e Coqueiro.

2.2 ENCONTRO ETNOGRÁFICO

Durante toda a pesquisa de campo, morei com três famílias. Dessa três famílias, uma delas era, para mim, o porto-seguro, isto é, local onde grande parte de meus pertences permaneciam e para onde sempre voltava quando por algum motivo percebia que estar nas outras casas seria um incômodo, fosse pela chegada de um parente distante, fosse porque a família estava saindo da aldeia para um passeio. Esse porto-seguro constitui-se, ao longo da convivência, num ambiente de aprendizado, não só sobre o *ethos* e alguns mitos Xokleng, mas especialmente sobre o “idioma”. A família que me acolheu, com todos os meus pertences, eram falantes do “idioma” Xokleng, inclusive, esse era a língua falada entre eles para se comunicarem e, constantemente, demonstravam interesse e um esforço em me ensiná-lo.

Inicialmente, morei na casa de uma família na aldeia Sede, meu porto-seguro. Durante todo o tempo em que ali permaneci, foi possível percorrer tanto essa aldeia, como a aldeia Pavão e, conseqüentemente, acompanhar os AIS de ambas as aldeias mais sistematicamente, uma vez que, seguidamente, pernoitava na casa da AIS da aldeia Pavão.

Quando avaliei que, por ali, já havia alcançado algo como um certo “ponto de saturação”²⁴, ou seja, um “esgotamento” dos dados coletados, tanto por meio da observação participante, quanto através das entrevistas/narrativas, uma certa sensação de repetição e não apenas de satisfação, passei, então, a morar com outra família, na aldeia Coqueiro, na casa da

²⁴ Não lembro qual autor trabalhou com esta noção, apenas fixei-a numa aula ministrada pelo professor Theophilos Rifiotis, em “Metodologia e Técnica de Pesquisa II”, quando eu era a monitora da disciplina, no ano de 2001. No entanto, Pereira (2002), em seu estudo acerca do Pânico, parece aproximar-se do sentido aqui referido, ainda que não estivesse claramente falando em ponto de saturação, “trata-se de uma sensação de esgotamento da conversa, uma espécie de satisfação (...) um limite de ambas as partes em relação ao que foi conversado” (PEREIRA, 2002:39).

AIS. Estando por ali, a pesquisa de campo fez-se também na aldeia vizinha, Figueira. Em seguida, passei a morar na aldeia Palmeira, local onde residi por menos tempo.

É necessário deixar claro que, durante toda a pesquisa de campo, não permaneci em apenas uma aldeia por um longo período de tempo, devido à rotina própria como estão organizados os serviços de saúde (Ver cap. 4.2 e 4.4), e também pelo fato de eu estar “motorizada”, o que realmente permitiu a locomoção com maior facilidade de uma aldeia à outra. Desse modo, a rotina de campo, se é que se pode falar numa rotina, aproximou-se do seguinte roteiro:

Dias → Aldeia ↓	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Sede			X				
Pavão	X						
Palmeira				X			
Figueira		X					
Coqueiro		X					

Tabela 1 – Roteiro do trabalho de campo nos postos de saúde

Nos locais marcados com X, as atividades eram realizadas no período matutino, no contexto dos postos de saúde, aproveitando e utilizando o período da tarde para fazer visitas nas respectivas aldeias. Nos outros dias da semana, deslocava-me de aldeia em aldeia, fazendo visita às famílias que me convidavam, bem como freqüentando os cultos religiosos, ou indo até o Pólo-Base, passar algumas horas por lá.

Essa “rotina” de vai e vem entre as aldeias, não descreve a estratégia inicial com que se realizou a observação participante, mas decorre dos frutos obtidos com ela. Durante os primeiros vinte dias de pesquisa, fiquei praticamente apenas nas aldeias Sede e Pavão. Contudo, o fato de ainda não ser conhecida e nem ter já estabelecido, com um número considerável de moradores

destas aldeias, uma relação de confiança, as visitas em suas casas, quando permitidas, ainda causavam um certo estranhamento de ambas as partes.

Eu não era convidada a adentrar em suas casas e, normalmente, a cada chegada num terreno/casa nova, tinha de disputar “forças ou voz” com os cachorros. Sem falar que a conversa não fluía para além de uma coleta de dados mais quantitativos do tipo: Nome, Idade, número de moradores da casa, estado civil, qual religião participa, nome do pai, da mãe, do marido, etnia, etc. Perguntas que eram respondidas, mas quando passava a questionar outros assuntos como saúde, uso do remédio do mato, sobre os AIS, obtinha apenas respostas monológicas ou monossilábicas: sim ou não, quando muito, talvez.

Nos primeiros momentos de pesquisa de campo, aprendi que indo sozinha até suas casas, mesmo depois de uma apresentação de quem era, o que estava fazendo lá e onde estava morando, não era o suficiente para estabelecer um laço mais substantivo, capaz de possibilitar uma troca de idéias ou conversa. Parei, então, de insistir nessa estratégia malfadada, quando notei que, mesmo tendo conseguido a permissão dos caciques para realizar pesquisa em sua aldeia, isto não era sinônimo de que os membros dela saberiam que uma pesquisadora estava por lá.

Após vinte dias tentando me adaptar, passei a acompanhar a rotina dos serviços de saúde. Para minha surpresa, quando passei a ser uma freqüentadora dos dias de “consulta médica”²⁵, as pessoas que costumavam estar lá, quase todo dia de consulta, passaram a se aproximar de mim e, a partir daí, foi só estar disponível para ser convidada a ir fazer uma “visita na minha casa”. Com o tempo, mesmo aqueles que não conhecia pessoalmente, do posto de saúde, quando cruzavam comigo, fosse pelas estradas, fosse no “Bar do Rafael”, faziam o convite: “quando tu vai lá na minha casa fazer uma visita?”. É claro, isso não acontecia com todos os moradores. Mas para minha alegria e suspiro aliviado, uma porta de entrada havia sido aberta.

Outra porta se abriu em consequência do carro. Como no início da pesquisa muitas vezes fui ao Pólo-Base para descobrir como funcionavam os serviços de saúde, quem eram os médicos e o dentista, já que dentro das aldeias as coisas fluíam num outro ritmo, mais lento, sempre quando me deslocava, oferecia carona aos indígenas. Normalmente, alguns(as) “caroneiros”

²⁵ “Consulta médica” é como os indígenas se referiam ao dia em que a médica estava no Posto de saúde em suas aldeias.

faziam o convite para ir até suas casas, uma vez que se vinha conversando no carro sobre a pesquisa, sobre quem eu era e sobre fatos que diziam sobre o cotidiano deles, tanto sobre política, escola, como a respeito das minhas impressões dos dias de “consulta médica”.

Surpreendentemente, descobri não serem bem vistos aqueles que ficavam andando de carro lá dentro da TIL. No entanto, vale destacar que eu fazia uso do carro somente para me locomover de aldeia para aldeia ou até o Pólo-Base, pois dentro delas era a pé que fazia as visitas e simples caminhadas ao fim do dia, sempre deixando o carro estacionado no posto de saúde, na casa do AIS ou na casa da primeira visita.

Caminhos abertos e pessoas dispostas a falar, foi o que encontrei na TI Laklãnõ, após participar de tarefas, encontros, festas, cultos, “consulta médica”, preparação de alimentos e outros eventos realizados em conjunto com um grande número de indígenas ou com os moradores de uma casa. Enfim, após entrar em suas regras de sociabilidade, as quais, segundo Wiik (2004), são orientadas por uma “substance-transmission and co-substantiality” (op. Cit.:3), a saber uma operação ou princípio norteador, mas não exclusivo, que delimita tanto a formação de grupos políticos, sociais e religiosos, como os laços de reciprocidade. Operador que se exerce e se exercita na feitura e interação em atividades produtivas e lúdicas coletivas.

3 PANORAMA DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Percorrer algumas estratégias de âmbito nacional, das ações desenvolvidas com o intuito de assistência e cuidados à saúde dos povos indígenas, auxiliará no entendimento e compreensão, tanto das dificuldades, como dos avanços que hoje vive o setor de políticas públicas ligados à Saúde Indígena no sul do Brasil, em especial, da inserção do Agente Indígena de Saúde Xokleng na área indígena Laklãnõ. A tênue relação entre transformações de abrangência nacional e sua repercussão em esferas locais é algo que jamais se poderá perder de vista quando o assunto é prestação de serviços de assistência primária aos povos indígenas. Contudo, não se trata de uma via de mão única. A conexão entre o global e o local faz-se por meio de uma relação de reciprocidade mútua, num processo onde experiências e intenções conversam entre si, num movimento de buscas pela melhoria da qualidade de vida e saúde das populações indígenas.

Neste trabalho, optou-se por não tratar dos movimentos indígenas, suas organizações, cooperativas e associações referentes à saúde, ainda que estas tenham tido um impacto fundamental sobre demanda, proposição e formulação de uma política nacional de saúde diferenciada para os povos indígenas. Sabe-se, assim, que se abriu mão de uma riqueza de informações e processos políticos que influíram positivamente na implantação do modelo atual de assistência primária e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002), pois tal tarefa exige e merece uma pesquisa a parte, tendo em vista a multiplicidade de movimentos indígenas e sua extensão e influência neste longo e contínuo processo.

3.1 AS PRIMEIRAS INTERVENÇÕES ESTATAIS

Diante das doenças do contato, cujas mais citadas são sarampo, gripe, tifo, varíola, tuberculose, sífilis, gonorréia, entre outras, muitos povos indígenas viram sua população diminuir drasticamente, uma vez que estas doenças eram até então desconhecidas por eles e, por isso, não compreendiam o conjunto de técnicas e saberes voltados para a promoção da saúde e cuidados com a doença.

Num primeiro momento, foi o Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPI/STN), órgão indigenista da esfera estatal criado em 1910 para atuar na frente de pacificação das tribos indígenas, que desenvolveu ações para atender à saúde do índio. Esse trabalho resumia-se basicamente a campanhas de vacinação; distribuição de remédios; atendimentos emergenciais, realizados na área indígena por equipes volantes e, em casos mais graves, no deslocamento dos indígenas para a Casa do Índio - unidades hospitalares distribuídas em regiões centrais do Brasil.

Contudo, a iniciativa deste contato e a situação precária, sanitária e de saúde, em que se encontravam as populações indígenas, apresentavam grandes dificuldades e desafios para o quadro de trabalhadores do SPI (como ficou resumidamente/comumente conhecido) que naquele momento não estavam preparados para atuar num contexto etnicamente diferenciado. Nos anos 1960, esse órgão se vê falido, não apenas pela burocratização que tomou conta e dificultou suas ações, mas também por denúncias contra seus funcionários, os quais vinham sendo coniventes com: “...o extermínio de grupos indígenas arredios, com a utilização do trabalho indígena em condições vis, (...) com a introdução de doenças venéreas em grupos recém contatados, etc.” (SANTOS, 1989:15). Procurando contornar essa situação e o vácuo por ela deixado, o governo brasileiro criou, em 1967, a Fundação Nacional do Índio/FUNAI, para substituir o antigo Serviço de Proteção aos Índios/SPI.

No entanto, não houve uma mudança significativa quanto ao pressuposto norteador da política indigenista daquela época, a saber, a idéia de que existiriam graus de evolução diferenciada entre os grupos humanos, sendo o homem branco o representante do ápice desta trajetória evolutiva e os povos indígenas como pertencentes a um estágio mais primitivo que, com o tempo, se desenvolveriam ao patamar ocupado pelo homem branco, a civilização/sociedade brasileira.

Tal pressuposto refletiu, nas ações de ambos os órgãos, uma marcante discriminação e desrespeito aos povos indígenas e, por outro lado, numa política de assimilação destes povos à sociedade brasileira, através de ações para dirimir as diferenças étnicas e envolvê-los nas forças de trabalho, crenças e valores da sociedade em expansão (GARNELO *et alli*, 2003). Como resultante desse princípio e política, o mais relevante a ser citado, aqui, foi o crescente incentivo

ao uso de fármacos entre as populações indígenas, nas ações curativas, e a predominante desvalorização dos saberes e práticas destas populações.

A partir, então, de 1967 foi a FUNAI o órgão que passou a ser responsável pelos cuidados à saúde do índio. No entanto, nos anos 1980, novamente chega-se a uma avaliação que destaca a falta e a má qualidade dos serviços de atenção à saúde do índio, prestados pela FUNAI. Essa avaliação destacava: o caráter emergencial dos atendimentos realizados; a falta de preparo dos profissionais para trabalhar com a especificidade cultural dos povos indígenas; escassos recursos humanos e financeiros; uma rede de atendimento confusa e burocrática, bem como, falta de organização dos dados e informações epidemiológicas destes grupos. (LANGDON & ROJAS, 1991). A avaliação feita foi reconhecida pela própria Fundação Nacional do Índio/FUNAI, em 1985, num Encontro Sobre Saúde Indígena, realizado em Brasília:

Os problemas atualmente constatados são verdadeiramente trágicos, resultantes das deficiências qualitativas e quantitativas de recursos humanos especializados, e inadequação dos esquemas terapêuticos aplicados, carência de medicamentos, desnutrição, poluição ambiental, descontinuidade dos programas de imunização [...] (FUNAI, 1985).²⁶

Tanto na época do SPI (aproximadamente cinco décadas), mas, especialmente, durante a gestão da FUNAI, que durou quase três décadas – de 1967 até meados da década de 1990, as políticas setoriais de cuidados à saúde dos povos indígenas eram orientadas por um “modelo campanhista de assistência” (GARNELO *et alli*, 2003), cuja característica marcante da oferta, destes serviços, era a assistência emergencial direcionada sobre a doença (isso, em parte, explica a recorrência ao uso de fármacos) e realizada por equipes volantes de saúde que se deslocariam dos centros urbanos às aldeias com uma certa periodicidade.

Tais serviços não eram financiados pelo governo, pois a política indigenista da época acreditava que esta devia ser auto-sustentável, portanto, financiada ao custo das riquezas naturais próprias às terras indígenas. Isso, de início, criou uma dependência entre oferta de serviços e disposição de recursos naturais, gerando iniquidades na prestação dos serviços entre os diversos povos indígenas, arraigadas na existência de maiores ou menores recursos naturais em suas terras (GARNELO *et alli*, 2003). Uma primeira modificação nesse sentido ocorreu, ao menos na esfera

²⁶ *Apud*: MENDONÇA, SOFIA B. M. (1996).

legislativa e numa nova configuração da política indigenista, em dezembro de 1973, com o Estatuto do Índio, que dispõe, no Título V (intitulado: Da Educação, Cultura e Saúde):

Art. 54. Os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional.

Parágrafo único. Na infância, na maternidade, na doença e na velhice, deve ser assegurada ao silvícola, especial assistência dos poderes públicos, em estabelecimentos a esse fim destinados.

Art. 55. O regime geral da previdência social será extensivo aos índios, atendidas as condições sociais, econômicas e culturais das comunidades beneficiadas. (Estatuto do Índio, 1973).²⁷

Diferentemente das propostas atuais, representantes de um modelo diferenciado de atenção primária à saúde - que procura centrar-se tanto na prevenção, como nas ações emergenciais, curativas, em incentivar a participação dos usuários no exercício da fiscalização, avaliação e promoção dos serviços de saúde - na época da FUNAI a política indigenista realizava suas ações de maneira vertical. Isso porque, em primeiro lugar, acreditavam ser o índio incapaz, idéia orientada pelos preconceitos decorrentes do princípio evolucionista, e, em segundo, por promoverem apenas ações curativas dependentes da demanda espontânea dos indivíduos quando da presença das equipes volantes em área indígena. Quando muito, ofereciam campanhas de vacinação.

Houve, ainda, outras formas de intervenção, independente das agências estatais responsáveis pela saúde indígena. Vale citar a participação do Serviço Nacional de Tuberculose/SNT, que atuou durante a época do SPI e, em 1956, juntou forças com o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas/SUSA para atender as populações indígenas mais isoladas. Ficavam, portanto, à parte desses serviços aquelas populações que se encontravam mais próximas das cidades, em contato mais intenso com setores da sociedade nacional, seja madeireiros, agricultores ou, mesmo, as populações de colonos vizinhas. Ironicamente, são estas populações indígenas, em constante contato com a sociedade envolvente, as que mais sofrem das chamadas doenças carenciais: desnutrição, mortalidade infantil, doenças parasitárias, problemas de saúde bucal, alcoolismo, entre outras (LANGDON, 2000).

²⁷ Fonte: <http://www.soleis.adv.br/estatutodoindio.htm> <Acesso em 13/10/04>.

3.2 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO AO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA

Na década de 1970, o Brasil se vê diante de uma situação polar de desigualdade frente o acesso aos serviços de assistência médica. Enquanto uma determinada parcela da população dispunha de um serviço médico de qualidade e alto custo, uma outra parcela permanecia desassistida de um atendimento básico à saúde. Essa conjuntura era decorrente do privilégio dado, pelos programas de desenvolvimento nacional, aos setores e interesses específicos ao de uma política econômica em detrimento ao da área social (SILVA & DALMASO, 2002). Tal situação vem, paulatinamente, se transformando na tentativa de entrar em compasso com preocupações e proposições em âmbito mundial, a saber, buscar a universalização do acesso ao bem-estar, ou seja, da extensão de serviços como, por exemplo, de educação e saúde (op. cit, 2002).

Nesse sentido, é impossível deixar de citar a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, no ano de 1978, em Alma-Ata (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), organizada pela Organização Mundial de Saúde/OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância/UNICEF. Essa conferência pode ser considerada como “força-motriz” e norteadora das novas políticas para uma reorganização dos programas de saúde no Brasil.

Em compasso, portanto, com uma política internacional de resgatar e promover a boa saúde e o acesso aos serviços de cuidados à saúde de qualidade, no Brasil, na década de 1980, entram em movimento diversos personagens/coletivos para uma reorganização do modelo assistencial²⁸, o qual tem por objetivo primeiro a extensão dos serviços de assistência primária à saúde para todos os cidadãos brasileiros, inclusive aqueles que dele se viam marginalizados. Tal movimento ficou conhecido como Movimento Nacional de Reforma Sanitária que, ao fim, propunha como estratégia, Ações Integradas de Saúde: a confluência de esforços em níveis federal, estadual e municipal.

As diretrizes desse movimento, fornecendo as condições políticas e técnico-administrativas, propiciaram a construção de um modelo assistencial básico de atenção à saúde que apontava para a concepção do Sistema Único de Saúde/SUS, delineando uma forma de

²⁸ Para uma apreciação dos diferentes personagens que participaram e fomentaram a Reforma Sanitária Nacional, durante a década de 80, ver DOIMO, A. M. e RODRIGUES, M. M.A. (2003).

operacionalização dos serviços de saúde norteada: a) pela descentralização e regionalização administrativa e operacional, ainda que sob a gestão central da União; b) pela universalização e equidade do atendimento à saúde a todos os cidadãos (MENDONÇA, 1996; VIANA *et alli*, 2002; TEIXEIRA, 2002).

A fim de viabilizar uma operacionalização descentralizada, porém hierarquizada, visto que a gestão central e o financiamento ficam a cargo do governo federal, o Ministério da Saúde estabeleceu, nos anos de 1990, Normas de Operação Básica/NOB. Essas NOB foram formuladas no intuito de criar as “condições para reconstituir responsabilidades gerenciais regionais ou locais.” (VIANA *et alli*, 2002:140), bem como normatizar as condições das relações intergovernamentais e interinstitucionais visando dar conta das especificidades e diferenças regionais e locais.

As discussões sucedidas a essa Reforma Sanitária Nacional, quanto à saúde das populações indígenas brasileiras, foram inevitáveis. Primeiro, porque estava previsto por tal reforma, tanto a garantia de acesso universal aos serviços de saúde, como dar conta das necessidades específicas locais. Segundo, por se reconhecer que a saúde desses povos apresentava um contexto frágil, assolado pelas doenças carenciais. Fragilidade relatada e discutida na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, a qual contou com a participação dos movimentos indígenas, antropólogos, profissionais de saúde, membros das organizações governamentais e organizações não-governamentais/ONGs:

Suas condições sanitárias em geral não são satisfatórias. Destacam-se entre outros problemas: a elevada prevalência de doenças endêmicas como a tuberculose, a malária, a verminose e os freqüentes surtos epidêmicos provocados por vírus; alta prevalência de doenças carenciais, sendo que, em alguns deles, há alto grau de desnutrição; danos psíquicos que originam alta prevalência de alcoolismo; saúde bucal precária; más condições de saneamento básico [...].(MIRANDA *et alli*, 1988:25).²⁹

Diante desse diagnóstico e da qualidade dos serviços que vinham sendo prestados aos indígenas, foram formuladas as conclusões da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, as quais fomentaram os princípios e diretrizes norteadores da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (2002), que propõem, como extensão do modelo

²⁹ *Apud*: Langdon (2001).

assistencial básico, a ser realizado pelo SUS, a criação de um subsistema específico para atender à saúde do índio. Conforme o relatório final:

[...] o gerenciamento das ações e serviços de atenção à saúde dos Povos Indígenas deverá ser de responsabilidade de um único órgão, criando-se uma agência específica para esse fim, com representação indígena; a vinculação institucional dessa agência deve ser o Ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo a integrar o sistema específico de saúde para os índios no sistema nacional de saúde. (REL. I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio/ 86).³⁰

Resulta, também, dessa I Conferência, o destaque à necessária participação e representatividade indígena nas instâncias deliberativas:

[...] deve ser garantida a participação das nações indígenas através de seus representantes, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde indígena. (Rel. I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio/ 86).³¹

Portanto, esse foi um dos primeiros passos na formulação de um Modelo de Atenção Diferenciada à saúde do índio, reforçando a garantia do direito universal à saúde. Esse Modelo, de acordo com sua proposta, deveria contemplar e respeitar: “...as especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo.” (LANGDON, 2001:122), não apenas aquelas que circunscrevem as formas de organização social, de parentesco, econômica, etc., mas também as que se referem aos saberes e práticas indígenas sobre saúde e doença.

Essa proposta foi reafirmada em 1995, pela UNESCO, através da criação e aprovação do Princípio da Tolerância, entendido como “o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas...” (UNESCO, 1997:11)³². Portanto, mais um instrumento jurídico internacional que prevê resguardar o respeito à diversidade cultural e étnica, bem como salvaguardar os direitos à saúde e educação. Quanto ao reconhecimento legal e internacional dos direitos indígenas fica, também, registrada a Convenção 169 da OIT (Organização Internacional do Trabalho), de 1989, que:

Aparte de reivindicar la garantía de los derechos de ciudadanía y formular directrices sobre varios aspectos de la calidad de vida, [...] también sustituye la noción de la eventual colaboración de los pueblos indígenas por su participación

³⁰ Apud: MENDONÇA (1996).

³¹ Apud: MENDONÇA (1996).

³² Apud: GARNELO & LANGDON (2003).

activa en las medidas y decisiones gubernamentales y legislativas que los afecten directamente. (LANGDON, 2000:108).

No Brasil, é somente em 1988, com a Assembléia Nacional Constituinte e a então reforma no Sistema Nacional de Saúde, que se cria o Sistema Único de Saúde/SUS e se reconhece o caráter pluricultural e pluriétnico do Estado Nacional. Dessa forma, garantiu-se à população indígena o reconhecimento de sua “...organização social, costumes, línguas, crenças e tradições,...” (BRASIL, 1988)³³, bem como a garantia aos povos indígenas do direito à atenção integral à saúde, sob a responsabilidade da União. Contudo, apenas, em 1991 é transferida para o Ministério da Saúde/MS³⁴, que atuaria juntamente com a FUNAI, a responsabilidade sobre as tarefas assistenciais de saúde para os povos indígenas, referindo-se pela primeira vez ao conceito do Distrito Sanitário Especial Indígena/DSEI, como o meio de organização e execução do subsistema de atenção primária à saúde do índio.

[...] as ações e serviços de saúde serão desenvolvidas segundo modelo de organização na forma de Distritos Sanitários de natureza especial, considerada as especificidades das diferentes áreas e das comunidades indígenas. (BRASIL, 1991, Art. IV).

Ainda em 1991, é criada a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena/CISI, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde/CNS, subordinado ao Ministério da Saúde/MS. O papel principal dessa Comissão é informar o CNS sobre a formulação e o controle da execução da política de saúde indígena. Configura-se, assim, o Controle Social³⁵ em âmbito nacional. Porém, pouco caso é feito da CISI e suas recomendações, pelo CNS, durante os anos 1990 (LANGDON, 2001).

Quanto à distritalização dos serviços de saúde, essa não é uma novidade da política indígena de saúde, mas da própria Reforma Sanitária Nacional. A diferença reside nas recomendações resultantes da II Conferência Nacional de Saúde Dos Povos Indígenas, ocorrida em 1993, a qual reforçou e aperfeiçoou as recomendações da I Conferência. Dentre essas, a de que, diferentemente da forma administrativa e operacional do SUS, onde as verbas são repassadas

³³ Artigo 231, sob o título VIII - Da Ordem Social, Capítulo VIII - Dos índios.

³⁴ Através do decreto Presidencial Nº 23 de fevereiro de 1991.

³⁵ Importante destacar que Controle Social está aqui referindo a atuação da comunidade “na gestão de políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade” (CORREIA, 2000:11 apud GARNELO & LANGDON, 2003) e não como é entendido nas ciências políticas - mecanismos do estado para estabelecer a ordem social.

do governo federal diretamente aos municípios, em se tratando de populações indígenas, sugeriu-se a organização de sistemas locais, os DSEI, como o interlocutor direto com o governo federal, tanto nas questões financeiras, como operacionais e administrativas.

Para tanto, a fim de agilizar a extensão dos serviços de saúde, esse modelo de sistema local de saúde realizou parcerias e convênios, com o repasse direto dos recursos financeiros da FUNASA às ONGs indígenas ou não-indígenas. Essas parcerias e convênios operacionalizaram a execução dos serviços de atenção primária à saúde dentro das áreas indígenas, delegando, por meio desses convênios, a responsabilidade pela contratação dos recursos humanos, construção de redes físicas, aquisição de equipamentos, enfim, dos insumos em geral (medicamento, combustível, etc.), sem passar necessariamente pela esfera municipal (MS/FUNASA – Relatório final da II Conferência, 1993). Devido as inevitáveis dificuldades encontradas pelos indígenas, especialmente no âmbito do município, decorrente de sua marginalização, sustentado por diversos tipos de preconceitos, não seria adequado que a promoção e execução dos serviços se fizesse através do município (GARNELO *et alli*, 2003). Contudo, nos locais onde estas organizações não governamentais eram pouco articuladas ou inexistentes, o meio encontrado foi o acordo com os sistemas municipais de saúde mais próximos.

O primeiro DSEI, formalmente criado na década de 1990, foi o Distrito Sanitário Yanomani, no estado de Roraima, região norte do Brasil. Primeiro e único, nessa época, ficando, portanto, as outras populações indígenas sem uma oferta sistemática e organizada dos serviços de atenção diferenciada e primária à saúde (ERTHAL, 2003; GARNELO *et alli*, 2003).

Em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde assegura a atenção integral à saúde do índio no SUS. Destacando-se, mais uma vez, a necessidade de se resguardar as especificidades culturais, étnicas e os sistemas tradicionais de cuidados à saúde, através da criação de subsistemas de atenção à saúde indígena, o DSEI, e reforçando, novamente, a questão da participação indígena:

[...] É necessário garantir no SUS atenção integral à saúde dos povos indígenas, de forma diferenciada em função das especificidades étnico-culturais e da situação sanitária, com garantia de seus sistemas tradicionais de saúde, por meio da criação de DSEI, diretamente ligados ao Ministério da Saúde e administrados

por Conselhos indígenas de Saúde. (Rel. IX Conferência Nacional de Saúde-1992).³⁶

Em 1993, outro importante evento para a saúde indígena acontece: o I Fórum Nacional de Saúde Indígena. Dentre as inúmeras discussões, uma merece destaque: o objetivo central de avançar na articulação entre FUNASA e FUNAI, de modo a integrá-las na gestão e execução das ações de atenção à saúde indígena. De acordo com recomendações da CISI, a divisão das tarefas na cobertura dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas, destacava para a FUNASA as atividades de prevenção de doenças, controle de endemias e capacitação do pessoal e para a FUNAI a assistência emergencial, curativa, a responsabilidade pelo transporte e atuação nas reservas mais distantes (ERTHAL, 2003; LANGDON, 2001; VERANI, 1998). Contudo, em 1994, através de novo decreto presidencial que revogava o Decreto Nº. 23/1991, a FUNAI retoma para si todas as atividades de assistência à saúde indígena. Porém, sem recursos e incentivo financeiro acabou por retardar o processo de distritalização (GARNELO *et alli*, 2003).

Esse fato perdurou até 1999, quando, do momento da promulgação da Lei Nº. 9.836, são acatadas as recomendações da I e II Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, em especial, a retomada do processo de distritalização pelo Ministério da Saúde. Portanto, a partir de 1999, os serviços de atenção e cuidados à saúde dos povos indígenas passaram ao domínio do Ministério da Saúde, que delegou à FUNASA a responsabilidade pelo planejamento, administração, fiscalização e gestão dos serviços realizados tanto por suas instâncias operacionais, os DSEI, como dos serviços realizados pelos conveniados ou parceiros (ONGs e Municípios).

Assim, configurou-se o subsistema de atenção à saúde indígena, que se operacionaliza na forma de Distrito Sanitário Especial Indígena/DSEI, cuja área de jurisdição ultrapassa as divisões estaduais e municipais para concentrar diversas populações, tendo como critério de definição da sua área de abrangência as especificidades étnicas, demográficas e da ocupação ancestral de terras. Ao final do ano de 1999, portanto, haviam sido organizados 34 DSEI em todo o território brasileiro (MS/Portaria n. 254, 2002; GARNELO *et alli*, 2003).

³⁶ *Apud*: MENDONÇA (1996).

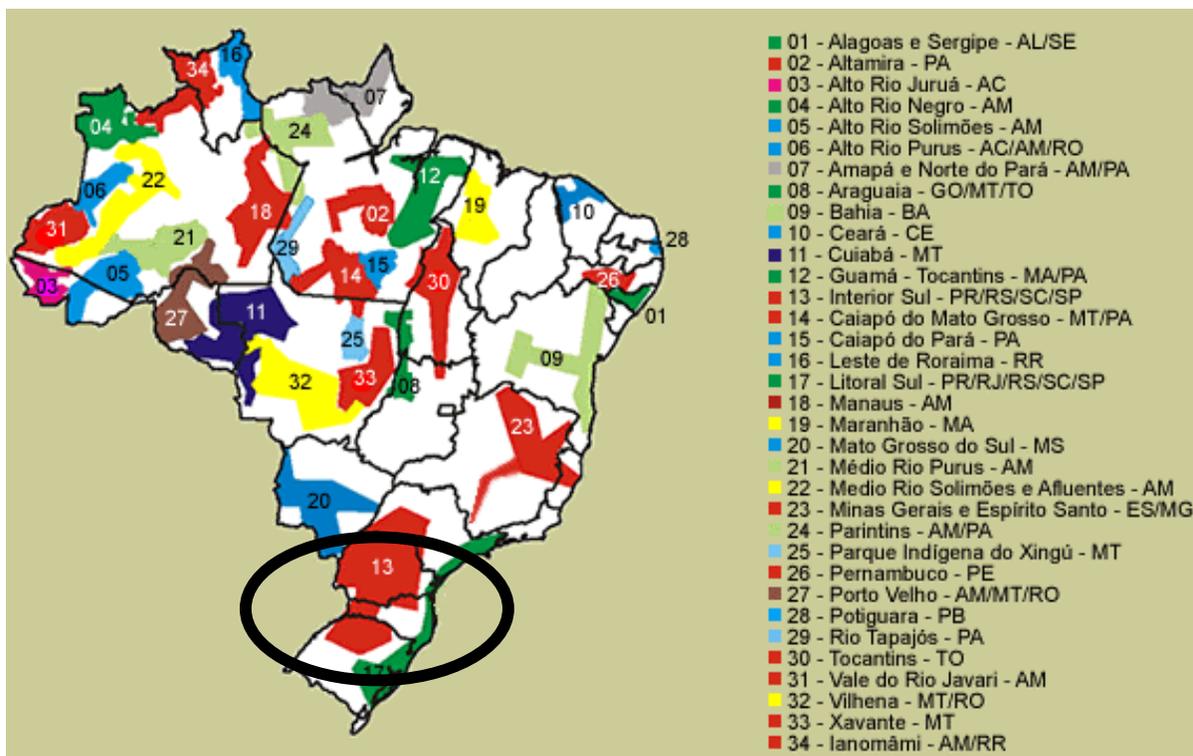


Figura 3 – Distribuição dos DSEI no território brasileiro.

O círculo indica o DSEI que abrange a área indígena Laklãnô. Fonte: FUNASA – Saúde Indígena.

A execução dos serviços de atenção primária à saúde indígena fica, então, sob a responsabilidade dos DSEI, que atuam através de uma Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena/EMSI. Essas equipes são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes indígenas de saneamento/AISAN e agentes indígenas de saúde/AIS, os quais atuam nos posto de saúde existentes no interior da terra indígena e nos Pólos-Base. Os Pólos-Base podem localizar-se tanto dentro da terra indígena, como no município de referência – nesse caso, constituindo-se numa unidade básica de saúde existente na rede de serviços do município (FUNASA, 2004).

O Pólo-Base é a instância operacional do DSEI que abrange as diversas aldeias de uma terra indígena, servindo de primeira referência aos AIS e, também, o responsável pelo acompanhamento, supervisão e capacitação dos AIS. Portanto, no conjunto dos serviços de atenção à saúde indígena, quando da impossibilidade de resolução dos problemas de saúde no interior da terra indígena, primeiro no Posto de saúde, segundo no Pólo-base, os caminhos seguintes são as unidades do SUS (MS/Portaria n. 254, 2002).

Tal forma de organização dos serviços caracteriza uma hierarquia de complexidade crescente, que deve operar de forma integrada com a finalidade de garantir uma atenção integral e não apenas emergencial, atentando em todas as instâncias ao respeito às especificidades étnico-culturais e aos saberes tradicionais de saúde desses povos (MS/Portaria n. 254, 2002). Essas são algumas das diretrizes que qualificaram uma atenção diferenciada à saúde do índio e forneceram as bases legais para a criação dos DSEI que, segundo Garnelo *et alli* (2003), caracterizam um sistema de saúde misto, diferenciado da forma operacional do SUS, ainda que um subsistema deste, pelo fato de concentrarem-se os sistemas locais de assistência à saúde, não apenas no município, mas sim no interior das terras indígenas, e os repasses de recursos e serviços diretos aos DSEI, os quais estão sob a administração central da FUNASA.

É durante a década de 1990, especialmente, que se vislumbram as diretrizes e propostas para estabelecer uma rede de serviços de atenção diferenciada à saúde do índio, bem como, a partir de 1993, as tentativas de se organizar formas de controle social em âmbito regional e local, os quais deveriam ser realizados pelos conselhos indígenas e pela comunidade como uma forma de acentuar a participação indígena no próprio Conselho Distrital. Idealmente, o Conselho Distrital deve contar com participação paritária, isto é, 50% de representantes indígenas e 50% de Organismos Governamentais, ONGs, universidades, entre outros. No entanto, ainda que se proponha, tanto da parte do governo, como da parte dos movimentos indígenas, a participação efetiva de representantes indígenas na promoção, organização, gestão e avaliação dos programas, ações e projetos de atenção à saúde, na prática tem havido uma refração. Segundo avaliações que nortearam a preparação da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 2001, vários problemas foram apontados:

[...] entre eles o papel excessivamente centralizador da FUNASA na implantação dos Distritos Sanitários, sem o pleno entendimento e a participação das comunidades indígenas, que se contrapõe ao princípio participatório dos Distritos Sanitários. (LANGDON, 2001:125).

A deficiência ou descaso quanto à participação indígena, organizada em conselhos locais, regionais e distritais, em todo o processo de gestão, promoção e avaliação dos serviços de atenção à saúde, tem, como contraponto, a favor de seu fortalecimento e devido respeito, as conclusões da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, ocorrida em Luziânia/GO, em Maio de 2001, a qual reconhece como necessário:

O fortalecimento do controle social e a sua abrangência intersetorial sobre as diversas formas de relação que afetam os povos indígenas é fundamental para a implantação de uma política de atenção integral aos povos indígenas. (Relatório Final III Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, 2003).³⁷

Ainda nessa conferência, foram discutidas as tarefas cabíveis a cada conselho (Local, Regional, Distrital). Dentre essas, cabe aos conselhos propor, avaliar, incentivar e resguardar as ações de saúde executadas pelos DSEI, redes de referência e contra-referência. Nesse sentido, é importante ressaltar as proposições que delineiam estratégias para fortalecer o controle social local, regional e distrital, a saber: realizar cursos de capacitação dos conselheiros de saúde indígenas e não-indígenas, bem como agilizar e promover modificações de bases legais, através do Conselho Nacional de Saúde, para garantir a inclusão de representantes indígenas no Conselho Municipal, Estadual e Nacional (Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, 2001).

Outra proposta dessa III Conferência, que aponta uma mudança significativa na política indigenista nacional, é estimular um processo que vem sendo chamado de empoderamento, isto é, incentivar a participação indígena, através das suas organizações, cooperativas ou associações, como as entidades preferenciais para a realização de convênios com os DSEI:

[...] priorizar a celebração de convênios com as organizações indígenas atestando assim o respeito pela autonomia dos povos indígenas; [...]. (Relatório III Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, 2003).³⁸

Dentre as muitas proposições e reafirmações das conclusões já apresentadas, na I e II Conferência Nacional de Proteção à Saúde dos Povos Indígenas, nesta III Conferência Nacional de Saúde Indígena merece destaque a insistência em se considerar os saberes dos povos indígenas sobre saúde, doença e, especialmente, suas formas específicas de vivenciar estes fenômenos, respeitando suas concepções próprias a cerca do *estar doente* ou *estar sadio*. Mais que um mero reconhecimento ou respeito, espera-se que tais saberes e práticas médicas indígenas sejam levados em consideração e estejam articulados com os saberes da biomedicina nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Isso, sempre atentando para as especificidades dos contatos interétnicos de cada povo, em especial, daqueles que circunscrevem o acesso destas populações aos serviços de saúde e em suas relações com os profissionais de saúde que atuam na

³⁷ Fonte: <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conferencia/resumo.htm>

³⁸ op. cit.

atenção primária dentro das áreas indígenas, como nas redes de média e alta complexidade - realizadas dentro da rede do SUS.

Quanto ao modelo de gestão e organização dos serviços de saúde, a III Conferência reforça as proposições já antecipadas nas conferências anteriores: a constituição do Distrito Sanitário Especial Indígena como um subsistema do Sistema Único de Saúde Brasileiro, porém, concedendo aos DSEI uma autonomia administrativa, orçamentária e financeira, a qual deve ser assegurada pelo governo Federal que, através do Ministério da Saúde/MS, deve possibilitar as condições necessárias para uma oferta organizada de serviços por meio de financiamentos que devem constar do Orçamento Geral da União (Relatório Final da III Conferência, 2003).

No dia 31 de janeiro de 2002, o Ministério da Saúde/MS, através da Portaria nº 254, aprova, no Artigo 1º, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cujas diretrizes e princípios acatam as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Indígena de 2001. Portanto, em suma, regulamenta-se a estrutura organizativa dos serviços de atenção à saúde dos Povos Indígenas, os quais devem ser prestados pela MS/FUNASA, através dos DSEI, reconhecendo-o como um *subsistema* do SUS. Essa Portaria contempla, também, a medicina indígena como saberes e práticas que devem ser articulados aos da biomedicina nos serviços de atenção à saúde dessas populações, priorizando uma atenção diferenciada à saúde. Além disso, declara o Agente Indígena de Saúde/AIS como membro indispensável da EMSI e, mais uma vez, a importância da participação dos indígenas no exercício do Controle Social através dos Conselhos de Saúde Local, Distrital, Municipal Estadual e Nacional.

Mesmo com o MS, através da FUNASA, tendo assumido integralmente as tarefas de gestão, promoção, reformulação de propostas e projetos de saúde dirigidos aos povos indígenas, fiscalização e supervisão dos convênios, algumas dificuldades na prestação dos serviços de atenção primária e secundária ainda são encontradas. Dentre essas dificuldades podem ser destacadas: a morosidade da prestação de contas das agências conveniadas, a qual acaba por repercutir numa descontinuidade nas ofertas de serviços, especialmente da atenção primária nas áreas indígenas; a falta de uma sistematização de dados epidemiológicos; dificuldades na articulação interinstitucional entre DSEI e unidades hospitalares do SUS, portanto entre DSEI e município; e a falta de capacitação dos profissionais indígenas e não-indígenas que atuam nas equipes multiprofissionais de saúde.

Tais constatações motivaram uma última reformulação na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena, em 20 de Janeiro de 2004, através da Portaria nº 70, do MS. Essa portaria foi resultado de inúmeros encontros/oficinas em vários estados, sendo a mais significativa e decisiva, na configuração de um novo modelo de atenção à saúde indígena, a I Oficina Integrada de Saúde Indígena, realizada no começo de 2004 em Brasília. Nessa oficina participaram funcionários da FUNASA, DSEI, ONGs e representantes indígenas.

As principais mudanças referem-se: a uma nova reformulação das competências das agências conveniadas e da FUNASA; à frequência no repasse de recursos; e a estipulação de metas de intervenção, organizadas nos planos distritais, embasadas nos indicadores de saúde. Veja, a seguir, uma tabela demonstrativa das novas competências:

Ações que a FUNASA Executará
1. Gestão dos serviços de saúde nos DSEI
2. Gerência das CASAI
3. Aquisição de medicamentos
4. Aquisição de combustíveis
5. Transporte
6. Horas voo
7. Equipamentos
8. Obras
9. Obras de saneamento nas áreas indígenas

Pontos de pactuação Atividades a serem desempenhadas pelas Conveniadas
1. Contratação de RH (técnicos, EMSI, AIS e AISAN)
2. Insumos para a atenção e assistência nas aldeias
3. Combustíveis para deslocamentos das EMSI e índios na aldeia
4. Capacitação
5. Controle social
6. Distribuição de medicamentos
7. Aquisição de medicamentos especiais
8. Alimentação para as equipes e desnutridos
9. Aluguéis
10. Serviços de terceiros (pessoa física e jurídica)
11. Prestação de contas e repasse mensal de recursos

Figura 4 - Tabela demonstrativa das novas competências da FUNASA.

Fonte: FUNASA, <http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/not/not2004/not087.htm>

Nota-se uma mudança significativa referente à aquisição de medicamentos e combustível – o que antes compreendia as tarefas das agências conveniadas, agora fica a cargo da FUNASA. Quanto ao repasse de verbas, cuja frequência era semestral, fica prevista para ser mensal, igualmente as prestações de contas, o que, acredita-se, otimizará e permitirá uma continuidade na oferta dos serviços de saúde prestados às populações *aldeadas* (FUNASA, 2004). Esta é mais uma novidade no modelo de saúde indígena, a enunciação: *populações aldeadas*.

Por fim, o modelo de gestão e promoção de saúde indígena, realizado atualmente no Brasil, para sua plena realização e resguardo dos princípios e diretrizes norteadores, impõe a necessidade da formação de recursos humanos especializados, indígenas e não-indígenas, para atuar num contexto intercultural, preparados para lidar com a articulação entre os saberes tradicionais indígenas relacionados à saúde e os serviços da atenção primária, marcados pelos saberes e práticas da biomedicina.

3.3 UM NOVO ATOR: O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE/AIS – ALGUMAS EXPERIÊNCIAS E METAS DOS CURSOS DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO

Análogo ao processo de elaboração e construção de um modelo específico de atenção diferenciada à saúde indígena - que teve como ponto de partida e parâmetro para sua concretização o movimento da reforma sanitária brasileira - também, a formulação do cargo de Agente Indígena de Saúde/AIS foi inspirada na atuação do Agente Comunitário de Saúde/ACS.

A partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, com a proposta de alcançar “saúde para todos no ano 2000” (ERTHAL, 2003:197), desencadeou-se, no Brasil, todo um processo de transformação nos serviços de atenção primária à saúde. Esse processo redefiniu seu lócus de atuação com o objetivo de estender a cobertura dos serviços de atenção primária a locais e populações que enfrentavam dificuldades para acessá-los. De acordo com essa Conferência, o ACS seria peça fundamental para o alcance dos objetivos.

Em termos gerais, a concepção do ACS aponta para um personagem que, pertencendo à comunidade na qual atuaria, poderia informar a equipe médica quanto às necessidades específicas de sua comunidade e problemas de saúde de maior ocorrência, bem como, desenvolver na comunidade ações de educação em saúde. Essa multiplicidade de tarefas que acabam por serem fontes de serviço e informação para dois sujeitos: a comunidade e a equipe médica, levou à percepção do ACS como personagem-chave na tentativa de expandir os serviços de atenção primária à saúde, visualizando-o como “[...] elo entre a comunidade e o sistema de saúde” (SILVA & DALMASO, 2002:15).

Perpassa a concepção do ACS, pode-se dizer, uma idéia de *conhecimento de causa*, isto é, concebido como aquele que é de *dentro* da comunidade e por isso capaz de “compreender de dentro” (NUNES *et alli*, 2002) tanto os problemas de saúde, como as dinâmicas sócio-culturais que influem negativamente nos processos de saúde e doença. Dessa forma, se prevê uma capacitação que permita informar e levar à equipe médica os elementos chaves para uma atuação eficaz nos serviço de atenção primária e, ao mesmo tempo, dada a proximidade, a pertença do ACS à comunidade, facilite o processo de ensinar aos membros da comunidade “modos de fazer” que assegurem uma boa saúde. Vale lembrar que os “modos de fazer” e a boa saúde são definidos de acordo com o sistema médico biomédico.

Essa escolha por alguém de dentro da comunidade, para compor uma equipe médica atuante nos programas de atenção primária à saúde no espaço dos bairros, de casa em casa, deve-se ao fato da pertença e partilha de um mesmo contexto sócio-cultural e lingüístico. O que, em suma, acredita-se ser favorável à:

[...] identificação de fatores responsáveis no adoecimento das pessoas do bairro, assim como, o desenvolvimento de estratégias mais eficazes no âmbito da adesão às recomendações médicas. (NUNES *et alli*, 2002:1642).

Isso, especialmente, nas ações de educação em saúde, uma vez que, em sua maioria, se está falando de práticas de higiene que têm como parâmetro os saberes biomédicos.

Aqui, cabe uma reflexão crítica. Sabe-se, desde Mary Douglas (1966), que são inúmeros os arranjos possíveis quanto aos limites do impuro e do puro, da sujeira e do limpo, bem como, o quanto estes são compartilhados numa rede de significados que fornecem e (re)constroem o mundo do cotidiano das relações sociais. Portanto, falar de práticas de higiene é entrar num

terreno de valores morais e sócio-culturais diferentemente arranjados, valorizados, pensados e vividos e, por vezes, no terreno do tabu. Para além do julgamento quanto à veracidade do conhecimento biomédico referente às práticas de boa higiene, uma certeza resta, ao de *dentro* ‘acredita-se’ que os caminhos para uma conversa que pode ser interpretada como uma ofensa, sejam menos tortuosos, assim como, dificilmente se daria ouvidos a um *de fora*, um estranho que entra em sua casa lhe dizendo o que e como fazer, para fazer “certo”.

No mais, não se pode negar a correlação entre as transformações nos hábitos alimentares, de moradia e de formas de subsistência, especialmente entre aquelas populações indígenas que mantêm um contato intenso com a sociedade envolvente, com as cidades do entorno, e as alterações em seus padrões de saúde, trazendo altas taxas de doenças infecto-contagiosas, parasitárias, desnutrição, problemas respiratórios e má saúde bucal, entre outras. (ATHIAS, no prelo; GARNELO *et alli*, 2003; LANGDON, 2000).

Assim, foi se pensando nestas qualidades do ACS, como um elo de comunicação entre comunidade e serviços de saúde – um tradutor de conhecimentos (do popular ao científico e vice-versa), que se inspirou a concepção do papel do Agente indígena de Saúde/AIS. Outro fator determinante na concepção do AIS, decorre da intenção de se criar meios de participação ativa da comunidade no processo de gestão, promoção e avaliação dos serviços de saúde.

Portanto, em consonância com a concepção do ACS, mas principalmente, com as recomendações apontadas pelas Conferências Nacionais de Saúde Indígenas, o AIS deve ser um autóctone e, em suas funções, estar capacitado para ser um conhecedor e tradutor dos saberes e práticas médicas de sua população. Deve, ainda, promover e atualizar, na prática de suas atividades, uma proposta informada pelo Modelo de Atenção Diferenciado à Saúde dos Povos Indígenas. Em outras palavras, ao AIS caberia promover a inclusão e articulação entre os saberes e práticas direcionadas aos cuidados à saúde e doença, dos povos indígenas, com os saberes e práticas da biomedicina. Para tanto, a formação prescrita ao AIS deve, em termos gerais, abranger conhecimentos técnico-clínicos biomédicos, resgate e valorização dos conhecimentos médicos tradicionais, bem como, informações sobre a política e forma de organização do sistema de saúde indígena e do SUS (BRASIL/MS/FUNASA/COSAI, 1996 e 1999). Afinal, o Modelo de Atenção Diferenciado à Saúde dos Povos Indígenas prevê não apenas a articulação de saberes

diferenciados, mas a participação dos indígenas na gestão, promoção, execução e avaliação dos serviços prestados (BRASIL/MS/Portaria no. 254, 2002).

Um movimento pioneiro, no sentido de desenvolver e formar AIS, foi desencadeado nas margens do Alto Solimões, entre os índios Tikúna, no final da década de 80, tendo como base:

[...] uma crítica articulada pelas lideranças indígenas a um sistema deficitário e excludente, oferecido pela Fundação Nacional do Índio, e a reivindicação de que a base do modelo assistencial deveria se constituir de indígenas, preparados para atuar nas suas comunidades de origem. (ERTHAL, 2002:198).

Por conseguinte, foi um movimento empreendido por e para indígenas, destacando suas participações tanto como usuários, quanto atores, agentes que devem estar envolvidos nos serviços de atenção à saúde. O resultado, segundo Erthal (2003), foi a realização de um curso de capacitação para os AIS Tikúna, realizado entre 1989 e 1990, através de convênio que articulou as organizações indígenas Tikúna, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. Esse curso procurou fornecer os conhecimentos básicos que capacitassem os sujeitos para:

[...] identificação das doenças de maior ocorrência e resolução de um encaminhamento adequado,...instrumentalizando-os [...] para a intermediação entre as comunidades e as autoridades locais na questão de saúde. (ERTHAL, 2003:201).

Através do trabalho de Erthal, ficam evidentes tanto os avanços, como os impasses no processo de formação, capacitação e cursos de reciclagem para os AIS Tikúna, ora dependentes de fatores externos à comunidade, ora influídos por fatores internos da própria comunidade.

Quanto aos fatores externos, pode-se citar as mudanças dos órgãos responsáveis pela saúde indígena e, portanto, naquilo que se considera prioridade. Por exemplo, a autora revela que, a partir de 1991, quando a saúde indígena passou aos cuidados da FUNASA, os cursos de capacitação dos AIS centraram-se especificamente sobre a questão do cólera, com o intuito de impedir um surto deste no Brasil, uma vez que chegou ao território nacional através da região do Alto Solimões. Contudo, se de um lado houve um afunilamento nos conhecimentos oferecidos e trabalhados num curso de capacitação, de outro, foi possível perceber a validade do conhecimento para a população Tikúna e sua vizinhança que foram atendidos pelos AIS, tanto em ações curativas, como preventivas.

Ainda quanto aos fatores externos, durante este mesmo momento frágil de contenção da epidemia de cólera, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS realizou a contratação de alguns AIS. A partir deste momento uma atividade que era de cunho voluntário, passou a pertencer a uma categoria assalariada. Como consequência disso, ocorreu um acirramento nos conflitos entre as diversas facções que compõem a sociedade Tikúna, uma vez que os critérios para a seleção e contratação de alguns AIS foram determinados sem a participação da própria comunidade ou mesmo de suas organizações representativas.

Nesse sentido, já é possível perceber aquelas questões internas, emergentes da própria sociedade Tikúna e que, por vezes, geraram impasses ao desenvolvimento dos serviços de saúde. Um exemplo: ao perceberem a possibilidade de angariar um recurso financeiro através do trabalho assalariado, as disputas internas tiveram um novo estímulo e resultantes em suas organizações representativas. Em relação às organizações de saúde, que acabaram sendo influenciadas por disputas de poder, pode-se relatar efeitos tal como o desmanche de algumas e criação de outras, com novos representantes. Isso resultou em dificuldades para um trabalho articulado entre as suas diversas organizações (de educação, da mulher, etc.) (ERTHAL,2003).

Outro ponto que pode ser destacado se refere às relações sócio-políticas e, de certa maneira, uma dialética entre essas e os fatores externos. A autora descreve que os capitães de aldeias utilizavam-se de novas estratégias para angariarem prestígio, nesse caso, pela indicação das pessoas a serem os futuros AIS e sua participação nos cursos de capacitação. Por fim, segundo a autora, o aumento crescente pela demanda de novos AIS acabou por prejudicar os cursos de reciclagem, tendo em vista a insuficiência dos recursos financeiros para abarcar tanta demanda.

Ainda que estratégias fossem desenvolvidas na tentativa de superar esses impasses, a autora revela os limites encontrados pelos AIS em sua rotina de trabalho, dentro da equipe de saúde, que resultavam, em parte, do caráter dos cursos de capacitação oferecidos a eles. Soma-se a isso, a falta de cursos de capacitação para o restante da equipe de saúde e a alta rotatividade desses profissionais (ERTHAL, 2003).

Algumas experiências lograram obter maior êxito através da formação e capacitação do AIS, no sentido de ampliar sua atuação – enquanto agente de saúde como referência chave na comunidade; enquanto um agente capacitado para a assistência primária sobre os problemas de saúde mais recorrentes em suas áreas; e enquanto educadores em saúde, reconhecidos pelos

próprios membros da comunidade. Essas experiências ocorreram entre o final da década de 1980 e início de 1990 no Acre, no Rio Negro e no Parque Indígena do Xingu/PIX³⁹, e foram realizadas através de parcerias entre Universidades Federais, organizações e lideranças indígenas e outras entidades (Missionários Salesianos, Saúde Sem Limite, Rede Autônoma de Saúde Indígena/RASI, entre outras), que atuaram nas margens do Rio Negro, sem que ainda estivesse montada a estrutura dos DSEI e a atuação da FUNASA.

Apesar da realidade diversa, quanto às formas de organização dos serviços e das agências que prestavam assistência à saúde nas populações indígenas do Acre, do Rio Negro e do PIX, alguns pontos comuns, referentes aos objetivos gerais dos cursos de formação e capacitação dos AIS, podem ser apontados – quando observadas as intenções ou as propostas dos diferentes projetos de saúde para estas populações. Em sua totalidade, procuraram formar AIS capacitados para: realizar a atenção primária dentro das aldeias; exercer atividades de promoção e educação em saúde; inserção institucional nos níveis de média e alta complexidade; planejar, apoiar e supervisionar as ações de saúde; bem como, estimular a valorização e articulação dos saberes tradicionais na rotina de trabalho e a participação da comunidade nos assuntos de saúde (ATHIAS, no prelo).

Quanto às especificidades dos objetivos de cada projeto, essas se referem à capacitação para enfrentar, por meio de ações curativas e preventivas, problemas de saúde específicos às áreas de origem de cada AIS. Assim, parte dos conteúdos era direcionada ao reconhecimento das doenças infecto-contagiosas prevalentes, etiologia, formas de contágio e de tratamento. Ressalta-se, ainda, a presença de matérias com conteúdos sobre língua portuguesa, escrita e leitura, matemática, meio ambiente e história do contato entre brancos e índios no Brasil.

Os formatos desses cursos de capacitação, desenvolvidos para alcançar esses objetivos e desenvolver tais temas, foram variados. Porém, quanto às linhas pedagógicas de ensino fica registrado uma predominância da metodologia participativa, problematizadora e do treinamento em serviço. Em todos os projetos, o ponto de partida para a discussão de temas gerais (processo de saúde e doença, saneamento básico, práticas de higiene individual e coletiva, organização dos serviços de saúde) ou específicos (dados epidemiológicos, formas de tratamento a cada patologia, causas e fatores que intervêm em alguns problemas de saúde), era o ponto de vista dos AIS, suas

³⁹ Mesmo o relato da experiência no PIX sendo sobre a formação de Agentes Auxiliares de Enfermagem indígena, é válida sua inclusão enquanto projetos de formação de agentes de saúde indígenas.

concepções e experiências vividas enquanto agentes de saúde e membros de uma comunidade indígena (ATHIAS, no prelo).

Notável, nesses projetos de saúde, foi a atitude das equipes de formadores (médicos, enfermeiros, antropólogos, entre outros), que realizavam visitas às áreas indígenas prestando serviços de atenção primária, ao mesmo tempo em que realizavam um levantamento de dados epidemiológicos, antropológicos e da situação de saúde daqueles povos, afim de, com base nesses dados, programar e planejar o conteúdo das atividades práticas e teóricas.

Contudo, tais iniciativas de formação e capacitação de AIS não eram uma realidade presente em todas as populações indígenas, visto ainda não estar estabelecida e implantada uma Política Nacional e Diferenciada de Atenção à Saúde das Populações Indígenas. Além do fato de, em todas as outras iniciativas desenvolvidas, se reconhecer uma heterogeneidade e variabilidade nos programas de formação e capacitação dos AIS, tanto no que se refere às entidades que prestavam tais cursos, governamentais ou ONGs, quanto ao conteúdo, a metodologia e aos cursos de reciclagem:

Embora esteja sendo construída uma política oficial de saúde indígena, que inclui a formação dos agentes de saúde, na prática esta vem sendo desenvolvida das mais diferentes formas. A metodologia e o conteúdo dos cursos, a supervisão, a avaliação e mesmo o perfil desses agentes têm sido bastante diversificados. (MENDONÇA, 1996:43).

Isso estimulou o Ministério da Saúde, através da FUNASA e de sua Coordenação de Saúde Indígena, a elaborar uma proposta de programa para a formação dos AIS, em 1996. O ponto de partida para a elaboração do documento final, “Formação de Agentes Indígenas de Saúde: propostas de diretrizes”, foram reuniões macro-regionais e relatos de algumas experiências já desenvolvidas nesse sentido. Tal documento apresenta uma proposta de conteúdos e metodologias, os quais devem nortear os cursos de formação e capacitação dos AIS, bem como recomendações no sentido de realizar esforços interinstitucionais para a realização dos cursos e o reconhecimento do AIS enquanto uma categoria profissional (BRAISL/MS/FUNASA/COSAI, 1996).

O objetivo central desse documento é fornecer as bases norteadoras para uma normatização dos cursos de formação e capacitação de Agentes, de tal modo que os objetivos e conteúdos dos programas acompanhem e estejam articulados à formação do Distrito Sanitário

Especial Indígena e permitam o desenvolvimento de uma atenção diferenciada à saúde indígena.

Segundo esse documento, a formação e a capacitação do AIS deve contemplar:

[...] dependendo das especificidades culturais de cada etnia, a discussão sobre medicinas tradicionais e a relação no processo saúde-doença, cura e morte na visão cosmológica da própria comunidade, reconhecendo-as, respeitando-as e recuperando-as. (BRASIL/MS/FUNASA/COSAI, 1996:10).

Além disso, deve trabalhar e desenvolver, através de uma metodologia participativa e problematizadora:

[...] noções básicas sobre as doenças prevalentes: etiologia, determinação das doenças, meios de transmissão, diagnóstico e tratamento; noções básicas de Vigilância Epidemiológica; [...] técnicas de enfermagem; primeiros socorros [...]. (BRASIL/MS/FUNASA/COSAI, 1996:13).

Enfim, essa capacitação deve propiciar uma formação dos AIS enquanto um “elo” entre as comunidades indígenas e o sistema de saúde, um potencial mediador entre sua cultura e a cultura envolvente.

Em 1999, com o objetivo de reforçar a normatização das atividades desenvolvidas pelos AIS em todas as populações indígenas, respeitando as especificidades culturais que se impõem, como, por exemplo, maior ou menor contato com a sociedade envolvente, é apresentado pelo BRASIL/MS/FUNASA/COSAI uma proposta de implantação do “Programa de Agentes Indígenas de Saúde”. Essa proposta apresenta um tipo de “cartilha” delineadora dos conteúdos, com metodologias a serem trabalhadas em cursos de formação e capacitação dos AIS, priorizando sua articulação e inserção institucional no DSEI e na EMSI.

Em suma, sua proposta de conteúdo e objetivos não difere do primeiro documento feito em 1996.

O agente indígena de saúde deve ser capacitado para prestar assistência a saúde a todos os membros de sua comunidade [...] devendo desenvolver prioritariamente ações de vigilância em saúde, prevenção e controle das doenças por meio de visitas domiciliares, atividades educativas individuais, familiares e coletivas e ações de assistência primária à saúde, sob supervisão e acompanhamento de profissionais de saúde capacitados para exercerem essa função (instrutores-supervisores), lotados nas equipes de saúde dos distritos sanitários. (BRASIL/MS/FUNASA/COSAI, 1999:7).

O que se destaca é a ênfase a uma necessidade de esforços interinstitucionais em promover o reconhecimento do AIS como categoria profissional e, portanto, um reconhecimento oficial pelo Ministério da Educação, através do Conselho Nacional de Educação, dos cursos oferecidos e realizados pelos AIS. Pode-se considerar, também, como novidade nesse documento, a maior precisão das competências e habilidades a serem desenvolvidas nos cursos de capacitação e, mais tarde, nas atividades cotidianas dos AIS. Reforçando-se, assim, a necessidade de uma capacitação continuada dos recursos humanos indígenas e não-indígenas, por meio da metodologia problematizadora e do treinamento em serviço.

São apresentados, ainda nesse documento, o perfil e o processo de seleção dos AIS. A saber, a indicação de um indígena, para atuar como AIS, deverá partir da comunidade e ser realizada por meio de um processo seletivo. Quanto ao perfil, entre outros pontos, destaca-se a pertença étnica, residir na área de atuação e, preferencialmente, ser alfabetizado. Essa questão da alfabetização, inclusive, aparece como estímulo para realizar parcerias com as Secretarias Municipais e Estaduais de Educação, no intuito de fornecer às populações estratégias para realização de cursos de primeiro e segundo grau, bem como, de cursos técnicos em saúde. (BRASIL/MS/FUNASA/COSAI, 1999).

Esse documento registra, ainda, o caráter político e participativo que deve o AIS desenvolver como parte de suas atividades, ou seja, que ele deve estar apto a propor estratégias para contornar dificuldades, avaliar a qualidade dos serviços prestados em saúde e participar ativamente nas instâncias deliberativas, Conselho Local e Distrital, na formulação dos programas e planejamento das ações em saúde.

O reconhecimento de tais competências e habilidades, nas funções a serem desenvolvidas pelos AIS, tem suscitado reflexões acadêmicas sobre o papel potencial deste. Como, por exemplo, o de configurar uma nova liderança dentro das comunidades indígenas, caracterizada, por um lado, pela divulgação, resgate e valorização dos sistemas médicos indígenas tradicionais e, por outro, pela capacidade de articular tais saberes e práticas com os saberes e práticas da biomedicina.

É comum encontrar os seguintes epítetos para se referir a função e o papel do AIS: articulador político, agente de transformação, tradutor, intérprete, mediador e elo. Tais epítetos destacam o AIS como um ator estratégico na configuração de uma nova relação com a sociedade

envolvente, quanto aos serviços de atenção à saúde indígena. Reforça-se, assim, seu potencial para transformar hábitos e comportamentos, seja dos indígenas por meio de ações de (re)educação em saúde, seja dos brancos, ensinando-os que, na práxis da vivência do processo de adoecer e sarar, os conhecimentos e práticas médicas, indígenas e ocidentais, não são excludentes; ao contrário, somam-se nas tentativas de resolução, nas buscas pelo tratamento e cura.

Importante observar que a inserção e atuação dos AIS, como membro da EMSI, ainda, provoca muitos debates e discussões, pois alguns pontos, intimamente relacionados à sua função e bom desempenho, continuam em déficit: a falta de regularidade e continuidade nos cursos de formação, capacitação e reciclagem; a falta de profissionais aptos a realizarem o acompanhamento/supervisão do trabalho do AIS; a falta de insumos básicos e o reconhecimento enquanto categoria profissional e garantia de sua inserção nas instâncias deliberativas (Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde).

Nesse sentido, vale destacar a III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em 2001, que trouxe, como uma das pautas de discussão, a questão do AIS. Como resultado dessa Conferência, produziu-se, no Relatório final, um capítulo sobre o “Agente Indígena de Saúde: sua formação, reconhecimento e inserção social”. Em seu conteúdo, vários dos pontos discutidos foram acima citados, portanto, para evitar repetições, o que merece ser destacado é o caráter de sua abrangência enquanto um instrumento de base legal e referência à implantação do cargo de AIS. Isso, não por ser o primeiro documento nesse sentido, mas justamente por ser aquele que serviu de base para a regulamentação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002). Dentre as propostas⁴⁰ destacam-se:

- A seleção dos AIS será feita pelas comunidades indígenas, observando-se critérios e diretrizes dos Conselhos Locais, Distritais e da FUNASA.
- Adequar o número de Agentes Indígenas de Saúde, considerando-se número de famílias, dispersão das moradias, condições de acesso geográfico, perfil epidemiológico e aspectos culturais.

⁴⁰ Fonte: Adaptado do Relatório Final da III Conferência de Saúde Indígena, <http://www.rebidia.org.br/indigena/noticia01.htm>

- Criar mecanismos para oferecer educação básica associada ao processo de formação dos Agentes Indígenas de Saúde, preferencialmente na própria comunidade, conforme Referenciais Curriculares Nacionais para as Escolas Indígenas - MEC.
- Garantir junto ao Ministério da Educação, Secretarias Estaduais e Municipais de Educação a viabilização da escolaridade formal dos Agentes Indígenas de Saúde, para profissionalização na área de saúde de nível médio e superior, assegurando a especificidade indígena.
- Garantir a implantação, nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, do Programa de Formação dos Agentes Indígenas de Saúde, desenvolvido pelo Departamento de Saúde Indígena - DESAI/FUNASA - utilizando a metodologia problematizadora, considerando-se as especificidades de cada povo.
- Garantir a continuidade no processo de capacitação para todos os Agentes Indígenas de Saúde, priorizando-se as necessidades que as comunidades apresentam e estabelecendo-se estratégias pedagógicas diferenciadas para os Agentes Indígenas que tenham pouco domínio da língua portuguesa.
- Buscar estratégias para o reconhecimento legal dos Agentes Indígenas de Saúde, como categoria profissional, junto às instâncias governamentais competentes e entidades de classe de áreas pertinentes ou afins.
- Garantir o acompanhamento e supervisão sistemática dos Agentes Indígenas de Saúde nos processos de formação e de trabalho por enfermeiros instrutores/supervisores.
- Garantir a contratação dos Agentes Indígenas de Saúde pela Consolidação das Leis Trabalhistas.

Em suma, esse Relatório é um documento que procura avançar nos obstáculos e impasses, seja da implantação dos DSEI, seja sobre a inserção do AIS na promoção e avaliação dos serviços de saúde dirigidos aos povos indígenas. Para isso, prioriza a realização de cursos de formação e capacitação que estimulem os indígenas a se empoderarem de sua função de agente de saúde e exercerem seu papel de articulador político, tanto entre sistemas médicos diferenciados,

como entre as demandas, necessidades e dificuldades encontradas no transcorrer das ações cotidianas no sistema de saúde.

Refletir sobre os cursos de formação e capacitação de AIS impõe a seguinte questão: a concepção das funções e atividades, tal qual apresentadas pelas agências de saúde, a serem desempenhadas pelos AIS, é compatível com as dinâmicas sócio-políticas específicas de cada população indígena? Essa é uma questão difícil de responder. Ao fazer essa pergunta, não se deve desvalorizar as tentativas de normatização dos conteúdos, matérias e saberes a serem trabalhados nesses cursos, mas problematizar a forma como esses serão desenvolvidos na prática cotidiana do AIS. Outro ponto a ser considerado é sobre a qualificação das agências formadoras e sobre a adequada preparação pedagógica dos formadores e dos professores. Esses pontos devem ser levados em conta, na medida em que, primeiro, a PNSI preconiza uma atenção diferenciada à saúde e, segundo, por se tratar empírica e abstratamente de um contexto diferenciado, que não é apenas limitado pelo grau de instrução, mas principalmente por uma perspectiva, visão de mundo e organização social diversificada. Do contrário, corre-se o risco de se estar realizando uma promoção de assistência à saúde desqualificada, desordenada e desigual.

Importante relacionar que a Portaria nº 254, de 2002, do MS, que acata e reforça as diretrizes apresentadas nos documentos de 1996 e 1999 do MS/FUNASA/COSAI, destaca, dentre suas diretrizes, a capacitação dos recursos humanos como um “instrumento fundamental” na promoção dos serviços de atenção à saúde dos Povos Indígenas, reconhecendo como objetivo norteador dos cursos de formação e capacitação ao AIS:

[...] uma estratégia que visa favorecer a apropriação pelos Indígenas de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não. (MS/Portaria n. 254, item 4.2, 2002)

Dados atuais sobre o perfil e o número de AIS atuantes no Brasil podem ser encontrados em Brandão *et alli* (2002). Os autores fornecem tais dados com base no “[...] sistema de cadastramento dos Agentes Indígena de Saúde (CAIS) [...]” (op. Cit.:55), desenvolvido pela COSAI/FNS. Através desse sistema de cadastro, que ainda está sendo computado, apresentam uma estimativa de 2000 AIS atuando em todo o território brasileiro, dos quais:

[...] 70% deles trabalham sem acompanhamento ou supervisão, [...] 50% dos cadastrados têm escolaridade em nível de primeiro grau incompleto, 05% não

são alfabetizados e sobre os demais não se tem informações da escolaridade. (BRANDÃO *et alli*, 2002:55).

Um outro dado interessante que esse texto traz refere-se ao sexo dos AIS que atuam nas margens do Rio Negro. Ao todo, trabalham nesta área 157 AIS de diferentes etnias (Tukano, Arawak, Maku, Yanomani); destes, 146 são homens e 11 são mulheres. Os autores justificam esta predominância do sexo masculino pela distribuição de tarefas, pertinentes ao homem ou a mulher, dentro dessas sociedades, o que facilitaria ou dificultaria uma atuação integral e dedicada ao trabalho de AIS. Portanto, mesmo descrevendo informações sobre uma área específica, dispõe-se de informações estimulantes para a reflexão de que a ordem cultural jamais estará deslocada ou à parte dos serviços de atenção à saúde, especialmente, quando os indígenas atuam como atores e agentes nesse processo.

Para encerrar este capítulo, serão apresentados dados quantitativos referentes aos recursos humanos que trabalham nos serviços de promoção à saúde indígena, atuantes em todo o território nacional. Primeiramente, apresenta-se um quadro dos AIS contratados entre 2000 e 2002, disponíveis no “Relatório das Principais Atividade e Resultados - 1999-2002”.⁴¹

ANO	AIS
2000	2.284
2001	2.546
2002	2.732

Tabela 2 – Número total de AIS em exercício entre 2000-2002.

A seguir, disponibiliza-se um quadro mais atual, ano de 2005, referente a todos os funcionários que compõem os recursos humanos trabalhando com a saúde indígena⁴².

⁴¹ Fonte: www.funasa.gov.br/sitefunasa/fns/pdf/relatório_1999-2002.

⁴² Estes dados foram disponibilizados pelo DSEI-Interior Sul e referem-se à apresentação feita por Alexandre Padilha, diretor do Departamento de Saúde Indígena/FUNASA, em Maio de 2005.

Profissionais	Total
Médicos	459
Odontólogos	435
Enfermeiros	635
Auxiliares de enfermagem	2175
AIS	4751
AISAN	713
Assistentes Sociais	124
Antropólogos	15
Total	9309

Tabela 3 – Número total de Recursos Humanos em exercício no ano de 2005

Sobre esses dados, o que se pode destacar é a visibilidade de um aumento contínuo da contratação de AIS para compor a EMSI. Isso reflete, portanto, parte dos objetivos da FUNASA, ou seja, estender a cobertura dos serviços de saúde aos povos indígenas. Esses serviços de saúde devem ser norteados pelos princípios da Atenção Diferenciada à Saúde, a qual prioriza o AIS como ator fundamental nessa tentativa de adequar os serviços de atenção e promoção à saúde às populações indígenas, através da conjugação de esforços dos recursos humanos e saberes etnicamente diferenciados. O que difere de uma incorporação do AIS enquanto cargo para suprir uma deficiência qualitativa e quantitativa de recursos humanos especializados para trabalhar nas áreas indígenas.

4 OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE NA TERRA INDÍGENA LAKLÃÕ (TIL)

4.1 O ESTADO E OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÓS-CRIAÇÃO DOS DSEI

A Terra Indígena Laklãõ/TIL encontra-se na abrangência do DSEI-Interior Sul⁴³. Esse tem sob sua coordenação uma área de grande extensão geográfica, independente das divisões municipais e estaduais. Desse modo, compõem a jurisdição do DSEI-Interior Sul, quatro estados (SP, PR, SC, RS). Assim, o DSEI-Interior Sul apresenta uma realidade heterogênea, diversificada quanto à organização dos serviços. Por exemplo, enquanto nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, em certas áreas indígenas, a FUNASA tem parceria com o Município, no estado de Santa Catarina, na localidade da Terra Indígena Laklãõ a parceria é com a Organização Não-Governamental Projeto Rondon⁴⁴, desde o ano de 2002⁴⁵. Dessa maneira, centrando-se na forma de organização, daqueles serviços que caracterizam um modo atual de atenção à saúde na Terra Indígena Laklãõ, tem-se:

Postos de saúde ⇨ unidade básica onde se efetua a atenção primária no interior da terra indígena; local onde atua a EMSI.

Pólo-Base, localizado em José Boiteux ⇨ unidade básica de referência; é a ponte entre comunidade indígena, ONG e FUNASA; (aproximadamente 16 km das primeiras aldeias).

Município e rede do SUS ⇨ como instâncias de referência e contra-referência.

⁴³ O DSEI-Interior Sul tem uma sede regional localizada na cidade de Florianópolis-SC.

⁴⁴ O nome “Projeto Rondon” está citado como é apresentado pela FUNASA a ONG conveniada. Após uma conversa informal, com o prof. Dr Sílvio Coelho dos Santos, uma questão curiosa surgiu e, acredito, que de grande validade para um estudo posterior: por que Rondon? O que do já extinto Projeto Rondon vigora, persiste ou não nos projetos e ideais desta ONG?

⁴⁵ Anteriormente a FUNASA realizava a parceria e convênio com o Município.



Figura 5 -Fotos do Pólo-base em José Boiteux

A estrutura organizativa dos serviços de saúde disponíveis resguarda uma estrutura hierárquica com complexidade crescente, ou seja, a primeira instância a se recorrer num caso de enfermidade é o posto de saúde no interior da aldeia. Caso não possa ser resolvido por ali o problema, se é necessário solicitar um exame (por exemplo, Raios-X) ou uma consulta especializada (por exemplo, oftalmologista, pediatria ou ortopedista), então, o paciente será encaminhado para a rede do SUS.

Na localidade da terra indígena Laklãñõ, as redes de contra-referência são: o Hospital de José Boiteux; Hospital de Vitor Meireles; Hospital Miguel Couto, de Ibirama; Hospital Regional, de Rio do Sul; Hospital de Presidente Getúlio; Hospital Santa Catarina, de Blumenau; Hospital

Seara do Bem, em Lages; Hospital Universitário, em Florianópolis e Hospital Marieta em Itajaí, todos localizados no estado de Santa Catarina. O transporte é, agora, de responsabilidade da FUNASA.

Nesse contexto, os serviços de atenção à saúde prestados no interior da terra indígena são restritos ao DSEI- Interior Sul em parceria, por meio de convênio, anual, com a ONG Projeto Rondon. Essa é responsável: pela contratação da Equipe Multi-profissional de Saúde Indígena/EMSI - contrato anual para todos os membros, desde os médicos até os AIS; por fornecer os cursos de capacitação aos membros da EMSI; por controlar e distribuir os medicamentos e combustível. Em suma, é responsável pelos recursos humanos e demais insumos necessários para o atendimento primário à saúde da comunidade na T.I. Laklãõ⁴⁶.

Com relação à estrutura física e recursos humanos, para a prestação dos serviços de saúde, há em cada Aldeia: um Posto de saúde e um Agente Indígena de Saúde/AIS⁴⁷. A presença do auxiliar de enfermagem, que atua dentro da área indígena, não existe em todas as aldeias. Durante a pesquisa de campo, por exemplo, esse inexistia na aldeia Pavão e a aldeia Coqueiro e Figueira eram servidas por um único auxiliar de enfermagem.

⁴⁶ Tais atribuições à ONG conveniada, como se viu no tópico 3.2, foram legalmente modificadas no ano de 2004. Contudo, como todo processo de transformação leva tempo para ser efetivado na prática, durante uma parte da pesquisa de campo realizada, foi possível acompanhar as atividades acima relatadas.

Assim, tem-se:

Aldeia	Habitantes	População	Posto De Saúde	AIS	Município
Palmeirinha	307	Xokleng	Em fase de construção	01	José Boiteux
Figueira	235	Xokleng	X	01	Vitor Meireles
Coqueiro	241	Xokleng	X	01	Vitor Meireles
Rio do Toldo	60	Xokleng, Guarani	X	01	José Boiteux
Bugio	378	Xokleng, Guarani	X	01	José Boiteux
Duque de Caxias (Aldeia Sede).	203	Xokleng	X	01	José Boiteux
Pavão	99	Xokleng	Em fase de construção	01	José Boiteux
TOTAL	1.523			07	

Tabela 4 – Tabela demonstrativa

Dados obtidos: Ministério da Saúde/FUNASA. Departamento de Saúde Indígena. Plano Distrital Interior Sul – SC. 2003. Obs: nota-se que a população de Kaingang não aparece nos dados, apesar de terem famílias na TIL.

Esta configuração atual de 7 aldeias, cujas duas últimas (Coqueiro e Pavão) foram criadas por volta do ano de 2002/2003, não permite nivelar nem as estruturas físicas (o conteúdo e continente dos Postos de Saúde), nem os recursos humanos disponíveis.

Foi Possível observar, durante a pesquisa em campo, que os dados apresentados na Tabela 4 estavam desatualizados, não correspondiam nem ao número de AIS atuantes, nem ao estado dos Postos de Saúde. Esses, em três aldeias, ou estavam em reforma ou, ainda, não haviam sido construídos, implicando, em ambos os casos, na improvisação de um espaço alternativo para a realização do atendimento. Nas demais aldeias, já havia sido construído um espaço específico e apropriado ao Posto de Saúde.

No caso da aldeia Pavão, desativou-se uma escola que atendia a sete alunos⁴⁸ e agora serve como local para o Posto de Saúde. A escola teve seu espaço interno transformado e adaptado ao Posto de Saúde. Nesse espaço atuam, apenas, a AIS e a médica, pois, como já se disse, a auxiliar de enfermagem inexistia nessa aldeia.



Figura 6- Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Pavão

⁴⁸ Os quais foram remanejados para a escola da aldeia mais próxima.

Na aldeia Figueira, devido a inexistência de um local específico para o Posto de Saúde, a opção encontrada foi alugar a casa da AIS. Segundo essa AIS, naquele momento (2003) ela estava disponível para fornecer sua casa. No entanto, em meados do ano de 2004 (agosto), ela reclamou sua casa de volta. A partir daí, o Posto de Saúde foi transferido para o espaço da escola, uma vez que esta já havia sido desativada⁴⁹.

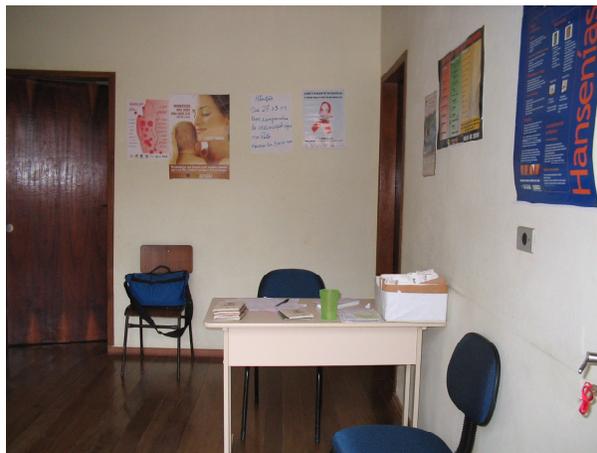


Figura 7 -Fotos do Posto de Saúde Aldeia Figueira quando esse era na casa da AIS

⁴⁹ Esta e muitas outras escolas foram desativadas em função da finalização, em meados do ano de 2004, da construção de uma grande escola que agora concentra todas as crianças que estudam da 1^a à 8^a séries. A única exceção é para as crianças da aldeia Bugio, pois a nova escola fica na aldeia Palmeira. Ver foto em anexo.



Figura 8 - Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Figueira quando esse passou para a antiga escola

Na aldeia Sede, devido à reforma de seu Posto de Saúde, pois esse servia, desde os anos 80, como ambulatório-enfermaria para atender toda a população da TIL, mudou três vezes de local, durante a pesquisa em campo. Por primeiro, o Posto de Saúde funcionou dentro da escola da aldeia, durante o período de férias dos alunos, ocupando uma das duas salas de aula.



Figura 9- Posto de Saúde Aldeia Sede quando esse na sala de aula da escola

Depois, após o início das aulas, o posto passou para um outro espaço da escola, fora das salas de aula, procurando evitar-se o remanejamento dos alunos. Permaneceu ali até o mês de agosto/setembro quando, então, passou ao local que estava sendo reformado para sediá-lo.



Figura 10 -Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Sede.

Acima na escola após o início das aulas. Abaixo, nas instalações reformadas.

Na aldeia Palmeira, já estava construído o Posto de Saúde.

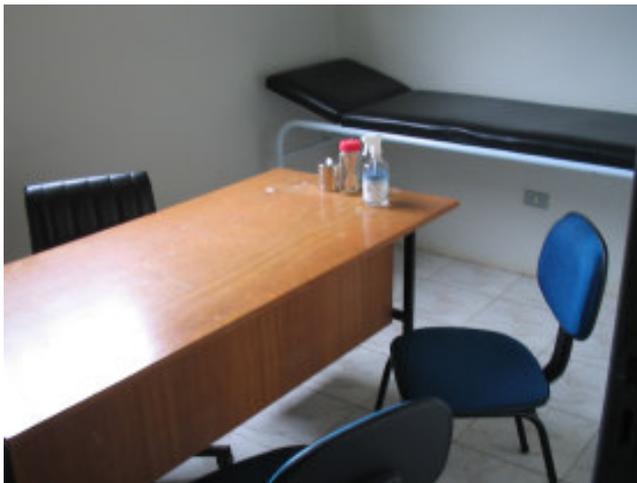


Figura 11 - Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Palmeira

Na aldeia Coqueiro, conforme a tabela 4, o Posto de Saúde já existia.



Figura 12 - Fotos do Posto de Saúde da Aldeia Coqueiro

Quanto aos materiais disponíveis dentro dos Posto de Saúde, todos possuem uma maca para examinar os pacientes, armários com remédios⁵⁰ e demais móveis necessários, como mesas, cadeiras ou sofás para acomodar médicos, AIS e pacientes. Com exceção do Posto de Saúde da aldeia Pavão, todos possuem rádios-amadores que permitem a comunicação entre os postos, o

⁵⁰ Veja em anexo uma lista dos medicamentos que fazem parte da farmácia dos Posto de Saúde e Pólo-Base.

Pólo-Base e as próprias aldeias. Somente uma aldeia possuía uma sala equipada com a “cadeira do dentista”, a aldeia Sede (Veja foto 2B). Havia na aldeia Palmeira uma sala destinada ao atendimento odontológico, porém essa estava sem qualquer tipo de material específico a este ofício. Nas demais aldeias (Coqueiro, Figueira e Pavão) sequer havia um espaço, no Posto de Saúde, para a realização do atendimento odontológico.

Sabe-se que as aldeias Bugio e Toldo não compreendem o lócus privilegiado de estudo. Porém, a título informativo, cito a situação instável da aldeia Bugio com relação a existência de um AIS. Esse saiu do cargo em meados do primeiro semestre de 2004, nesse período, quase dois meses, a aldeia ficou em busca de um outro AIS.

Portanto, os dados da Tabela 4 podem ser refeitos, atualizados a partir dos dados de 2004, obtidos durante a pesquisa de campo. Assim, tem-se:

Aldeia	Habitantes	População	Posto De Saúde	AIS	Município
Palmeirinha	307	Xokleng, Kaingang	X	01	José Boiteux
Figueira	235	Xokleng, Kaingang	Espaço improvisado	01	Vitor Meireles
Coqueiro	241	Xokleng, Kaingang	X	01	Vitor Meireles
Rio do Toldo	60	Xokleng, Kaingang	X	01	José Boiteux
Bugio	378	Xokleng, Kaingang, Guarani	X	—	José Boiteux
Duque de Caxias (Aldeia Sede)	203	Xokleng, Kaingang	Espaço improvisado até agosto	01	José Boiteux
Pavão	99	Xokleng, Kaingang	Espaço improvisado	01	José Boiteux
TOTAL	1.523			06	

Tabela 5 – Dados relativos a situação dos postos de saúde, dos AIS e das etnias residentes na TIL.

Nesta tabela, fiz, livremente, uma modificação quanto a existência dos grupos étnicos na área indígena, a partir das falas dos membros da comunidade. Esses reconhecem a presença da etnia Kaingang, em toda a área indígena e dos Guarani, apenas, na aldeia Bugio – uma vez que as poucas famílias Guarani que moravam na aldeia Toldo (segundo a Cacique da aldeia) mudaram-se para a aldeia Bugio.

A partir da pesquisa de campo pode-se dizer que, nessa área indígena, a equipe de funcionários da EMSI é composta por:

- 2 médicos
- 1 dentista
- 1 enfermeiro → que atua como chefe do Pólo-Base, o qual, no convênio de 2003-2004, foi substituído por um auxiliar de enfermagem até o mês de agosto, quando da contratação de uma enfermeira para assumir o cargo.
- 6 auxiliares de Enfermagem → que atuam nos postos de saúde no interior da terra indígena.
- 7 AIS → computei este número (7) porque a situação de inexistência de AIS, na aldeia Bugio, foi temporária, pois em menos de setembro já havia outro membro da comunidade ocupando este cargo.
- 4 AISAN

De acordo com a ONG Projeto Rondon, a carga-horária de trabalho dos AIS e AISAN é de 44 horas semanais, enquanto os demais membros da equipe (médico, dentista, auxiliar de enfermagem e funcionários do Pólo-Base) são contratados por 40 horas semanais.

Para cada membro dessa equipe, o Pólo-Base dispõe de uma espécie de cartilha, ou melhor, “uma agenda de atividades” correspondente às funções de cada cargo⁵¹. Também, é o Pólo-Base que concentra as atividades administrativas e gerenciamento dos recursos para combustível e medicamentos, inclusive aqueles que não compreendem a farmácia dos Postos de Saúde; agendamentos das consultas especializadas e exames na rede do SUS ou com particulares,

⁵¹ Ver em anexo.

o que se faz através de convênio. Possivelmente, há outras atividades pertinentes aos funcionários do Pólo-Base, porém, toda uma complexa organização e forma de funcionamento dificultaram o meu trabalho no sentido de apreender quais as responsabilidades desta unidade. Contudo, certo é que aqui não se faz atendimento médico, apenas são distribuídos medicamentos alopáticos e encaminhados os indígenas para as redes de contra-referência.

De toda a equipe apresentada acima, examinarei os dados sobre a rotina e organização, primeiramente, da consulta médica e, posteriormente, sobre o trabalho dos AIS.

Falar sobre a consulta odontológica fica um pouco mais complicado porque, durante toda a estadia em campo, mesmo que o dentista se deslocasse até as aldeias, as consultas não eram realizadas. O motivo? Segundo o próprio dentista era a falta de material para realizar sua função – material esse que já havia sido solicitado no final do ano de 2003.

4.2 A CONSULTA MÉDICA

Observa-se que o exercício dos dois médicos em dias de consulta, no interior da aldeia, é feito de maneira que, enquanto um atende duas aldeias que pertencem ao município de Vitor Meireles, o outro atende as cinco aldeias restantes, pertencentes ao município de José Boiteux. Ainda que ambos sejam funcionários da ONG Projeto Rondon, contratados pelo então convênio 2003-2004 enquanto membros da EMSI, a única explicação obtida, tanto da comunidade, como dos funcionários do Pólo-Base para esta divisão da rotina de atendimentos, era a pertença das aldeias a diferentes municípios. Aqui, resta uma dúvida que não foi esclarecida: por que num sistema de saúde que opera independente das divisões estaduais e municipais, o serviço de “consulta médica” no interior desta área indígena segue uma certa divisão municipal?

A rotina da médica que atende as cinco aldeias se orienta por um roteiro diário, o qual acaba por apresentar um itinerário semanal. Dessa forma, sua atividade no interior da área indígena segue:

- 2^a feira – Aldeia Pavão
- 3^a feira – Aldeia Toldo
- 4^a feira – Aldeia Sede
- 5^a feira – Aldeia Palmeira
- 6^a feira – Aldeia Bugio

Quanto às atividades do outro médico que atende a duas aldeias, sua rotina de “consulta médica” é realizada em um único dia. Neste dia, ou melhor, numa única manhã, ele passa pelas duas aldeias sob sua responsabilidade médica, acompanhado da auxiliar de enfermagem que perfaz o mesmo itinerário. Assim, tem-se:

- 5^a feira – Aldeia Coqueiro → aproximadamente entre 7h30min às 10h
- 5^a feira – Aldeia Figueira → aproximadamente entre 10h20min às 12h30min

Os atendimentos de “consulta médica”, feitos por ambos os médicos, ocorrem somente na parte da manhã. O horário para início das consultas não é fixo, porém, por volta das 12h30min às 13h encerram-se as consultas. Segunda a médica, há um limite de pessoas a serem atendidas em dia de consulta: um total de vinte pessoas por manhã, por aldeia. Esse limite de atendimento tem desencadeado, em algumas aldeias, “motivo de briga toda vida” (AIS). É “preciso chegar cedo” (AIS) para garantir a consulta. De fato, muitos indígenas já se encontravam de prontidão nos postos de saúde a partir das 7h da manhã, mesmo sabendo que os médicos podem aparecer após as 8h30min ou, ainda, não aparecerem.

Assim, se o objetivo é atender e solucionar o maior número de casos no interior das aldeias, verifica-se que em alguns dias a “toyota”⁵² “desce” (vai à cidade) cheia de “pacientes”⁵³, que tentarão atendimento na rede do SUS, mesmo que este não seja certo: primeiro, no hospital de José Boiteux; segundo, no hospital de Ibirama; seguido do Hospital de Jaraguá do Sul. Então, a locomoção, que deveria ser ponderada pelo caso, estado e gravidade da doença, passa a se realizar pela falta do atendimento nas aldeias. Soma-se, ainda, o dia marcado para consultar no interior de cada aldeia, ou seja, casos que não podem esperar pelo atendimento, oferecido no dia de “consulta médica”, levam, inevitavelmente, à rede do SUS fora da aldeia, a “descer” para a cidade em busca desse atendimento. Nesse caso, os indígenas ficam sujeitos a todo tipo de intempéries que tal situação apresenta.

Mesmo o atendimento à saúde dos povos indígenas sendo concebido como um subsistema da rede do SUS, a sua recorrência pelos indígenas tem gerado problemas financeiros e trazido à tona velhos preconceitos étnicos.

Quanto aos problemas financeiros, o mais evidente e ressaltado pelos funcionários do Pólo-Base é a falta de recursos para financiar todas as idas e voltas, seja ao hospital de Ibirama, ao hospital de Presidente Getúlio (cidades mais próximas), ou ao hospital de Jaraguá do Sul⁵⁴. Deslocamento que pode ou não ser feito com o “carro da saúde”, pois tudo depende da lotação, isto é, do número de pessoas já previstas a serem transportadas até algum desses hospitais para fazer um ou outro exame específico, como, por exemplo, consulta no oftalmologista ou a realização de Raios-X. Nesse caso, há duas maneiras de se contornar a situação: 1) o carro da saúde faz várias viagens num mesmo dia, especialmente se o transporte é até as cidades vizinhas; 2) o Pólo-Base paga as passagens de ônibus para o paciente e um familiar, se constatado um caso de emergência que não pode ser resolvido ali no hospital de José Boiteux.

Em ambos os casos, surge uma situação problemática a mais, além do recurso financeiro: o tempo, ou seja, a espera pelo transporte de volta para José Boiteux e depois até a sua

⁵² Os carros da FUNASA utilizados no transporte dos médicos e dentistas, para dentro da área indígena (ida e volta), e para transportar os pacientes, às redes de referência e contra-referência do SUS, são chamados pela comunidade de “toyota” ou “carro da saúde”. Alguns desses carros são realmente veículos da marca Toyota.

⁵³ Cito paciente entre aspas, porque não é nenhuma novidade, para comunidade e Pólo-Base, o fato de membros da comunidade indígena aproveitarem uma *carona* até a cidade de José Boiteux.

⁵⁴ Cito apenas estes hospitais, como parte da rede de contra-referência do SUS, pois nos casos em que algum indígena resolve, por conta dos fatores acima apresentados, deslocar-se em busca de um atendimento curativo emergencial, são estes os hospitais referenciados pelos próprios membros da comunidade e não apenas pela estrutura organizada do Pólo-Base.

aldeia. Essa espera pode durar grande parte do dia, daí um dos motivos pelos quais encontra-se membros da comunidade que permanecem na cidade, no “Bar do Rafael”, em José Boiteux.

Nessas situações, a alimentação fica por conta do próprio indígena que não raras vezes passa o dia com uma única refeição, aquela feita antes de sair de casa, por volta das 7h, 8h horas da manhã, quando pegou carona com o “carro da saúde”, que estava programado para levar os pacientes com exames marcados na rede de contra-referência. Ainda que se diga da existência de um recurso específico para alimentação nesses casos, muito comum foi escutar da comunidade reclamações quanto ao fato de não a receberem. Um exemplo disso, foi relatado, às avessas, através de uma moradora da aldeia Sede, a qual lembra que a FUNASA *uma vez* lhe deu dinheiro para almoçar quando passou o dia em José Boiteux por causa da consulta de um neto, porém, foi preciso “insistir, brigar” para ganhar o almoço. Durante a conversa faz um comentário, corrente entre os membros da área indígena Laklãnõ: “onde eles botam o dinheiro?”, pois sabe que é destinada uma verba para auxílio-alimentação. Ela não foi a primeira pessoa, com quem conversei, a desconfiar do destino deste auxílio. Contudo, tal desconfiança não paira apenas sobre os funcionários do Pólo-Base, mas também sobre determinados membros da própria comunidade indígena, como por exemplo, caciques.

No tocante às intempéries nascidas de uma relação interétnica, têm-se, de um lado, o preconceito, enfaticamente e constantemente, anunciado pelos indígenas quando se referem ao que enfrentam num hospital, até mesmo em José Boiteux. É comum falarem sobre o fato de brancos serem passados à sua frente na fila de espera pela consulta: “a gente fica ali, fica o dia inteiro, vai passando gente na frente”. Além disso, relatam não receberem a medicação que é distribuída gratuitamente no hospital, como por exemplo, antitérmicos ou analgésicos, sob o pretexto de que “não tem, é pra pegar no pólo-base”, contam os indígenas.

Toda essa situação de preconceito étnico local é de inteiro conhecimento do pessoal do Pólo-Base e da gerência do DSEI-Interior Sul. Num dos retornos que fiz, para Florianópolis, pude participar, como ouvinte, da VIII Reunião do Conselho Distrital de Saúde Indígena do DSEI-Interior Sul/ CONDISI-INSUL. Nessa reunião, os dois representantes do Conselho Regional de Saúde da área Indígena Laklãnõ, o presidente e o vice, firmavam constantemente e publicamente a necessidade da ida dos funcionários do DSEI até José Boiteux e cidades vizinhas da TIL, para

estabelecer um diálogo com os municípios, a fim de melhorar a situação de desprezo e preconceitos sofridos quando da utilização dos serviços de saúde na rede do SUS.

Por outro lado, parte das intempéries advindas da interação interétnica, no contexto do SUS, resulta de uma atitude que, como bem resumiu um AISAN durante o grupo focal, marca um modo de ser Xokleng, a saber: “...o índio chega lá e tem que entrar... índio quer na hora”. Atitude e um modo de ser que se expressam também na relação com os médicos no dia de consulta e no Pólo-Base. Tanto a médica como os funcionários do Pólo-Base, quando falavam sobre a relação no dia-a-dia de seu trabalho com a comunidade indígena, costumavam relatar sobre uma atitude, interpretada por eles, como ofensiva e determinante nos motivos de dificuldades para desenvolver um bom relacionamento. Essa atitude é, mais uma vez, esclarecida por um membro da comunidade indígena: “índio chega no pólo-base, eu quero isso, quero aquilo lá...”. O que este índio quer, segundo os funcionários do Pólo-Base e dados da observação participante, pode ser tanto um remédio, uma prontidão no seu encaminhamento para a rede do SUS, como a solicitação para fazer um exame específico.

A médica que trabalha na área indígena, atendendo a maior parte das aldeias, conta durante uma conversa, de quase duas horas, como foi o início de seu trabalho com os Xokleng. Um início nada fácil e bastante tumultuado, pois: “eles [indígenas] chegavam e apontavam o remédio que queriam, Sulfa, Diclofenaco”. Isso a incomodava pela pressão da situação que, segundo ela, “isso induz a prescrever o medicamento, sabendo que está sendo manipulada”. Motivo suficiente para, nas primeiras semanas de trabalho, gerar um conflito com a comunidade. Conflito determinado pela falta de diálogo, diante dessas situações, pois, segundo ela, “enquanto médica, uma profissional formada”, sua atitude era de “imposição da sabedoria da medicina” - refletindo sobre o formato da consulta médica, sobre a prescrição de medicamento ou exames. Contudo, superado o conflito inicial, após algumas conversas com lideranças da comunidade, ela relata que aprendeu que aquela sua postura de médica intransigente “não era possível”. Que ali era necessário ter “jogo de cintura” e aprender a “negociar, trocar”. Mas, principalmente, saber “tratar bem”, ou seja, saber conversar com a comunidade quando não ia atender uma solicitação qualquer, justamente, por reconhecer um “uso indiscriminado de remédio”, por parte da população.

Essa percepção foi compartilhada, também, pelo cacique da aldeia Palmeira, ao expor que seu povo vem tomando remédio de forma indiscriminada, o que poderia ser percebido, segundo ele, no fato de que cada casa estaria montando sua farmácia própria (com medicamentos fornecidos pela FUNASA e distribuídos no Pólo-Base) e, assim, a qualquer dor ou outro motivo, os indígenas estariam tomando remédio. Esse fato é identificado por ele como problemático, pois, por um lado, quando o remédio é realmente necessário (se antibiótico) já não faria mais seu efeito, trazendo, portanto, novos problemas com o uso, e, por outro, o que seria, em sua opinião, consequência do primeiro, um descaso e abandono do uso do “remédio do mato”. De fato, em todas as casas que entrei, era possível ver uma pequena farmácia com remédios na cozinha, entre estes, diclofenaco, paracetamol, óleo mineral, bálsamo branco, clorafenol e xaropes.

Na opinião da médica, aquelas dificuldades enfrentadas, no início de seu trabalho, poderiam ser superadas se houvesse uma preparação do profissional branco, não-índio, que ali vai atuar. Segundo ela, é necessário, primeiro “conhecer e depois trabalhar”, pois reconhece que todos os membros da EMSI carecem de um “treinamento específico da cultura indígena”. Essa falta de um treinamento para a EMSI é, inclusive, destacada pelos AIS como um fator que gera algumas dificuldades no cotidiano dos serviços de atenção primária, seja entre eles e os outros membros da equipe, seja entre os AIS e os demais indígenas, pois:

Índio conhece os outro índio, e cada, quando vem um funcionário branco, não-índio trabalhar com índio, até eles pegar, assim, o branco conquistar o índio, sempre foi assim, daí quando o índio pega confiança com o branco, daí o índio se abre mais, agora se não, não. (AIS).

O treinamento específico a que se referem, se pode dizer, exigiria dois momentos: primeiro, um aporte teórico capaz de informar e orientar sobre as formas de organização social, econômica e política da comunidade, viabilizando e facilitando, assim, o segundo momento, o de um período de convívio prático entre a comunidade indígena.

A partir de uma descrição sobre a “consulta médica”, destacam-se algumas considerações. Uma delas é que essa não tem sido suficiente para abarcar toda a demanda, implicando, então, no deslocamento dos indígenas, para fora da TIL, com o propósito de realizarem a assistência primária na rede de contra-referência do SUS. Por sua vez, esse fato desvela outras duas ponderações, intimamente relacionadas: 1) as dificuldades e preconceitos

sofridos pelos indígenas quando da recorrência a esta rede; 2) a falta de uma articulação interinstitucional entre DSEI e as redes de contra-referência, portanto, entre DSEI e Municípios.

Dentre os motivos para essa deficiência, na prestação da atenção primária no interior das aldeias, pode-se destacar o número fechado de pacientes a serem atendidos em dia de consulta, realizada, em cada aldeia, numa única manhã. Soma-se a isso, a inexistência de um horário fixo de trabalho dos médicos e a falta de uma efetiva assiduidade desses em deslocarem-se até as aldeias. Salienta-se, aqui, que esses médicos são contratados por 40 horas semanais de trabalho, mas, no entanto, dentro das aldeias, trabalham, apenas na parte da manhã. Por fim, mas não menos importante, a falta de preparo dos profissionais não-índios da EMSI para atuarem num contexto etnicamente diferenciado.

4.3 O AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE XOKLENG – O CONTEXTO E UM PERFIL

A Política Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, como já foi visto no item 3.3, declara que a escolha do AIS deve ser feita por indicação da comunidade. Contudo, não há nenhuma orientação quanto à forma dessa escolha. Na área indígena Laklãnõ, os AIS, que deveriam ser indicados pela comunidade, são indicados pelo próprio cacique, o qual, em alguns casos, indica parentes seus, consangüíneos e afins. Veja-se, por exemplo, a genealogia dos AIS que atuaram no convênio 2003-2004, momento da pesquisa de campo.

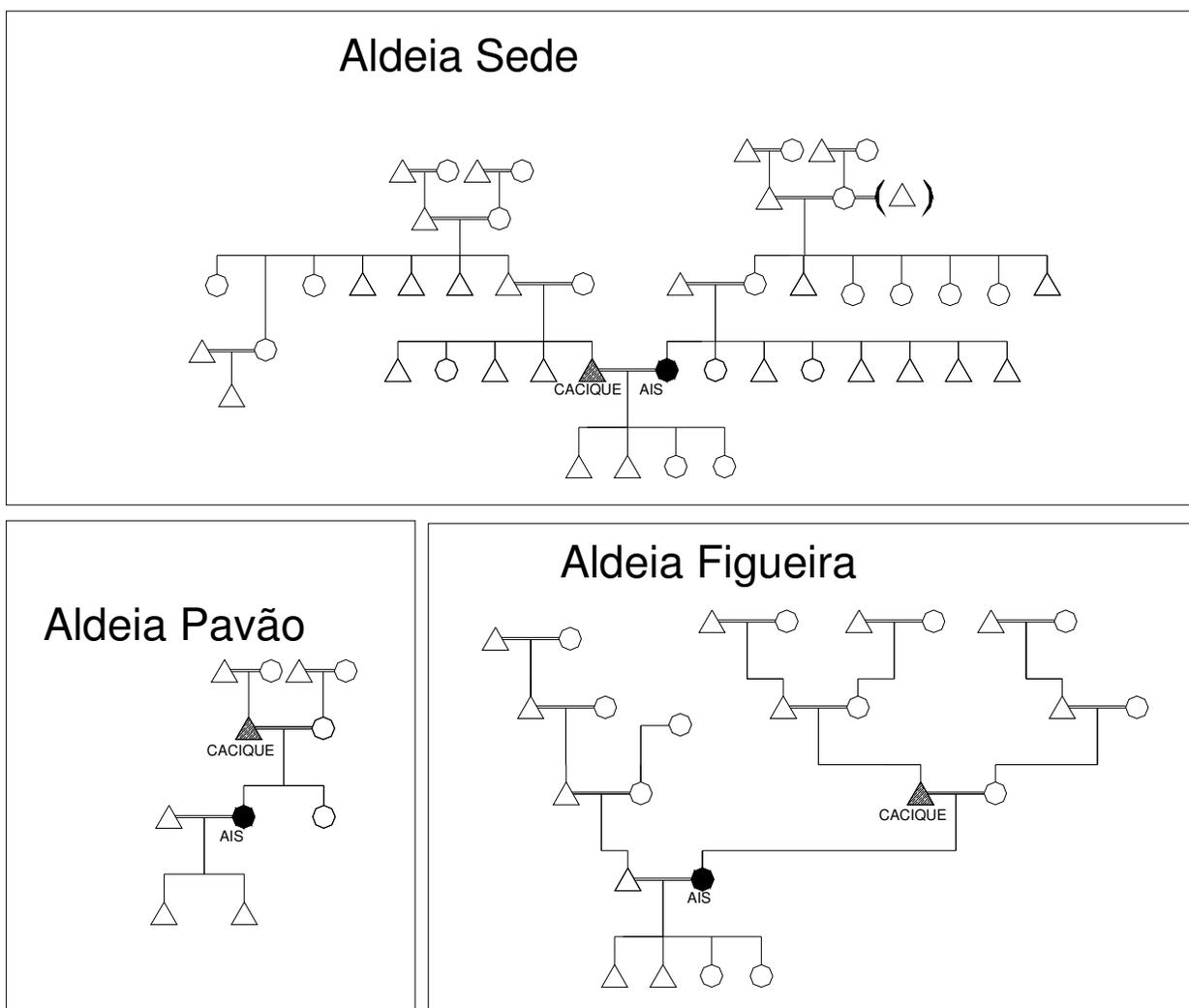


Figura 13 – Genealogia dos AIS que têm algum grau de parentesco com cacique.

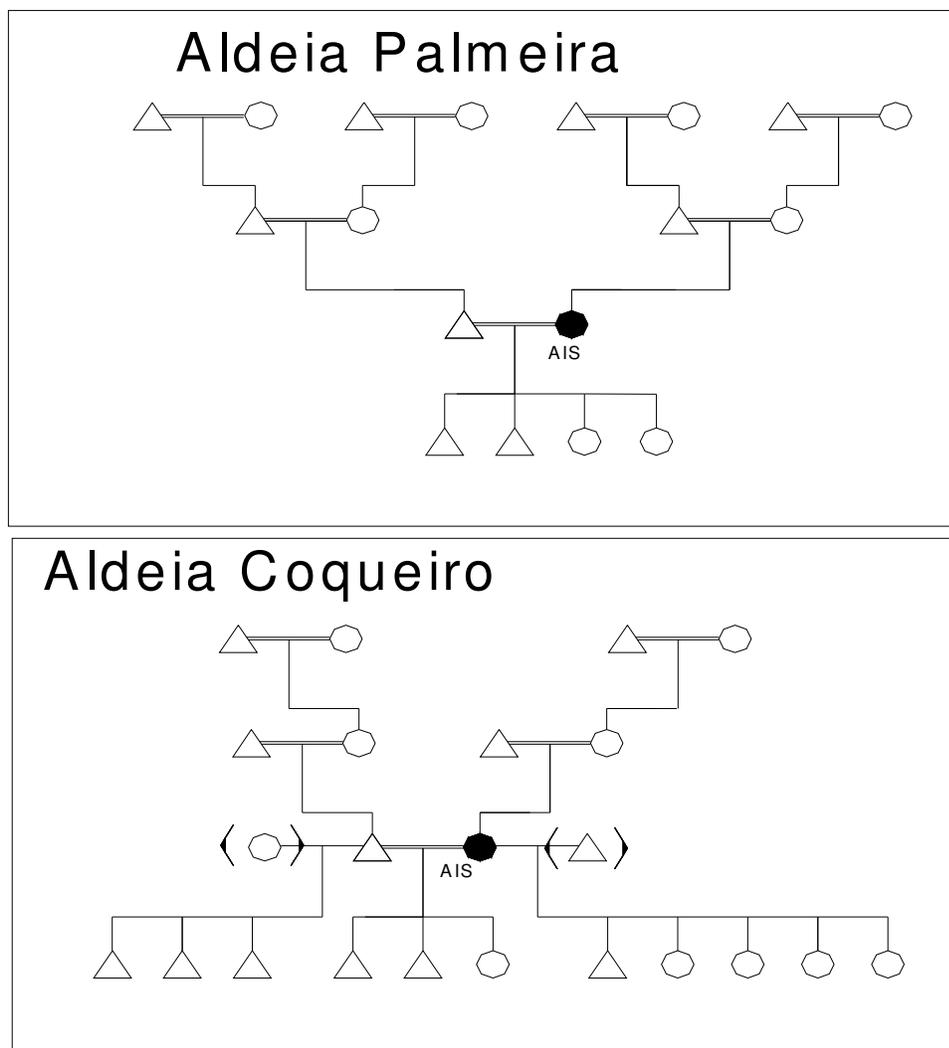


Figura 14– Genealogia dos AIS sem parentesco com caciques

A partir das genealogias é possível se observar que das cinco aldeias, em três delas os AIS tem algum grau de parentesco com os caciques de sua aldeia, enquanto em apenas duas não.

A comunidade, inclusive, costuma referenciar uma contingência de cooptação de parentes dos caciques para este cargo, o que gera, em parte, entre as facções locais, uma diversidade de avaliações sobre o desempenho dos AIS. Isso porque as avaliações da comunidade sobre o trabalho dos AIS não deixam de levar em conta sua efetiva assiduidade, dedicação e preparação, como se verá mais adiante.

Uma explicação possível, mas não adequada, para os casos de indicação de um parente, pode ser formulada levando-se em conta que os Conselhos Locais de Saúde encontram-se em processo de construção. Embora, já exista a formação desse Conselho – são dois conselheiros por

aldeia, um total de 14 para a área indígena - sua operacionalização e dinâmicas internas de funcionamento estão ainda sendo exploradas e estudadas pelos membros da comunidade.

Durante o período de pesquisa de campo, as únicas reuniões do Conselho de Saúde Local que houveram foram feitas nas dependências do Pólo-Base, entre os próprios conselheiros e alguns caciques, sem a participação da comunidade, para tratar das dificuldades no setor de promoção da saúde que envolviam os AIS, médicos e transporte, de diferentes aldeias. Poder-se-ia imaginar que a comunidade tivesse sido convocada para cada reunião anterior à do Conselho Local, nas aldeias com seus respectivos moradores. Todavia, isso não acontecia. Fato suficiente para a comunidade ver com descrédito a atuação dos conselheiros: “conselheiro de saúde? Eu falo alguém fica brabo!” (moradora da aldeia Sede).

No entanto, ao considerar que estes indígenas participam de processos eleitorais, tanto como eleitores, quanto como candidatos e têm uma longa história de negociação política nas áreas da educação e demarcação territorial, a explicação ao fato de que a indicação de um parente para o cargo de AIS seja devida à inexperiência da comunidade, com as dinâmicas do exercício dos Conselhos Locais, não me parece suficiente. É certo, que apenas algumas “personalidades” participam mais ativamente destas atividades políticas, portanto, somente seria possível pensar numa inexperiência, referente aos trâmites político, daqueles menos envolvidos nestes processos.

Contudo, é importante observar as implicações êmicas envolvidas na incorporação dessas formas de organização, gestão, promoção e avaliação dos serviços de saúde. Como procurarei demonstrar ao longo desse trabalho, reflexão que não é mérito meu, mas de conhecimento público entre os antropólogos, não se pode desconsiderar a inerência dos elementos culturais nas relações e negociações interculturais, pois, esses elementos, são o repertório a partir do qual se parte para pensar, agir, refletir, articular e, até mesmo, criar. Portanto, aqui entre os Xokleng, não teria razão de ser diferente, há perpassando toda a dinâmica de gestão, promoção e avaliação dos serviços de saúde um caráter êmico, particular de suas relações políticas internas, o qual aponta o cacique como uma autoridade, um representante do grupo, mesmo sendo um cargo que jamais estará livre de intrigas, acusações e insatisfações.

Quem descreve a importância da participação dos caciques é uma AIS, enquanto respondia sobre o que havia melhorado nos serviços de saúde com a FUNASA:

olha de uns dois anos pra cá, fora esse que nós tamo agora, dois anos atrás tava melhorando, assim a gente pensou: agora vai muda bastante, vai ter mais o atendimento que eles dizem diferenciado, que até agora a gente não viu ainda, né, complicado, ... tá mais pelo SUS que ..., aí agora de um ano pra cá piorou, eu não sei dize se é lá de Florianópolis que eles que não estão sabendo trabalhar como que é, ... quando tava a Dalva, tava indo mais ou menos, dava um jeito de ajudar, se o médico pedia um exame, assim mais avançado, particular, ela sempre ajudava, tava indo bem o tempo dela, depois ela saiu entrou o outro coordenador, esse que entrou agora não sei o quê que deu. Aí antes, dois anos atrás era outra, outra liderança né, mas assim, parecia mais unida a liderança, os cacique, quando dava problema na saúde, um cacique organizava, daí os cacique ia pro Pólo-Base, ali eles reunia, conversava e ligava lá pro coordenador: que assim não tava certo, pra marcar uma reunião pra ir pra lá acertar as coisa, ... parece que quando vinha, tava certo, e hoje não dá mais, é eles que dão a ordem pros cacique, eles que dizem: assim, não, não vai dá. (AIS).

Seria um equívoco, portanto, pensar que essa indicação de parentes, para cargos assalariados, como o de AIS, fosse apenas resultado de uma má, e ainda desconhecida, organização do Conselho de Saúde da Terra Indígena Laklãnõ. De fato, há nas interações sociais entre os Xokleng uma operação reguladora dos laços de reciprocidade, a qual está emaranhada em um faccionalismo local e, como já foi dito, este faccionalismo Xokleng regula, organiza e determina as relações entre parentes consangüíneos, afins e não parentes (URBAN, 1978; NAMEN, 1994).

Mas, esses laços de reciprocidade entre parentes consangüíneos, afins e não parentes, não são o único operador influente. Pode-se destacar, também, como operador dos laços de reciprocidade, as relações sociais norteadas por uma comunhão religiosa. Ou seja, as relações sociais entre “crentes” e “não-crentes”, informados por uma “co-substancialidade” (WIJK, 2002), também, são fatores que influem nas estratégias de incorporação e utilização dos serviços de saúde. Entretanto, importante destacar, que não se trata do acesso ou despojamento dos grupos aos recursos disponíveis, mas de uma explicação, sobre o fato da indicação de um parente, condizente com as relações sócio-políticas operantes na TIL. Por exemplo, ao se admitir que, através da co-substancialidade, os Xokleng encontram meios para realizar uma manobra de “... gradual incorporation and transformation of non-consanguineal kin (affines) as kin, providing affines with a status of social kin...” (op. Cit.: 4), pode-se ter pistas para entender porque, na aldeia Coqueiro, a AIS, uma branca, sem laços de consangüinidade com o cacique de sua aldeia, foi indicada. O cacique, um Xokleng, é crente e a AIS é a esposa do pastor, um Kaingang, de sua aldeia.

Procurando contornar a indicação de um parente para o cargo de AIS, a FUNASA, juntamente com a ONG Projeto Rondon, formulou uma nova estratégia. A partir de 2003, foi solicitado que se indicassem duas pessoas por aldeia, as quais passariam, então, por um processo de seleção realizado através da aplicação de uma prova. Quem descreveu essa nova forma de seleção foi a AIS da aldeia Pavão, a qual comentou, durante uma conversa, que este processo seletivo passou a ser feito a partir do convênio de 2003-2004. O conteúdo da prova não foi discutido, pois ela não se lembrava⁵⁵.

Assim, apresento um perfil dos AIS selecionados para atuar, durante o convênio de 2003-2004, na TI Laklãnõ. Para uma elaboração capaz de descrever algumas informações básicas sobre o perfil desses, ponderou-se categorias como: sexo, idade, grau de instrução formal, opção religiosa, etnia, se fez curso de capacitação e formação de AIS, outras atividades que desenvolve dentro da área indígena e grau de parentesco com cacique. Nesse perfil, uma AIS a mais foi incluída, da aldeia Toldo. Os motivos para sua inclusão são: 1) ela participou do grupo focal; 2) tive oportunidade de conversar com ela noutras ocasiões, o que possibilitou a coleta de algumas informações.

⁵⁵ Acredito que um estudo sobre esta prova seria necessário para uma melhor compreensão do perfil de AIS que a FUNASA está querendo destacar. Contudo, isso não foi possível ser realizado nesta etapa da pesquisa.

Assim, tem-se:

Aldeia	AIS: sexo, idade e tempo de trabalho	Etnia⁵⁶	Curso capacitação/ data	Religião	Grau de instrução	Curso técnico – Aux. Enf.	Parentesco c/ cacique	Outras funções
Sede	Mulher – 30 2003-04	Xokleng	—	Ex-crente da Assembléia	8ª supletivo		Mulher do cacique	
Pavão	Mulher – 32 2003-04	Mestiça Kaingang /Branco.	—	Ex-crente/ hoje frequenta católica	2º grau incompleto	X – cursando	Filha do cacique	Conselheira de Saúde/ Secretária do cacique
Coqueiro	Mulher – 47 2003-04	Branca	—	Crente	5ª - 8ª série supletivo			Tesoureira do Centro de Recuperação ⁵⁷
Figueira	Mulher 2000-2004	Xokleng	X – 1 curso no ano de 2001	Crente da Assembléia	2º grau incompleto Supletivo		Filha do cacique	
Palmeirinha	Mulher – 36 1999-2004	Xokleng	X – 1 curso em 2001	Ex-crente	2º grau completo Supletivo			
Toldo	Mulher 1999-04	Mestiça Kaingang /Xokleng	X – 1 curso em 2001	Não se tem a informação	Não se tem a informação	X - cursando	Ela é a Cacique	Conselheira de Saúde

Tabela 6 - Perfil dos AIS atuantes na T.I. Laklãnõ durante o convênio 2003-2004

⁵⁶ As categorias étnicas e de identificação religiosa, aqui apresentadas, são resultado de uma auto-identificação.

⁵⁷ Há na aldeia Coqueiro um centro de recuperação para drogados, que é administrado por um pastor Kaingang e sua esposa.

Verifica-se, a partir da tabela acima, que em três aldeias as AIS já atuavam como agentes de saúde. Tendo, portanto, renovado seu contrato ao longo de quatro convênios, no caso da aldeia Figueira, e por cinco nas aldeias Palmeira e Toldo. Nas demais aldeias, Sede, Pavão e Coqueiro, o convênio 2003-2004 representou o primeiro ano de trabalho para as pessoas que assumiram o cargo de AIS. A partir disso, uma questão vem à tona, a qual refere-se a uma situação de estabilidade e permanência ou de circularidade das pessoas contratadas para atuar no cargo de AIS. Das sete aldeias, somente em três têm-se uma realidade de estabilidade. Assim, quatro das sete aldeias conviveram, a cada renovação de convênio, com a mudança dos sujeitos que trabalham como AIS.

Uma resposta para essa circularidade de funcionários, dada tanto pelos membros da comunidade como pelos funcionários do Pólo-Base, era a mudança de caciques. No entanto, nesta área indígena, eles só mudam a cada três anos. Portanto, se houvesse uma relação direta entre mudança de caciques e mudança de AIS esta deveria corresponder a trocas trienais, o que não é o caso, pois em 2003 os caciques estavam no seu segundo ano de mandato e a renovação de convênio, referente ao quadro de funcionários para AIS, em toda a TIL, apresentou quatro mudanças. Ao final da pesquisa, nas cinco aldeias estudadas, três AIS deixaram seu posto. Os motivos apresentados pelas próprias ex-AIS foram: o término do curso de Técnico em Auxiliar de Enfermagem, o que levou duas delas a serem contratadas como as auxiliares de enfermagem em suas aldeias (foi o caso da aldeia Pavão e Toldo); no caso da ex-AIS da aldeia Coqueiro, foi por motivo de ordem pessoal, citando como causa principal a mudança de residência para fora da área indígena.

Para ilustrar essa situação de circularidade, elaborei uma tabela com dados obtidos através da ONG Projeto Rondon, que disponibilizou uma “Relação de Empregados” referente aos AIS que atuaram de 2002 até 2005 na área indígena Laklãñõ. Procurando preservar a identidade desses sujeitos, a estratégia encontrada foi marcar com um N o ano que representou uma mudança de profissional – portanto, naquelas aldeias e anos em que apenas se visualizar um P, está se referindo à permanência. Mais um esclarecimento: como o ano de 2002 foi o início do trabalho conveniado com a ONG, na TIL, parceria que antes a FUNASA realizava com o Município, discriminou-se, no ano de 2002, apenas o sexo dos sujeitos contratados, pois

não era possível comparar com os anos precedentes, uma vez que tais dados não foram acessados.

Convênio Aldeia	2002-03	2003-04	2004-05	2005-06
Sede	♀	N	P	P
Pavão	Não existia	♀ N	N	N
Bugio	♀ até o mês 05 , depois ♂	N e ainda neste mesmo ano M	N	P
Coqueiro	♀	N	P	N
Figueira	♀	P	P	P
Palmeira	♀	P	P	P
Toldo	♀	P	N	N

N= Novo AIS; P = permaneceu o mesmo AIS do ano anterior

Tabela 7 - Dados referentes aos AIS, fornecidos pela ONG Projeto Rondon

Parcialmente, essa circularidade de funcionários tem uma implicação sobre a participação em cursos de formação e capacitação para AIS, pois, como se verá a seguir, tais cursos não são constantemente oferecidos. Quanto a esses cursos, através da tabela sobre o perfil de AIS (tabela n. 6), outro dado merece atenção: as AIS que iniciaram seu trabalho há quatro ou cinco anos (caso das aldeias Figueira, Palmeira Toldo), o fizeram sem uma preparação ou capacitação para atuar e exercer as funções esperadas⁵⁸, ao que relatam sobre o início de seu trabalho:

No início, quando foi no tempo do Zé⁵⁹ né, ele era outro enfermeiro, ele ajudava muito a gente, assim, a gente não tinha capacitação, mas ele orientava né a gente, daí duns dois anos pra cá não teve mais ninguém, depois que saiu. A orientação dele era assim sobre as visitas, como era pra nós fazer né, ele orientava bastante, daí até era melhor quando o Zé tava junto com a gente. (AIS).

⁵⁸ Quanto ao que se espera de um AIS, em termos de diretrizes Nacionais, ver a discussão no item 3.3 página 62. Já para as funções e atividades localmente atribuídas as AIS, item 4.4, página 106.

⁵⁹ Zé é um pseudônimo.

As AIS contavam, apenas, com esse tipo de orientação informal quando assumiam seu cargo. Foi assim, ao menos, até o ano de 2001. Data em que participaram, pela primeira vez, de um curso de “Capacitação Módulo Introdutório e 1º Módulo para AIS e Auxiliar de Enfermagem”, realizado na cidade de Chapecó – SC, no período de 03/12 a 14/12/2001⁶⁰. Esse foi o único curso de capacitação e formação realizado para AIS, pertencentes ao DSEI-Interior Sul, até o ano de 2005. Quanto ao conteúdo trabalhado nesse curso, limitarei a apresentar aquilo que foi anunciado pelas próprias AIS, uma vez que seus relatos, tomados em diferentes momentos, destacam pontos comuns, mas que pouco falam sobre todas as “matérias” que se têm acesso quando se lê o Relatório de Atividades do curso⁶¹.

Segundo as AIS, nesse curso de capacitação foram tratados assuntos referentes a: “erva medicinais, como preparar; como visitar, como que entrar numa casa, como conversar, e foi isso.” Apenas a AIS do Toldo especifica e alarga os conteúdos trabalhados, destacando o aprendizado sobre “medicamento e prevenção de verminose” e sobre o uso e preparo da multimistura. Em seguida, essa AIS faz uma avaliação crítica, reclamando a falta de tratamento de água e a verminose como uma das doenças mais comuns em sua aldeia.

As AIS das aldeias Sede, Pavão e Coqueiro, por terem iniciado suas atividades, nesse cargo, em 2003, não passaram por um curso de capacitação, pois, como já se disse, o único curso com essa qualificação foi oferecido, somente, no ano de 2001. Ao relatarem sobre como foi assumir o cargo de AIS, contam que, no momento de iniciar suas atividades, tiveram apenas uma orientação quanto: a) uma ‘agenda de atividades’; b) breve explicação sobre a visita domiciliar, uma orientação sobre como chegar na casa e conversar. Enfim:

Quando eu comecei a trabalhar, não falaram nada né, só foi contratado né, e quem na época trabalhava no Pólo-Base era o enfermeiro Zé que deu uma orientação assim sabe do básico pra gente né, e eu por aquilo ali eu fui fazendo e aprendendo e eu o que eu sei né eu vou fazendo na aldeia, mas não que eu tive curso. (AIS).

Outro dado que se verifica na tabela n. 6. é sobre o sexo dos AIS. Na TIL, no convênio 2003-2004, todas os AIS, com exceção o da aldeia Bugio, são mulheres. Isso, segundo elas,

⁶⁰ Os dados referentes ao curso, como data e local, foram obtidos junto ao DSEI-SUL, na sede de Florianópolis – SC.

⁶¹ Veja, em anexo, a parte do Relatório que informa sobre as atividades e conteúdos trabalhados.

“ajuda pra conversa sobre amamentação, gravidez e outros assuntos”. Quem afirmou isso foi a AIS da aldeia Pavão, mas essa fala não deixa de representar aquilo que pensam as outras. Quando, porém, elas vão conversar “com homem, tem que conversar muito bem pra ele conta o problema, né, se não é difícil” (AIS), no entanto, afirmam que “AIS tem que ser mulher, que tem jeito pra perguntar, a gente tá ali pra perguntar” (AIS). Inclusive, numa rápida conversa com o AIS da aldeia Bugio, ele comentou sobre uma certa dificuldade no início de seu trabalho, identificada por ele, pelo fato de ser homem.

Através das descrições e reflexões apresentadas, neste capítulo, algumas considerações podem ser feitas. Primeiramente, pode-se destacar que na incorporação dos serviços de saúde oferecidos pela Sociedade Nacional há uma atualização e (re)elaboração desses serviços por parte da Comunidade Laklãnõ. Em outras palavras, os indígenas se apropriam dos serviços de saúde por meio de estratégias condizentes e coerentes com suas formas e dinâmicas de organização e manutenção dos laços sociais e políticos. Isso se verifica e, de certo modo, fornece elementos para se compreender o porquê dos sujeitos indicados para o cargo de AIS, terem algum grau de relação de parentesco com o cacique de sua aldeia. Das seis AIS apresentadas, três têm alguma relação de parentesco, seja consangüínea ou afim, com o cacique de sua aldeia, enquanto noutra aldeia a AIS é a própria cacique.

A cooptação de parentes desvela nas relações interétnicas, entre Xokleng e não-índios, um impasse decorrente de expectativas diversas. Enquanto as agências de saúde esperavam que uma “lógica técnica” (GARNELO, 2003:162), que pode ser pensada como uma lógica imparcial, orientasse a escolha das AIS, o que se vê operar é uma “lógica comunitária” (op. Cit.: 162), entendendo essa como uma lógica êmica, norteando os princípios e dinâmicas de indicação dos sujeitos. Contudo, é preciso alertar que a cooptação de parentes não é sinônimo de sujeitos desqualificados ou descompromissados, pois fica evidente a falta de cursos de capacitação e formação para os AIS atuantes. Essa falta de cursos de formação e capacitação, inclusive, é fato apresentado e destacado pelas próprias AIS, como se verá mais adiante, como uma das dificuldades em exercer qualificadamente suas funções.

Por fim, *não* fica claro que a *circularidade* de AIS, na área pesquisada, tem como fator *único e determinante* o parentesco com o cacique. É necessário se ter em mente que há outros

fatores operando e contribuindo para essas mudanças, como por exemplo, o caso das duas AIS (Toldo e Pavão) que, após terminarem o curso de Auxiliar de Enfermagem, decidiram deixar suas funções para assumirem, então, o cargo de auxiliares de enfermagem, cujo salário é melhor.

4.4 DIA DE TRABALHO – UMA ROTINA DAS AIS XOKLENG

É preciso visualizar as AIS em dois contextos distintos ao descrever sua rotina de trabalho: 1) no posto de saúde em dia de consulta médica; 2) nas visitas domiciliares. Entretanto, mesmo fazendo uma descrição singular, homogênea, das atividades desenvolvidas nesses dois contextos, é preciso estar atento às particularidades que emergem da interação entre AIS e os membros da comunidade, em cada aldeia, e da presença ou não nesta, de uma auxiliar de enfermagem.

Antes de descrever a atuação das AIS, nesses dois contextos, vale apresentar as funções que lhes são localmente atribuídas pela FUNASA. Estas estão dispostas naquilo que venho chamando de “agenda de atividades”⁶²:

- Visitas domiciliares.
- Cadastrar e atualizar as famílias nas aldeias.
- Identificar as famílias expostas à situação de risco.
- Realizar acompanhamento, através da visita domiciliar da medicação prescrita pelo médico.
- Realizar as ações coletivas previstas no Plano de Saúde Bucal, orientando dieta e higiene bucal.
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária.
- Conversar com as pessoas e explicar o objetivo da visita.

⁶² Adaptado de documento fornecido pelo Pólo-Base, o qual tem uma versão própria para cada um dos membros da EMSI, veja em anexo.

- Identificar, comunicar e registrar nascimentos, óbitos, encaminhar pacientes para tratamento.
- Fazer controle mensal de peso e altura das crianças e gestantes.
- Acompanhar a aplicação do esquema básico de vacina.
- Acompanhamento dos programas existentes nas aldeias: Saúde da Mulher, Criança e Idoso.
- Relatório Mensal das atividades.
- Conhecer a Política Nacional de Saúde.
- Conhecer e controlar o Controle Social.
- Orientar a comunidade sob [sic] a forma de funcionamento dos serviços de referência.

Dentre essas atividades, optei por discorrer sobre as visitas domiciliares e as atividades desenvolvidas dentro do posto de saúde em dia de consulta, uma vez que as demais atividades são realizadas num desses dois contextos.

4.5 É DIA DE CONSULTA MÉDICA NO POSTO DE SAÚDE

Nos postos de saúde, no dia da consulta médica, é possível ver as AIS atuarem em dois momentos. O primeiro é antes do sujeito realizar a consulta propriamente dita com o médico, momento esse em que as AIS realizam ou resgatam o cadastramento dos sujeitos, o que é feito através da coleta e registro do nome e idade para preencher o “Formulário da Consulta” e, em seguida, procurar a ficha de cada um e encaminhá-los (ficha e sujeito) ao médico. O segundo momento é após a consulta, quando os sujeitos dirigem-se à Auxiliar de Enfermagem, que distribui o medicamento prescrito na receita médica, escrevendo na parte externa da caixa e, ao mesmo tempo, fornecendo e explicando as informações quanto ao uso (de quantas em quantas

horas deve ser tomado e por quanto tempo). Nesse segundo momento, quando não há Auxiliar de Enfermagem (caso da aldeia Pavão), é a própria AIS quem realiza a função de distribuição dos medicamentos, seguindo os mesmos passos acima relatados, recorrendo, em caso de alguma dúvida quanto a prescrição (modo de uso), à médica.

Por vezes, foi possível observar que, caso a Auxiliar de Enfermagem estivesse ocupada com outras tarefas, eram também as AIS que distribuía os medicamentos e suas respectivas prescrições. Porém, em caso de dúvidas sobre as formas de uso, recorriam à Auxiliar para esclarecê-las. Essa função foi relatada pelas AIS como parte de suas atribuições, entre outras que realizam dentro dos postos de saúde, como: “fazer a limpeza do postinho” e organizar o ambiente, seja para dispor os medicamentos num armário, seja dos pôsteres informativos que se encontram ao longo das paredes. Em suma, elas são responsáveis, também, pela apresentação e manutenção visual e higiênica dos postos de saúde.

Observa-se que todas estas atividades (cadastramento dos sujeitos, distribuição dos medicamentos prescritos e, inclusive, o controle de peso das crianças e gestantes – outra atividade prevista na ‘agenda de atividades’) podem e são, em alguns momentos, realizadas apenas pelas auxiliares de enfermagem, onde estas existem, quando deviam estar sendo realizadas em conjunto com as AIS. Isso acontece nas vezes em que, de uma maneira ou outra, tomam para si executar tais funções, antecipando-se às AIS. Essa antecipação, em parte, explica os momentos nos quais as AIS, em dia de consulta médica, ficam a passear no lado externo do posto de saúde, conversando (no idioma xokleng) com as pessoas que foram consultar. Nesse contexto em que atuam AIS, auxiliar de enfermagem e médicos, a impressão resultante das funções das AIS pode facilmente ser confundidas com a de uma recepcionista, aquela que fica próxima à porta de entrada, cumprimentando e respondendo perguntas sobre: o médico já chegou? A toyota vai descer?

Não se trata aqui nem de uma crítica à Auxiliar de Enfermagem, nem às AIS, mas, acredito, o despontar, por um lado, de dados sobre a insuficiência de cursos de formação e capacitação, e a ineficiência destes cursos quando não-contínuos. Isso é um dos fatores que contribui na qualidade de suas atividades e para uma não inclusão efetiva das AIS nas funções desenvolvidas pela EMSI nos postos de saúde. Pois, observa-se uma articulação e realização de

tarefas, nesse contexto, orientada não apenas pelas atitudes de antecipação, mas especialmente norteada por uma hierarquia dos saberes e conhecimentos. Em outras palavras, está se destacando os problemas e dificuldades que emergem da falta de cursos de formação e capacitação, situação essa que tem um complicador maior nas relações sociais assimétricas entre AIS e os demais membros da EMSI, embasadas numa formação e qualificação titular, formal.

AIS é o maior problema porque é um cargo político e não técnico, incapacitado e sem compromisso oficial com a função. (membro da EMSI).

Por outro lado, uma AIS resume muito bem a dificuldade de se trabalhar numa equipe sem ter uma preparação contínua e adequada:

De vez em quando tá mudando as coisa, né, então era bom assim a gente tá junto participando né, de vez em quando tá mudando as coisa, tá mudando, e a gente tá assim, tá sempre por fora dos assunto né, daí vem fazer uma pergunta assim, daquele tipo que tá, da cena dos outro agente não-índio e a gente por fora dos assunto completamente, daí a gente faz o que pode né, do jeito da gente. (AIS).

Dessa fala, é possível entender, porque foi relatado pelas próprias AIS, seus interesses por atividades específicas à área de saber da enfermagem, tais como: aferir a pressão, aplicar injeção e medir a temperatura. Elas deixam claro que gostariam de realizar essas atividades, mas, especialmente, sendo capacitadas para tal. Inclusive, algumas relataram que medem a temperatura quando é preciso.

Acredito que parte desse interesse é, também, motivado, como contou a AIS no seu relato acima, por expectativas geradas no trabalho direto com a comunidade. Por vezes, escutei, da comunidade, frases como esta, de um morador da aldeia Sede: “essa AIS aí, nem sabe dá injeção”. Nesse sentido, pode-se dizer que, da perspectiva da comunidade, há uma confusão entre o papel social das AIS e o papel social da Auxiliar de Enfermagem na realização dos serviços de saúde primária, quando esperam que aquelas executem as tarefas que são parte das funções das auxiliares de enfermagem. O motivo dessa confusão, ou expectativa, advém do que relata a AIS da aldeia Figueira:

eles [a comunidade] comenta mais com a AIS do que com a auxiliar,... eles acreditam mais na AIS, parece, acham que agente é auxiliar.

De fato, se as relações sociais e políticas internas subjazem e norteiam parte do processo dos serviços de atenção primária à saúde de seu povo, até o momento, só é possível afirmar que isto ocorra na etapa de indicação e escolha daqueles que trabalham como AIS. Quanto ao seu desempenho ou motivação para desenvolver um bom trabalho, mais uma vez a obviedade vem à tona:

ah na verdade eu sempre tive vontade de trabalha assim né, só que assim eu gostaria assim, que fosse assim diferente, sabe assim, eu gostaria que tivesse um uma capacitação essas coisa assim pra gente trabalha mais melhor né. (AIS-Sede).

Para encerrar esta etapa, é importante, antes, chamar atenção para uma questão: a avaliação e aceitação da AIS, pela comunidade e pela EMSI, apontam para a incorporação e domínio de saberes e práticas da biomedicina. Isso, talvez, explica por que as AIS e os membros da comunidade afirmavam: “AIS tem que saber escrever e ler português”. Em outras palavras, a legitimação de um AIS capacitado reside sobre o domínio de saberes do mundo dos não-índios. Todavia, somente este domínio é insuficiente, como se verá mais adiante, pois dominar os saberes, valores e condutas indígenas Xokleng são também indispensáveis para um trabalho de qualidade e para uma boa aceitação por parte da comunidade indígena.

4.6 É DIA DE VISITA DOMICILIAR

Não há dia marcado para as visitas domiciliares, elas são feitas, segundo as AIS, “uma vez por mês”. A visita é nas casas de todos os moradores da aldeia, mas, como não tem dia marcado e costuma-se “descer” para José Boiteux, é bem possível que algumas casas fiquem sem a visita da AIS, que só passa e pára na casa se houver algum adulto dentro.

Segundo as AIS, faz parte da visita domiciliar: 1) realizar um cadastramento das famílias, através da coleta do nome, idade, sexo e aldeia dos moradores de uma casa; 2) uma conversa entre AIS e moradores da casa para saber se alguém irá querer realizar a consulta médica e os motivos dessa (Quando não há nenhuma enfermidade, a AIS preenche sua ficha registrando apenas “visita domiciliar”, porém, caso seja afirmativo, então, discrimina o que está

se passando, para, em seguida, comunicar à enfermeira que irá até a casa e fará o encaminhamento); 3) avisar, lembrar as pessoas, se for o caso, da data para realização da consulta especializada já marcada, ou para a realização de qualquer exame, por exemplo, Raios-X; 4) realizar o acompanhamento dos “doentes em tratamento” (os exemplos citados são hipertensos e diabéticos), para fazer um controle sobre o uso de medicamento, um monitoramento para verificar se está tomando corretamente a medicação; 5) entrega de exames e medicamentos, já prescritos na receita médica, mas que tiveram de ser buscados no Pólo-base; 6) cadastro de nascidos e óbitos.

Para toda visita domiciliar, as AIS levam uma ficha de cadastro, não apenas para cadastrar as famílias, mas, também, para algum morador da casa deixar, registrar sua assinatura e data da visita. Ao final de cada mês, os dados coletados são compilados em uma ficha chamada de “Consolidado”, a qual tem sua versão a ser preenchida, também, pelos médicos e auxiliares de enfermagem a serem enviadas ao Pólo-Base. Essas informações servirão para montar, organizar e nutrir uma base de dados, computada num sistema informatizado, para dispor-se desde índices demográficos até epidemiológicos sobre a área indígena⁶³.

Uma descrição singular a respeito da visita domiciliar, mais uma vez, seria incorreta e insuficiente para dar conta da apreensão da própria visita feita pelas AIS em suas aldeias, ainda que as falas dos funcionários do Pólo-Base, a respeito dessa visita, sejam uniforme: “não dá para confiar nos dados que as AIS mandam para cá, eles não fazem as visitas e depois inventam os dados para preencher o consolidado e o relatório”.

Contraditoriamente, quando se perguntou, no grupo focal, sobre a importância do Consolidado, obteve-se: “seria importante, se eles olhasse saberiam o que a gente tá fazendo” (AIS) ou, ainda:

pra que anotar tudo aquilo e mandar pra eles, eu acho que se eles olhasse, aquilo que, aqueles papéis que a gente manda pra eles, eu acho que eles iam tá informado né, ia tá sabendo qual é a nossa necessidade aqui né, é pra tá informado. (AIS)

⁶³ Não foi possível acessar tais dados porque o sistema de computação, o SIASE, estava ainda sendo montado e organizado. Era, ainda, uma nova atividade para os funcionários do Pólo-Base, no ano de 2004.

Assim, enquanto um fica achando que o outro não faz aquilo que deveria fazer, fato que é recíproco, uma certeza se manifesta: as AIS estão despojadas de participar da computação dos dados coletados por elas próprias, ou seja, está se deixando passar uma oportunidade de trabalho em equipe, de integrar o AIS na EMSI e, acredito, de estimulá-los e envolvê-los mais ainda nos serviços de saúde.

De fato, durante os primeiros meses da pesquisa, de fevereiro até maio, observei que apenas duas AIS fizeram a visita domiciliar. Uma dessas aconteceu após eu ter perguntado, à uma AIS, se a visita já havia sido feita, ao que ela respondeu: “no mês passado não”, referindo-se ao mês de fevereiro. Então, ao longo da conversa, eu perguntei se poderia acompanhá-la, quando fosse realizar a visita⁶⁴, ela respondeu: sim, bastava chegar na sua casa qualquer dia da semana seguinte, “na parte da manhã”, que iríamos sair para fazer a visita. Inicialmente, insisti para que ela apontasse qual seria o melhor dia e horário, ao que ela, novamente, insiste em ficar à minha escolha. Nesse momento, impossível deixar de reconhecer a presença do pesquisador em campo e todas as ações, reações e expectativas decorrentes e manipuladas no diálogo e co-visibility entre pesquisador e pesquisado.

Então, no dia 11 de março de 2004, fui até a casa dessa AIS, por volta das 9h da manhã, onde ficamos conversando até, aproximadamente, às 10h15min, quando saímos para iniciar a visita domiciliar. Nesse momento, a AIS me perguntou: “você quer passar em todas as casas? Quer começar por onde?”, ao que eu respondi: isso quem decide é você, que já deve saber o que é melhor, por onde começar.

De todas as visitas que fizemos nesse dia, concluo:

- Não é rotina da AIS passar em todas as casas, pois, declaradamente, apontou uma casa que não ia porque “a mulher é muito grossa, antipática e nem convida para entra”. Era a casa de uma mestiça casada com um branco. Nessa casa não entramos. Ao chegarmos em outra casa, comenta: “diz o marido dela que ela não convida pra entra”, mas, ao chamá-la da janela, a dona da casa convidou,

⁶⁴ Pergunta e solicitação que fiz para todas as AIS, das aldeias estudadas.

imediatamente, para entrar. Fico curiosa para saber se o convite foi devido a minha presença ou teria sido essa a primeira vez que a AIS passava por lá?

- Somente foram visitadas as casas em que tinha algum adulto dentro, isto é, em que pai e mãe estivessem presentes. Em uma das casas até havia um rapaz, que deveria ter entre 17- 20 anos, mas, ao vê-lo, ela pergunta: “tua mãe tá em casa?”.
- Ao chegar nas casas enunciava: “vim fazer aquela visita de rotina...”, a qual, na maior parte, era feita no local onde estavam os moradores, fosse na garagem ou em alguma área externa da casa.
- Mesmo quando entrava nas casas, a visita era: “vim fazer aquela visita de rotina, pegar a assinatura”. Com alguns, aqueles que eram parentes seus, colocava a conversa em dia. Somente numa casa (a primeira visitada), cuja condição de moradia distinguia-se das demais da aldeia, é que ela fez perguntas sobre a água, se estava fervendo, como estava o bebê e se tinha fralda.
- Numa casa, apesar da dona ter convidado para entrar, insistindo para comer um bolo, a AIS apenas pegou a assinatura das pessoas, ali mesmo na frente de casa. Aproveitou a situação para pegar, também, a assinatura de uma outra moradora que estava passeando por ali. Durante isso, até conversaram, mas eram assuntos aleatórios, que nada tinham a ver com o estado de saúde, ou como estavam tomando o medicamento. Observa-se que, nessa casa, a moradora, uma branca casada com índio mestiço Xokleng-Kaingang, estava presente no posto de saúde em todo dia de consulta médica, ela sofria de hipertensão.
- Em duas casas avisou sobre a consulta marcada, data e local.
- Quando saíamos das casas em que adentramos seu interior, a AIS sempre fazia um comentário sobre a limpeza dessas. Comentário feito, também, sobre o pátio externo, limpeza pessoal, destino do lixo, etc., usando expressões como “sujo”, “limpo” e “arrumado”.

A sua estratégia de visita domiciliar consistiu em dividir com uma linha imaginária a aldeia em metades. Pode-se dizer que essa AIS, em cada uma das metades, realizou a visita

domiciliar a partir da primeira casa de uma das pontas, percorrendo até o centro, para em seguida percorrer um trajeto semelhante na outra metade da aldeia. Essa estratégia de dividir a aldeia em metades pode ser explicada pelo fato da linha imaginária, referência de centralidade da aldeia, passar por sua própria casa. Em suma, a visita domiciliar fez-se, aproximadamente, em duas horas na parte da manhã, visitando-se seis casas e, no período da tarde, entre duas a duas horas e meia, após uma parada para almoçar na casa da AIS, então, visitar-se mais quatro casas. Assim, das 26 casas pertencentes a essa aldeia, apenas 10 foram percorridas nessa visita domiciliar de “rotina” mensal. Todas as visitas foram feitas com uma moto: a AIS pilotando e eu na garupa. Essa moto havia sido comprada pela própria AIS, mas o combustível, durante “três meses”, tem sido colocado pela FUNASA.

A má impressão que pode provir da visita domiciliar, não é de desconhecimento dessa AIS que, durante uma conversa, tempos antes do dia marcado para a visita acima relatada, comentou ao responder sobre o que se fazia numa visita domiciliar: “visita, se resume à chegar e dizer: oi e tchau, quando muito vê se os remédios tão sendo tomado corretamente”. Importante lembrar, neste momento, o fato dessa AIS ter assumido seu cargo em 2003, portanto, sem passar por algum curso de formação e capacitação para atuar enquanto Agente Indígena de Saúde. Em relação a isso, inclusive, ela fazia questão de marcar: “o que eu sei, o que eu faço, eu aprendi com os brancos lá de fora”. Possivelmente se referindo a sua mãe, uma branca formada em alguma área da enfermagem, e ao curso de Auxiliar de Enfermagem, que está fazendo na cidade de Ibirama, previsto para terminar em outubro de 2004.

Certo dia, essa AIS falou de um curso sobre “Aleitamento Materno”, oferecido no curso de Auxiliar de Enfermagem, com duração de 20 horas, fazendo uma avaliação positiva e estimulante, pois já pensava em “aplicar o que aprendi em duas mães novas aqui da aldeia”. Esse comentário foi feito enquanto mostrava dois cartazes (tipo painel, feitos por ela, em cartolina e recortes) sobre e para a matéria do curso, os quais, mais tarde, foram parar nas paredes do posto de saúde de sua aldeia. Se por um lado parece que essa AIS realiza a visita domiciliar de uma forma expedita, recolhendo assinaturas, por outro lado vê aplicações imediatas do que aprende no curso de Auxiliar de Enfermagem, demonstrando interesse em agir quando dispõe de informações recebidas em capacitação.

Agora vou comentar sobre uma outra visita domiciliar.

Em meados de maio, quando eu estava terminando de almoçar, já eram por volta das 2h da tarde, uma AIS apareceu na casa para fazer a visita domiciliar. Ela entrou na casa e conversou com os mais velhos sobre inúmeras coisas, entre estas, política e a nova escola indígena, para, enfim, perguntar como estava o filho do casal. Uma criança com problemas de saúde, desde o nascimento, e que, nas últimas semanas, havia ido parar no hospital de Ibirama. A AIS encerrou a visita avisando sobre a data do exame que a esposa do casal iria realizar no hospital de Jaraguá do Sul e pegou a assinatura dos moradores. Observa-se que, semanas antes, eu havia solicitado a essa AIS que me avisasse quando fosse fazer a visita domiciliar. Ela, no entanto, mesmo me vendo nos dias de consulta médica no posto de saúde, em nenhum momento me avisou ou convidou para ir junto. Por isso, nesse dia de sua visita, não foi possível acompanhá-la, pois eu já havia marcado o compromisso de fazer uma visita à outra família da aldeia Figueira e, aqui na área indígena Laklãnõ, falar que vai fazer seja lá o que for, é uma promessa que todos ficam a cuidar⁶⁵. Foi somente no retorno da minha visita, portanto, que pude observar o trabalho dessa AIS, já em seu último trajeto, na “vila”⁶⁶, conversando na varanda de uma casa. Essa Agente também não passou por nenhum curso de formação e capacitação, pois iniciou seu trabalho em 2003.

Durante toda a pesquisa de campo, as oportunidades para acompanhar uma AIS, em sua visita domiciliar, restringiram-se a esses dois relatos, em um caso realizando propriamente dita a observação participante e, em outro caso, apenas observando a AIS em dois momentos e

⁶⁵ Lembro, aqui, de um caso ocorrido na aldeia Sede, num dos dias de consulta médica nessa aldeia, quarta-feira. A médica chegou mais ou menos 9h e teve de se retirar, aproximadamente, às 10h15min, para acompanhar uma grávida até o hospital de José Boiteux, ambas foram de Toyota. Para isso, justificando sua saída mais cedo, a médica falou que retornaria no dia seguinte, uma quinta-feira, para atender àqueles que estavam lá e não puderam ser atendidos. Quando na quinta-feira, por volta das 9h45min, a Auxiliar de Enfermagem anunciou aos presentes que a médica não viria, explicando o porquê: “devido uma reunião ontem de noite, ficou acertado que ela iria para a Palmeirinha e hoje de manhã o cacique já tava lá pra pega ela”. Imediatamente, uma moradora da aldeia falou num tom de quem está braba, voz firme e alta: “então, porque ela prometeu que viria?”. Atenção! A médica, em nenhum momento, fez uso da expressão promessa, apenas falou que viria. Entretanto, o itinerário da médica dentro da área indígena é de conhecimento de todos, qualquer um sabe informar sobre onde, em qual aldeia ela estará. Assim, sabiam que quinta-feira era dia da aldeia Palmeirinha receber a médica. Nesse sentido, sua fala pôde ser interpretada por eles como uma promessa de flexibilizar sua rotina itinerária.

⁶⁶ “Vila” é como os moradores da área indígena Laklãnõ se referem ao local em que há muitas casas próximas, isto é, numa “frente” em que várias famílias habitam, mesmo sem serem parentes consangüíneos. Para uma compreensão desta divisão de terras, em “frentes”, na área indígena, recomenda-se o trabalho de Silvia Loch (2004) e Wiik (2004).

espaços distintos. Quanto às outras visitas domiciliares feitas pelas demais AIS, por não ter sido possível acompanhá-las, para uma descrição dessa atividade, recorrerei às falas da comunidade.

Durante minhas visitas e conversar com os indígenas da TIL, em algum momento, perguntava: o que faz a AIS? A resposta é de um morador da aldeia Figueira, porém, em qualquer aldeia, mesmo naquelas em que pude acompanhar as AIS em sua visita domiciliar, se escutará:

o trabalho do agente de saúde é andar, fazer visitas, mas nem o enfermeiro, nem o AIS vão nas casas, não fazem a visita rotineira, de controle. Apenas quando chamamos. (Membro da comunidade).

Enfim, se a conversa sobre a visita domiciliar era feita com os membros da comunidade, as respostas, mais correntes, negavam que as AIS as fizesse. Ou quando não querendo lançar uma avaliação tão pejorativa, emergia a seguinte fala:

vez em quando tá fazendo visita, pergunta se tem alguém doente, se alguém queria ir no médico. (Membro da comunidade).

As únicas exceções, a respeito dessa avaliação, foram nas conversas com as famílias do cacique. Em outras palavras, se inquiridos o cacique, sua mulher e filhos, quando estes são pais e irmãos da AIS (mas não tio), se tinha uma avaliação *parcialmente* contrária. Digo parcial porque, quando perguntava: mas a AIS faz as visitas domiciliares?, muitos respondiam de maneira a entender que, para aqueles que precisam de acompanhamento, sim.

Entretanto, uma abordagem da visita domiciliar, ou melhor, sobre a assiduidade das AIS em fazê-la, sem levar em conta aquilo que elas próprias comentam ao falar sobre essa atividade, seria insuficiente para uma análise mais apurada. Por isso, agora, deixo as AIS falarem. Numa ocasião, conversando sobre a visita domiciliar, uma AIS relatou o que a princípio parece ser uma dificuldade pessoal, mas ao final, após conversar com as outras, mostrou-se ser, antes, uma dificuldade genérica:

é difícil de se locomover dentro da aldeia, tem a minha idade e da distância entre as casa. (AIS).

Quando as AIS não enumeravam como empecilho, para se fazer as visitas domiciliares, o fator idade, com certeza especificavam a distância a ser percorrida a pé para passar em todas

as casas, as quais, com exceção das “vilas”, ficam distantes umas das outras. Esse fator é destacado como dificultoso não apenas pelas AIS, mas também pela própria comunidade, que afirma: “a barragem que separou as aldeias e tornou a distância à pé muito grande”.

No local da pesquisa – a Reserva Indígena Laklãnõ – cujas distâncias podem chegar a mais de 6km, dentro de uma única aldeia, com uma estrada cheia de subidas e descidas, é preciso, quando se pensa em estratégias de atenção diferenciada e primária à saúde da comunidade, levar em conta as características do espaço geográfico. Isso se percebe na fala de uma AIS, sobre a “falta de condições” para se trabalhar:

Eles lá em Florianópolis ainda acham que a aldeia é aquele circuluzinho, que tá todo mundo ali naquela voltinha, né [...] a pé não dá hoje. (AIS).

Quando lhes perguntava sobre o que se faz numa visita domiciliar, obtinha, nas respostas, uma recorrência de atividades, as quais não compreendem a “agenda de atividades”, mas são por elas realizadas. Observe-se em grifo:

olha se tá tudo bem, vê se tão tomado medicamento, olha se os medicamento tão vencido, assim, se caso eu chego numa casa assim tem um doente, tem que avisa a enfermeira né, *entregá o medicamento* né, *entrega os exame*, né. (AIS).

entrego os medicamentos, vô de casa em casa leva os medicamentos que quando é na segunda feira, quando a médica vem ela faz, ela dá as receitas, então, no meio da semana vem o medicamento e eu vô de casa em casa levá o medicamento, explicá, *entregá exame*, *entregá raio-x*, e fazé a visita mais é, a gente vai mais nas casa onde tem os idosos né, isso aí tem que sê, toda semana tem que tá acompanhando eles, porque nós temo muito aqui caso de pressão alta né, então a gente todo dia tem que tá acompanhando essas pessoas. (AIS).

eu na verdade não faço diariamente, mais assim que eu sei numa casa é necessário ir várias vezes num mês eu vô, se não é uma vez por mês que *eu passo em cada casa, mais quando tem remédio*, que as vezes ela [médica] também não vem, e tem alguma coisa de emergência eu vou visitar. *Se tem exame* eu vou avisar, faz visita assim pra conversa sobre saúde sobre higiene, essas coisa assim. (AIS).

Enfim, de uma certa forma, as próprias AIS revelam que não fazem mensalmente suas visitas domiciliares quando destacam esta atividade como parte de uma outra, a saber, acompanhar os doentes em tratamento. É curioso, no entanto, que a visita se faça impreterivelmente quando se têm exames ou, ainda, “remédio pra entregar”.

Através das descrições apresentadas sobre as atividades de “visita domiciliar”, uma questão sobre a “agenda de atividades” torna-se premente: a existência de uma incompatibilidade de expectativas e interesses, por conta de lógicas diversas. Primeiro, é necessário se reconhecer que as atividades previstas na “agenda de atividade” são orientadas pelos pressupostos de um saber biomédico e uma prestação da atenção a saúde organizada através de uma burocracia técnica, portanto, conformando atividades necessariamente dependentes de uma formação e capacitação específica. Segundo, torna-se evidente o desconhecimento das redes “informais” de comunicação e troca de informações operantes na TIL, pois, naquilo que se refere a “visita domiciliar” - para além de um acompanhamento dos doentes ou controle do medicamento - em se tratando de “identificar as famílias expostas à situação de risco” ou, como dizem as AIS, “pra conversar, se tem alguém doente, se quer consultar”, definitivamente, não é imprescindível que se faça a visita domiciliar. Essas circulam entre os moradores das aldeias e até mesmo entre os moradores de diferentes aldeias. É de saber comum, público, se há alguém doente, algum nascido ou óbito, por exemplo. Terceiro, como pensar a compatibilidade dessa atividade em uma sociedade organizada por facções e regras de reciprocidade, cujos laços estreitam algum grau de parentesco?

Enfim, como conclusão deste sub-capítulo é importante ressaltar que não se está chamando atenção para uma reflexão sobre o cumprimento ou não das atividades prescritas às AIS pela FUNASA e Pólo-Base. Todas essas questões apontam para mais do que uma averiguação de seus desempenhos ou dedicação na realização dessas atividades, destacando a importância de se repesá-las, a partir do contexto de cada grupo étnico e da complexidade envolta na inserção do AIS, antes de inferir qualquer julgamento precipitado.

4.7 QUEIXAS E DEMANDAS NATIVAS – FALANDO SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na manhã de 19/02/04, acordei às 6h para ir a uma reunião do Conselho de Saúde Regional, onde todos os conselheiros locais estariam reunidos. Assim que descii para a estrada, esperar pela “toyota”, encontrei um homem com o qual, após os cumprimentos iniciais, tive o seguinte diálogo:

H: A toyota vai demorar!

Raquel: Não. Ela já subiu, agora vai descer!

H: Vai demorar! Quem é você?

Raquel: [Apresentei-me dizendo meu nome, onde estava pousando, o que estava fazendo ali e para onde eu estava indo]

H: Você foi convidada?

Raquel: Não, mas estou indo para aproveitar a possibilidade de encontrar alguns caciques e conselheiros.

H: Eu sou um conselheiro de saúde.

Nesse momento, perguntei o nome dele e, em seguida, sobre o que seria a reunião. Ele passou, então, a falar sobre: “a falta de preparo, do curso de capacitação pra AIS, teve só uma vez”; “a dificuldade do transporte”; “a renovação de convênio”. Tópicos identificados, por ele, como fatores de dificuldade para a realização dos serviços de atenção primária. Aliás, qualquer indígena da TIL, ao falar sobre saúde, destacará esses tópicos na sua descrição, inclusive, apontando-os como critérios emergentes na busca de soluções e qualidade na atenção à saúde.

4.7.1 Toyota – O Carro Da Saúde

Início por aquela dificuldade que durante toda a pesquisa e em todo o momento era comentada, a do transporte. Falar sobre a “toyota” ou o “carro da saúde” é entrar num fogo-cruzado de denúncias e especulações entre a comunidade e o Pólo-Base e intrigas e acusações entre as aldeias.

Das setes aldeias, seis têm um carro que fica à disposição dos serviços de saúde, dentro da própria aldeia, em dia de semana, final de semana e feriados. Porém, é muito comum esses carros estragarem – por uso intenso ou por causa de um acidente, imperícia, estado das estradas – e ficarem fora de circulação durante o tempo que ficam na oficina. Nos primeiros meses de pesquisa, a aldeia Toldo estava sem a sua toyota (o motivo foi uma colisão entre carros) e, ao final da pesquisa, havia apenas uma para atender toda a reserva indígena.

Quando se fala de “toyota”, não se está falando apenas da existência ou não dessa na aldeia, mas também, da “cota de combustível”. Quem fala é um membro da aldeia Coqueiro:

os funcionários da FUNASA em Florianópolis não conhecem a realidade da aldeia, não sabem das dificuldades, nem mesmo como trabalhar com os índios.

Ele estava se referindo à “cota do combustível” *versus* “as condições da estrada”. Segundo esse senhor, as estradas são ruins, tem-se que ficar andando em marcha lenta, vai e volta-se para a cidade mais de uma vez, têm casos de emergência, e tudo isso implica diretamente em maior gasto de combustível do que o previsto pela cota, sem levar em consideração o estado dos veículos, que “é tudo carro velho”. Enquanto isso, os funcionários do Pólo-Base comentam que os indígenas ficam usando o carro da saúde para passear, para ir a outras aldeias em dia de festa ou reunião política que nada tem a ver com a saúde. De fato, esse tipo de acusação não é feita apenas pelos funcionários do Pólo-Base, mas também, por membros de uma única aldeia e entre membros de diferentes aldeias.

As acusações de mau uso do carro da saúde, entre membros de uma única aldeia, podem resultar: 1) do fato de não participarem desse uso, uma vez que quem usufrui, nesse caso, partilha de algum laço de reciprocidade (seja consangüíneo, afins ou a comunhão religiosa); 2) sentirem-se lesados por acidentes que podem, e aconteceram, durante o mau uso, refletindo, portanto, na inexistência temporária do carro na aldeia.

Já as acusações entre diferentes aldeias revelam, por um lado, um grande número de pessoas de uma única aldeia a usar o carro no dia-a-dia, o que por vezes inviabiliza o seu uso por membros de outra aldeia. Por outro lado, são reflexos de cisões e interesses políticos.

Nesse sentido, a relação entre as aldeias Sede e Pavão é bem ilustrativa. Em toda a TIL, a única aldeia desprovida de uma “toyota” para uso próprio era a Pavão. Isso porque, até o final de 2002, a antiga Aldeia Sede compunha a extensão territorial hoje definida e demarcada como Aldeia Sede e Aldeia Pavão, tendo esta se desmembrado da Aldeia Sede no ano de 2003. Quando perguntava sobre o motivo de tal divisão, a resposta era a mesma que obtive sobre o desmembramento da aldeia Figueira e o surgimento da aldeia Coqueiro em 2002:

cuidar da Figueira sozinha, sem auxiliar era muita gente pra atender, daí se conversô com a comunidade pra dividir, por causa do atendimento medico. (AIS).

Os moradores da aldeia Pavão e o cacique acrescentam, ainda, a distância entre o Posto de Saúde e as casas que hoje ficam na aldeia Pavão, reforçando que um dos motivos para o desmembramento foi a busca por um melhor atendimento médico. Nesse processo de divisão, contudo, o carro da saúde (pertencente à antiga formação da Aldeia Sede) ficou sob o domínio e posse da nova Aldeia Sede. Inicialmente, fora acertado que esse carro prestaria os serviços de saúde para a Aldeia Pavão, uma vez que ficam muito próximas uma da outra, na mesma margem do rio (Ver Figura 2 na pg.42). Ocorreu, no entanto, apesar do motorista do veículo residir na aldeia Pavão e do veículo pernoitar na sua casa, a decisão da comunidade e lideranças, da atual Aldeia Sede, em meados de maio de 2004, de não permitir mais que a “toyota” permanecesse na aldeia Pavão, privilegiando para utilizá-la, a partir de então, os membros da comunidade da Sede. A partir desse momento uma série de acusações e novas dificuldades emergiram.

Durante as visitas domiciliares realizadas com uma AIS, as pessoas que tinham consulta marcada para fora da aldeia, isto é, em algum hospital da rede de contra-referência, comentavam sobre a impossibilidade de ir com a “toyota”, pois “já vem cheia da Sede”. Dessa forma, tinham que “se virar”, dar um jeito para ir consultar. Os indígenas comentavam sobre as seguintes possibilidades, caminhar até a Barragem (aproximadamente 8 km) e de lá pegar um ônibus, ou pedir para aqueles moradores da aldeia que tem carro, uma ajuda. De fato, a “toyota” tem descido da Aldeia Sede lotada. Alguns vão para o hospital de José Boiteux, outros para Ibirama ou Rio do Sul, contudo, alguns vão para fazer compras no comércio de José Boiteux ou apenas para passear e encontrar alguém no Bar do Rafael.

Numa ocasião, no Posto de Saúde da aldeia Pavão, enquanto todos estavam à espera da médica que, por falta de um rádio, não se sabia se vinha ou não, passaram a conversar sobre as diferenças entre essas aldeias. Falando sobre a “toyota”, comentaram a respeito da diferença entre o “pessoal” da aldeia Sede e da aldeia Pavão, onde, “na Sede, lá, as coisas funciona porque são briguentos, exigentes”, enquanto no Pavão “nós somos mais civilizados”. Estavam marcando uma diferença não apenas de atitude, mas uma distinção do modo de ser Xokleng. Importante destacar que, em ambas as aldeias, se reconhece e se comenta que os moradores da aldeia Pavão são, na maior parte, cafuzos, mestiços Kaingang/Branco e poucos mestiços Kaingang/Xokleng e Xokleng puro.

Quem revela, de forma mais clara, as dificuldades que emergem nessa reserva indígena em ter um único carro ou, ainda, poucos carros a servirem mais de uma aldeia, é uma moradora da aldeia Toldo: “bom senso, o que chamo de humano, existe na relação entre as aldeias, quanto à ajuda para transportar os doentes, na reserva é cada um por si”. Contudo, é preciso admitir que em situações extremas, como a de um único carro para circular dentro de toda a TIL, entram em acordo.

O objetivo deste sub-capítulo não é legitimar, nem fazer acusações à comunidade indígena e aos funcionários do Pólo-Base, mas reconhecer e destacar dois pontos. Primeiro, o fato de que, mesmo diante de acordos sobre o uso do carro, especialmente se forem poucos, esse uso não significa resolver o problema do transporte de doentes, menos ainda, daqueles casos de emergência sem hora para acontecer. Segundo, registrar que, para essa comunidade, falar sobre saúde é falar também sobre “carro”, pois esse desvela as relações sociais de laços de reciprocidade em seus usos e, portanto, as estratégias de incorporação, dos serviços de saúde e seus bens, orientadas pelos elementos de ordem cultural, social e político, internos à comunidade.

4.7.2 Da Renovação De Convênio

É difícil falar sobre este tópico, porque não dediquei tempo ao estudo de como e o que faz parte desta renovação de convênio feita anualmente. Contudo, é impossível deixar de comentar, pois dos cinco meses e meio passados em campo, durante três meses e meio uma frase foi extremamente citada por AIS, médicos, dentista e membros da comunidade Laklãnõ. Essa frase era, uma forma de marcar as características que tomam conta dos serviços de saúde prestados durante este período de renovação de convênio: “fazer pedido só pra ficar lá [no Pólo-Base], não tão atendendo ninguém” (AIS) ou, ainda, “tá tudo, tudo, parado” (membro da aldeia Palmeira). Outro motivo que estimula a abordagem deste tópico é porque quando as AIS falavam sobre as dificuldade no seu trabalho, falavam sobre temas que remetem ao período de renovação do convênio.

Assim, mesmo compartilhando, de certa forma, de semelhante sensação com uma das AIS, desvelada num comentário dela sobre a renovação de convênio: “comenta o quê, não se

sabe de nada quando o assunto é a renovação do convênio. O Pólo-Base não avisa quando vai ser renovado.”, ou seja, uma sensação de incerteza, falar sobre o que vi e ouviu durante este período ajuda a entender porque muitas e muitas vezes a médica não foi até as aldeias trabalhar e porque poucas AIS realizavam a visita domiciliar. Em outras palavras, falar sobre a renovação de convênio significa abordar a qualidade dos serviços de atenção primária prestados no interior da área indígena, bem como de uma qualidade que remete à quantidade, isto é, uma quantia referente à distribuição de remédios, consultas especializadas e combustível. Pois, se tudo pára é, *em parte*, por “falta de dinheiro” (AIS).

A escassez que caracteriza o período de renovação de convênio, que pode perdurar durante os meses de março, abril e maio, explica, em parte, uma irregularidade ou negligência da atuação da EMSI dentro da área indígena. De fato, mesmo sem receber o salário, durante esse período, os serviços das AIS não param. Conforme me foi explicado, o salário seria pago retroativamente. Esse equivale a um salário-mínimo, mais um auxílio por números de filhos menores de 16 anos. Observa-se que seus serviços não param porque, mesmo não realizando, sagradamente, a visita domiciliar a cada mês, é muito comum ver os moradores das aldeias dirigirem-se até a casa de sua AIS para pedir “*enh nhó vacotá nem*” (me dá um remédio), ou então, para saber se o médico virá no dia da consulta ou se a “toyota” vai “descer” até a cidade ou, ainda, se o exame ou consulta especializada já foi marcada, bem como, solicitações para que a AIS se dirija até certa casa para ver como está alguém.

Assim, se a AIS não vai até as casas, os moradores vão até a AIS que, diante de algumas questões, revela: “eles [referindo-se à comunidade] cobram de nós e nós não sabemos o que fazer” (AIS). Não sabem o que fazer porque “não tem uma boa comunicação entre nós e a equipe do Pólo-Base” (AIS). Este é mais um ponto de inflexão quando o assunto é qualidade dos serviços de atenção primária no interior da área indígena: a relação entre a equipe do Pólo-Base e as AIS, marcante neste período específico, mas, de fato, reveladora de um problema de comunicação e de trabalho em equipe.

É muito comum, na época de renovação de convênio, se ouvir queixas sobre a distribuição dos medicamentos. Segundo uma AIS, “o estoque de remédios nos postinho de saúde tão sem reposição desde final de maio”, ao que se pode agregar à explicação dada a elas

quando se dirigem para o Pólo-Base em busca de remédios, onde a fala da Auxiliar de Enfermagem, “que está tapando buraco” (AIS) reforça: “não tem remédio” (AIS). Essa Auxiliar “...está tapando buraco” porque vem assumindo as funções de coordenadora do Pólo-Base mesmo não sendo contratada para tal cargo. Somente no mês de agosto foi contratado alguém, especificamente, para desempenhar tais funções.

Durante os meses de renovação do convênio é comum escutar da EMSI e dos AIS: “o convênio acabou, mas a gente não pára”. E, de fato, continuam trabalhando até o momento em que os recursos materiais os impedem de prosseguir. A médica, por exemplo, deixa de subir para as aldeias porque:

- Não tem combustível.
- Não pode requerer ou encaminhar para consulta especializada ou realização de exames, pois não há dinheiro para isso.

Quanto ao trabalho da AIS, ela está disponível, mas nem sempre de prontidão, isto é, diante de uma emergência é preciso encontrar maneiras de contorná-la, uma vez que os recursos materiais se foram:

não tem transporte, o medicamento é pouco, esse é nossa dificuldade aqui dentro da aldeia né, o que a gente puder fazer a gente faz né, deixar morrer ninguém vai deixar né, sempre pedindo pra um e pra outro e sempre dá certo, graças a deus, sempre dá certo. O que mais tem é pressão alta, cortes também né, porque aqui eles trabalham muito na lavoura né, isso aqui também tem bastante né, é cortes, e coisa que a gente nunca tem aqui é material pra curativo, a gente não tem, já cansei de pedir, tudo, e qualquer cortezinho a gente é obrigada mandar pra baixo, porque não tem pinça, não tem tesoura, não tem gazes, não tem esparadrapo, não tem nada! Então qualquer cortezinho é mandado pra baixo, uma coisa que poderia fazer aqui dentro. (AIS).

Disso, decorre o fato de estar havendo um grande deslocamento de doentes para as redes de média e alta complexidade, onde até mesmo um surto de gripe ou um simples corte tem levado muitas pessoas para o hospital, pois na aldeia a consulta médica não aconteceu, a médica não pôde ir trabalhar e quando vão ao Pólo-Base, a resposta é: “não tem remédio”. Soma-se, ainda, a falta de insumos básicos citados, acima, pela AIS.

Eis um problema: os remédios. Na época de renovação de Convênio é comum não ter distribuição de medicamentos pelo Pólo-Base para os postos de saúde, segundo contam as AIS. Contudo, nos últimos dias em que fui aos postos de saúde, havia, nos armários, medicamentos, inclusive e especialmente na farmácia do Pólo-Base. Qualquer observação, no entanto, limitada a focalizar uma quantidade de frascos e caixas de comprimidos, se desfaz diante de um relato sobre as receitas médicas: “a médica receita só os mesmos remédios que podem ser receitados, porque ainda têm na dispensa: amoxicilina, xarope...” (AIS). Aí talvez esteja, também a explicação para denúncias do tipo: “o médico dá o mesmo remédio pros doentes, às vezes nem é a mesma doença que a pessoa tem”. Durante a conversa, os indígenas apontaram como justificativa para essa escassez de medicamento, primeiro, a falta de dinheiro despendida para os cuidados à saúde e, segundo, o controle da FUNASA sobre a distribuição desses.

Seria o período de renovação de convênio um processo articulador, responsável pelo discurso e fato de “exame não pode fazer, medicamento, não tem”? Difícil responder, pois mesmo após o convênio renovado, os dados da pesquisa de campo e das conversas revelam que AIS e médicos, já recebendo salários, continuavam com sua rotina de trabalho prejudicada, isto é, a médica pouco subia até as aldeias e as AIS continuavam a visita domiciliar num ritmo não-mensal.

o que eu tenho problema ultimamente agora é: quando vai ser minha consulta, quando o dentista vem, já chegou material, já tem aquela consulta, meu óculos, é essas coisa né, e como já tinha ti falado aquele dia, o convênio, diz que já foi feito, mais até agora não se faz mais exame, não se faz mais nada, agora não tem mais carro, não sei mais quê que eu posso dizer, não sei mesmo. Nesse sentido que eu falo que é ruim, que eles vem e perguntam que, sabe: quando vai ser minha consulta, quando vai ser meu exame, e aí lá no Pólo-Base eles não tem o que dizer pra gente, aí lá em Florianópolis eles dizem é de lá, e lá a gente não sabe como é que é. Assim, desse jeito. Essa é a maior dificuldade, é essa porque não adianta tu ter um emprego, e tem gente que nem ali o dentista que tá ali pra trabalhar, oh! mais de um mês que ele não vem, por que? Porque ele não tem material, ele não tem culpa e é assim, e a médica faz duas semanas que não vem aqui, não vem porque não tem carro, não tem como vir e se viesse também, só com os remédios que tem aqui, não pode fazer exame, não pode fazer raio-x, não pode não sei o quê, aí nesse sentido é ruim. (AIS).

Diante dessa situação, num dia de consulta médica na aldeia Coqueiro e após o término dessa, fiquei conversando com o cacique da aldeia, um morador e a AIS. Durante a conversa fiz a seguinte pergunta: por que não tem dinheiro para combustível se recém foi renovado o

convênio? E quanto aos remédios? A resposta foi uma só: “a burocracia”. Quem explica melhor é o morador, um cafuzo, casado com uma índia:

o atraso pra fazer as licitação, quanto aos remédios, pois tem que fazer uma pesquisa de preço em 3 farmácias, se houver, aqui no caso são apenas 2 [referindo-se à José Boiteux], pra então fechar o acordo, ... a licitação tarefa que tão fazendo. (Membro da comunidade).

Acredita-se que parte das dificuldades (enunciadas pelas AIS e por qualquer outro indígena), que se mostram com mais força nesse período, revelam as características da ordem cotidiana intrincada aos serviços de saúde. Essas características quem conclui é o mesmo morador, ao final da conversa: “[...] saúde não é apenas remédio, nem transporte, é também educação em saúde, pro profissional e para a comunidade”. Enfim, reconhece-se que:

eles só tão fazendo a parte curativa ... é remédio e remédio... o lado da prevenção não tá acontecendo, só emergência, só emergência ... quando vai chegar a parte da prevenção? (AIS).

Discutir prevenção é repensar estratégias para um trabalho articulado, conjunto, é portanto, reconhecer uma mudança necessária na qualidade e intensidade da interação entre EMSI e ASI, pois: “entre nós [AIS] e o Pólo-Base tem que ser mudado, pra melhorar o trabalho nas aldeias tem que toda a equipe se organizar” (AIS). Essa organização se refere, por um lado, sobre um assunto muito comentado entre os membros da comunidade, a falta de comunicação dentro da EMSI e, por outro lado, a falta de capacitação não apenas das AIS, mas de toda a EMSI. Quem relata isso são duas AIS que, durante o grupo focal, ao responderem sobre quais assuntos seriam interessantes discutir e trabalhar num curso de capacitação, comentam: “Parte de .. algo geral né, de orientação mesmo, né, de prevenção” (AIS), ao que, imediatamente, outra AIS afirma:

Toda a equipe podia ter né, esse curso de capacitação, médico, tudo, tudo, por que só nós, nós já conhecemos nossos índios, eles podem ter pra como trabalhar com o índio, como conversar com o índio, porque é difícil dos índio pegar confiança, é difícil eles conversar. (AIS).

Em suma, abordar o período de renovação do Convênio é mais que destacar questões sobre os insumos necessários para desenvolver um trabalho de assistência à saúde. É, também, de certa forma, discutir sobre a preparação e capacitação da EMSI, bem como da qualidade que

as interações sociais aí acontecem quando na relação entre AIS e o restante da equipe. Em outras palavras, como disse uma AIS se referindo aos membros da EMSI que atuam no Pólo-Base: “[..] tem que ficar cercando eles lá dentro”. Isso, como vimos até então, traz implicações diretas sobre a relação entre AIS e membros da comunidade, pois: “quando é a minha consulta, quando é o meu raio-x, quando é o meu exame, daí o que eu vou dizer, agente não sabe”, afirmou outra AIS, a respeito das dificuldades nas interações com a comunidade.

Lembro-me, neste momento, de uma expressão usada pelos moradores da área indígena, “a cabo de tempo”, que quer dizer passado muito tempo, depois de um longo período. Comumente eu escutava esta expressão quando procuravam falar sobre o “engavetamento”, expressão também usada por eles, para falar da demora em realizar uma consulta especializada.

Conversando com uma senhora, mãe de um cacique, ela comentou que não estava muito bem desde abril do ano passado, 2003. Tudo teria começado com feridas nos dois olhos, o que a levou consultar com a médica no posto de saúde de sua aldeia. Dessa consulta, saiu com a solicitação para realizar uma outra, especializada, com o oftalmologista. Segundo ela, tal requisição permaneceu por longo tempo estagnada: “a cabo de tempo eu fui consultar com o especialista, ele disse: você tinha que ter vindo antes, mais um pouco vocês iam deixar ela cega”. Não sei quanto tempo teria levado para a solicitação desta consulta especializada ter sido encaminhada, enfim, marcada e realizada, mas é muito comum se ouvir da comunidade o que uma moradora da aldeia sede comenta para a Auxiliar de Enfermagem, ao reclamar da espera para realizar o seu exame de Raios-X: “a minha receita, minha receita eles vão botar fora, quantas receita eu dei pra ela [se referindo à Auxiliar de enfermagem do Pólo-Base] e nunca veio”.

Este “a cabo de tempo”, torna-se interessante por dois motivos, intimamente relacionados: 1) por destacar toda uma burocracia que dificulta a agilização do processo de marcar consultas especializadas e a realização de exames; 2) porque traz à tona uma questão que é incômoda tanto para as AIS como para a comunidade, uma certa confusão e pouco esclarecimento quanto ao processo, às etapas a serem percorridas para se encaminhar as consultas especializadas e realização de exames específicos.

Incômodo para a comunidade porque o desconhecimento desse processo implica na desconfiança, quanto a uma efetiva possibilidade de realizar seus exames e consultas. Isso pode realmente acontecer, pois me foi explicado o seguinte processo de encaminhamento: a médica receita, o paciente comunica a auxiliar de enfermagem, esta comunica o motorista que comunica o pessoal do Pólo-Base, que liberará o motorista para levar os pacientes em dia certo, pois cada aldeia tem um dia para levar seus moradores para a realização de consultas e exames fora dali. Esse comunica aqui, comunica ali, não é feito apenas no “boca-a-boca”, mas através da receita médica.

Contudo, algumas vezes, foi possível observar que durante esse processo, em meio à agitação do dia de consulta, o encaminhamento perde-se por entre o caminho, não literalmente perde-se o papel, mas no sentido do esquecimento de dar continuidade. Nesse sentido, torna-se um incômodo para as AIS, porque são elas a quem a comunidade costuma perguntar: quando é o meu exame, já foi marcado, enfim, todas as questões já apresentadas e que as colocam numa situação desagradável. Isso porque, apesar de estar previsto na “agenda de atividades”: “orientar a comunidade sob [sic] a forma de funcionamento dos serviços de referência”, as AIS, na prática cotidiana das interações entre elas e os demais membros da EMSI, estão, mais uma vez, despojadas de participar da trajetória desses processos. Conseqüentemente, emerge dessa situação problemática (a falta de comunicação dentro de toda a EMSI) uma deficiente atuação e atualização prática daquela atividade/função prevista na “agenda de atividades” das AIS.

Outro ponto a ser destacado, das falas sobre a renovação de convênio, é que fica evidente uma característica dos serviços de cuidados à saúde, oferecidos nessa comunidade: esses são fortemente marcados por ações emergenciais, curativas e pouco ou nada preventivas.

4.8 TEM QUE SABER TRABALHAR COM ÍNDIO

Em qualquer conversa com os membros da comunidade indígena Laklãnõ, em que esteja manifesto um contexto de interação interétnica, em algum momento se escutará: “tem que saber trabalhar com índio”. Numa tentativa de compreender aquilo que estão ponderando para pensar esta inter-relação e qual sentido está sendo enunciado, partirei dos exemplos dados pelos

próprios indígenas. Para ilustrar o que querem dizer com “tem que saber trabalhar com índio”, costumam contar uma história que exemplifica dois casos, na qual um representa aquilo que qualifica um sujeito como quem sabe trabalhar com o índio, enquanto o outro caso descreve justamente o contrário. É uma história curta, mas que entrelaça diferentes personagens e suas diferentes atitudes, contada a partir de uma comparação de suas atuações enquanto chefes do Pólo-Base⁶⁷.

Tudo começa com contestações do fato da atual chefe do Pólo-Base, empossada em agosto de 2004, não ter, ainda, ido conhecer a área indígena, estando realizando suas funções apenas dentro das dependências do Pólo-Base, ao que imediatamente seguem constatações do tipo: “Zé é que era um bom chefe”. Esse não é, no entanto, o único ponto de partida, pois há um outro, cujo personagem principal não são os diferentes chefes do Pólo-Base, mas a FUNASA⁶⁸:

tinha um auxiliar de enfermagem ali no pólo-base que era nosso chefe que tava levando, então eles [FUNASA] tiraram ele, vê que tá assim meio do lado dos índios, né, porque quando tinha problema ele [chefe] chamava os caciques e dizia: oh, tá assim e assim, oh, tá aqui os problemas. (AIS).

Mais informações são agregadas a este chefe, o Zé, destacando-se aquelas qualidades que permitem avaliá-lo positivamente:

[...] enfermeiro muito bom, aprendeu tudo como que é o índio, brabo, pra tudo tinha uma palavra. Tem que compreender o sistema do índio, tomar decisão junto com a liderança, o que Joana não fazia. (AIS).

Joana foi a chefe do Pólo-Base que veio para substituir o Zé, este trabalhou durante dois anos como chefe, mas foi remanejado para outra área indígena. A Joana, no entanto, ficou no seu posto por apenas oito meses, no ano de 2003, porque os índios não gostaram dela. O motivo?

na área dela era boa, mas aquelas coisas que tem que dizê, não. Quis botá ordem no Pólo-Base, sê rígida. (AIS).

Pode-se considerar, como ponto de inflexão do sentido dado ao “*saber trabalhar com índio*” – o que implica diretamente sobre uma compreensão do “*sistema do índio*”, uma atitude

⁶⁷ Para preservar a identidade desses personagens da vida real aqui serão tratados por pseudônimos, Zé e Joana.

⁶⁸ Quando se referem à FUNASA estão identificando o DSEI-Interior Sul.

de “*chamar para conversar*”, ou, dito de outra maneira, integrar os índios dos problemas, da situação e envolvê-los no processo de discussão. Enfim, chamá-los para uma efetiva participação. Essa participação, no “sistema do índio”, deve considerar a fala dos caciques, sua liderança e chefia, pois entendem a atitude de “ser rígida”, “botar ordem” como oposto ao “chamar para conversar”. Não que os indígenas sejam adeptos da baderna ou bagunça. De maneira alguma, mas, para eles, uma questão de ordem está intimamente relacionada à sua participação na tomada de decisões. A desordem, portanto, está nas ações e decisões feitas sem as suas opiniões, uma vez que, na visão deles, é preciso saber “lidar e realizar as tarefas com um jogo de cintura para conciliar lei e realidade”. E, se me fiz entender até aqui, este povo, seja cacique, AIS ou não, tem sempre uma opinião crítica, uma avaliação sobre os assuntos que envolvem os serviços de saúde, bem como sobre as dificuldades decorrentes da configuração atual de suas formas de organizações espaciais e sociais e a implicação dessas na promoção da atenção primária. Por outro lado, chamar para conversar requer saber como se portar durante a conversa: “chegar lá com cara feia, o índio não vai gostar...” (AIS).

Em suma, a fala, “tem que saber trabalhar com índio”, expressa uma fundamentação norteadora de suas avaliações quanto à interação entre índios e não-índios no contexto dos serviços de atenção à saúde. Pode-se pensá-la como uma espécie de termômetro capaz de justificar uma aceitação ou não do funcionário não-índio por parte da comunidade indígena e, portanto, como ponto a ser levado em consideração na avaliação da qualidade dos serviços que estão sendo prestados.

Importante observar que o índio de que estão falando, não é um índio genérico, mas o índio Xokleng. Nesse sentido, chamo a atenção para o que venho destacando, durante esta dissertação, como um modo de ser Xokleng, isto é, um ethos que caracteriza, segundo eles próprios, como pensam e agem os Xokleng⁶⁹. Assim, no nível das relações sociais, em sua dimensão mais cotidiana, ou seja, nas relações entre familiares, amigos e com brancos, vem à tona aquele comportamento socialmente aceito, produzido e re-produzido diariamente e é neste aspecto que continuam a caracterizar-se enquanto um outro diferente daqueles que os cercam.

⁶⁹ Esse ethos é aqui pensado sob uma perspectiva dinâmica e relacional, portanto, formas de conduta e de pensamento determinadas pela relação com um outro e seu contexto. Em outras palavras, não se trata de uma postura engessada, mas variável, mutável segundo o contexto e os atores envolvidas na interação.

Resume-se aqui a descrição de um modo de ser Xokleng com a primeira fala que escutei em campo, de um cacique local, enquanto procurava explicar-me o porquê escutaria da comunidade reclamações sobre os serviços de saúde, as AIS e do mal uso da Toyota. Para ele, ao final, essa atitude e falas eram representativas de um modo de ser: “o índio Xokleng é assim, tu tá passeando por aqui, tu vai vê”. Esse cacique define uma conduta e o princípio que a orienta: “o povo tem razão em exigir o melhor, quando já sabem o que é melhor pra eles”. No entanto, destacou que considerava erradas aquelas pessoas que não fazem diferença entre dia de feriado e final de semana para ir ao encontro das AIS ou da Auxiliar da Enfermagem, quando esta mora na aldeia, pedir remédio.

O Xokleng é um índio que sabe o que quer quando a questão é saúde e interação interétnica: “[...] coordenação tem que sentar com o conselho e não tomar as decisão sozinho” (Conselheiro de saúde). Além disso, quando o Xokleng quer ele fala, “briga”, “incomoda”, “pede sem parar”. Atitudes que são relatadas pelos funcionários não-índios que trabalham diretamente com eles, mas como já se viu noutros momentos, são anunciados pela própria comunidade.

Mais um exemplo: a fala de uma mãe sobre um episódio em que seu filho teve a mão praticamente decepada pelo irmão, enquanto cortavam lenha, explicando o itinerário percorrido e por que seu filho não perdeu a mão. Ela conta que, há três anos, seu filho mais novo apareceu com a mão pendurada apenas pela pele. Imediatamente ela entrou no carro com o filho, chamou um sobrinho para dirigir e foram para o hospital de Ibirama, depois de passarem no Pólo-Base e trocaram de meio de transporte. Chegando no hospital, o médico avaliou que não teria jeito, teria de cortar o resto da mão fora. Em desespero, a mãe ouviu o apelo do filho: “não deixa cortarem minha mãozinha”. Assim, fez um “falatório”, afirmando que não permitirá isso. É, então, encaminhada para o hospital de Rio do Sul, onde o veredicto não é muito diferente, contudo, segundo ela, “falei, falei tanto”, que o médico descobriu que em Florianópolis havia um especialista em mãos e um hospital com os devidos instrumentos para tal situação. Dessa forma, seguem para Florianópolis e a cirurgia é um sucesso. Hoje, após três anos, o menino tem sua mão que faz movimentos parciais e está fazendo fisioterapia em Presidente Getúlio. Ela chamou o menino, pediu-lhe para mostrar a mão e os recortes de jornal que relatam tal feito, em

seguida finaliza a história dizendo: “tu vê, se eu fosse uma boba, que ficasse quieta, hoje ele tava sem mão”.

Outro relato é de uma AIS, que conta sua luta para conseguir trazer materiais para o Posto de Saúde de sua aldeia. Segundo ela, o termômetro que tem no “postinho” é um que comprou para uso próprio no curso de Auxiliar de Enfermagem. Já o material para aferição da pressão e para nebulização estão ali porque um dia, no Pólo-Base, os viu em cima de uma mesa. Ela os pegou e disse que estava levando para sua aldeia, ao que lhe falaram: “Não. Isso daí é para outra aldeia”. Ela respondeu: “Não quero saber, eu vou levar para minha aldeia e você pede, compra outros pra outra aldeia”. Enfim, pegou e levou. Semelhante caso se passou com a geladeira. Ela soube, pelo pessoal da FUNASA, “os engenheiros de Florianópolis”, que havia chego um caminhão com geladeira no Pólo-Base. Segundo a AIS, a geladeira só foi parar no “postinho” de sua aldeia de “tanto que liguei, fui lá incomodei, pedindo, dizendo que queria uma”. Quando perguntei sobre o que tinha dentro da geladeira, surpresa! Nada, nem ligada estava. Mas ela frisa: “a geladeira agora é nossa”.

Enfim, *o modo de ser Xokleng*, aqui enunciado, expressa, não uma diferenciação de conduta, pensamento e comportamento dos grupos étnicos internos, mas a relação de qualquer um desses com um “branco lá de fora”, procurando definir os limites daquilo que é positivo ou negativo numa interação interétnica dentro dos serviços de saúde:

só determina ordem, ofício pro Pólo-Base e os funcionários querem aplicar, aí que não tá dando certo.... coordenação tem que sentar com o conselho e não toma as decisão sozinhos. (Conselheiro de saúde se referindo aos funcionários do DSEI-Interior Sul e do Pólo-Base).

Não se trata de uma descrição da essência do ser Xokleng, mas, sim, uma aproximação da percepção nativa sobre um *ethos* Xokleng que se constitui através da interação com o outro, especialmente, daquelas relações com o mundo do branco. Essas relações, nos serviços de saúde, não podem desconsiderar aquilo que pensam e desejam os indígenas dessa comunidade quando o assunto é atenção diferenciada. Do contrário, suas avaliações sobre a qualidade desses serviços de saúde penderam fortemente ou para incertezas ou para denúncias do tipo, “não tá dando certo”.

4.9 POR UMA ATENÇÃO DIFERENCIADA

Não poderia terminar este trabalho sem antes apresentar a perspectiva do ponto de vista das AIS sobre a atenção diferenciada. Uma questão difícil, pois sempre que eu fazia essa pergunta passavam-se segundos de silêncio até começarem a responder. Apresentarei duas das respostas que mais resumem aquilo que pensam sobre uma atenção diferenciada e a dificuldade que essa questão envolve:

olha, que eu acho que é diferenciada, assim, ... é diferente do que os branco lá, eu acho, por isso que eles colocaram, assim, antes não tinha o AIS, antes tinha só lá fora né, que era o PSF, daí eles colocaram pra reserva, daí eu pensei assim né: agora vai melhorar né, que tem o índio, os índio trabalhando com os índio, ia ser melhor, mas pelo que vi não aconteceu nada de diferenciada. (AIS).

Para se entender melhor o que essa AIS está querendo dizer com: “...nada de diferenciada”, recorro à resposta elaborada por uma outra AIS sobre a atenção diferenciada:

agora não sei o quê que na verdade é uma saúde diferenciada porque a gente ultimamente tá sendo atendido talvez que nem os branco lá fora, que espera numa fila do SUS pra consultar, assim né, nós também já tamo nesse ponto, porque eu achava assim, que é, a gente poderia ter um, as consulta assim, já marcar assim, a FUNASA podia dá um jeito, pagar, como eles dizem que tem dinheiro, tem convênio, assim, então poderia pagar assim essas consulta emergencial né, mas ultimamente a gente tá na fila do SUS também, tudo é pelo SUS, não sei dá minha opinião certa pra isso assim porque se ela é diferenciada , ela tinha que ter uma coisa de diferente né, diferente lá dos branco, lá de fora, mas eu não vejo nada, na verdade nem sei o quê que é isso. (AIS).

Pensar a atenção diferenciada, para as AIS, é partir de uma comparação de universos e contextos diversos do acesso aos serviços de saúde, mais especificamente, daquilo que se assemelha ou diverge na forma como índios ou brancos têm acesso aos cuidados e tratamentos de suas enfermidades. Elas reconhecem, no entanto, que o cargo AIS é fruto da proposição de um serviço de atenção diferenciada à saúde, contudo não vislumbram, nas suas atividades, aquilo que qualifica uma diferenciação.

Nesse sentido, uma interpretação possível, para compreender por que esta avaliação negativa sobre a atenção diferenciada, está num questionamento constante: “quando vai chegar a parte da prevenção”. Ou seja, os serviços de atenção primária à saúde, prestados no interior da

TIL, estão orientados pelo que se pode identificar como uma lógica emergencial, curativa, à base de medicamentos ou, nas palavras deles próprios: “só remédio, só remédio...”. Portanto, evidencia-se que nem seus conhecimentos tradicionais sobre terapêutica preventiva e curativa (“remédio ou chá do mato”) e, conseqüentemente, nem seus especialistas, desde benzedeiros até conhecedores de um ofício específico para um determinado estado de saúde (por exemplo, a mulher que cuida das gestantes com massagem e chás), são incorporados na prática dos serviços de saúde⁷⁰.

Os indígenas reconhecem, compartilham da visão apresentada por uma velha senhora, “Xokleng Pura”⁷¹, que relatou, quando solicitei a ela que falasse sobre a situação de saúde de seu povo hoje:

antigamente, tinha mais saúde, hoje tem mais doença, porque abriu a mata que antes era fechada, assim a poluição, a doença vem.... A barragem, com o rio parado, trouxe doença, os peixe não são mais peixe de verdade e esse é o rio que a gente usa. (Membro da comunidade).

Quando perguntei, a essa mesma senhora, como se tratavam as doenças no “tempo do mato”, ela respondeu: com o remédio do mato, mas hoje só querem tomar mais remédio da medicina, porque sabem que funciona, que cura, e não precisa fazer dieta. Já o remédio do mato tem muita dieta, por ex.: o chá pra gripe, quem toma não pode pegar vento, saí para rua por três dia, nem tomar gelado. ... Mas o problema é que os índio perderam a confiança no remédio do mato, daí não adianta, porque é preciso confiar, acreditar que aquilo vai te fazer bem, se não, não cura. E hoje se sabe que o remédio da medicina cura, rápido [...]. Mas muito remédio faz mal, porque a química dele fica no corpo acumulando, que não acontece com o remédio de mato. (Membro da comunidade).

⁷⁰ Não foram coletados dados sobre itinerário terapêutico, nem foram registrados todos os “sistemas médicos” disponíveis na TIL. Entretanto, é preciso deixar claro que as pessoas aqui, quando não têm uma resposta dos serviços de saúde ou mesmo utilizando fármacos, fazem sim uso do remédio do mato, das garrafadas e das benzeduras. Não são todos, mas seria errôneo pensar que a única forma de tratamento para seus mal-estares fosse através dos serviços de atenção primária oferecidos no subsistema e SUS, pois ainda há aqueles que usam da oração e da crença como parte do seu itinerário. Uma coisa é falar sobre preferência ou crédito, outra é sobre lançar mão de uma pluralidade de conhecimentos e práticas sobre saúde, doença e tratamento disponíveis quando na busca de uma solução.

⁷¹ Ela se identificou assim, quando perguntei qual era a sua etnia.

Inicialmente, duas reflexões podem ser feitas desse relato. Primeira, sobre uma percepção êmica do processo saúde e doença que entrelaça, numa relação de causalidade, o contato com a sociedade envolvente, o mundo dos brancos, e as conseqüências decorrentes dessa aproximação como um dos agentes causador ou disruptivo de enfermidades, qualificando-as de “zug congó” – doença de branco, com as quais têm convivido (perspectiva já trabalhada por WIIK, 2002). Segundo, decorre desse contato, cada vez mais íntimo no que se refere aos cuidados à saúde, uma outra explicação possível para as causas de enfermidades: “a química do remédio que fica no corpo”. Essa explicação, por sua vez, destaca tanto o uso contínuo de medicamentos, como, ao que já havia falado outrora um cacique, a ineficiência do remédio tomado indiscriminadamente⁷².

Por outro lado, esse relato é notável por ser representativo de uma outra constatação de senso comum entre os indígenas: “... mas hoje só querem tomar mais remédio da medicina...”. Sem entrar numa discussão, muito interessante, referente ao “descrédito” do remédio do mato, portanto, numa abordagem da eficácia simbólica, centra-se, aqui, naquilo que, de modo inverso, fala de uma percepção do que deve ser a atenção diferenciada. Digo de modo inverso porque as AIS, mesmo reconhecendo a pouca aceitação ou uso do “remédio do mato” nos dias atuais, procuram incentivar o seu uso:

até quando eu vou fazer visita, quando vejo assim que não tem medicamento, eu até converso assim sobre essas coisa, mas se a gente não fica junto, se a gente mesmo não fazer eles não fazem né, o cháporque tem alguns que quando a gente fala em chá eles ficam brabo, eles querem medicamento né, quase todo mundo, os mais velho até que entendem melhor, que os mais novo eles querem ser mais esperto sabe, bem mais difícil lidar. (AIS).

até tinha um tempo que nos fizemo xarope, multimistura né, mais é assim como eu disse pra ti, tem pessoas que aceitam e outras não né, o índio ultimamente mudou bastante né porque agora eles preferem ir na farmácia buscar o remédio que já tá pronto do que ir lá no mato colher aquela planta, lavar, limpar e depois fazer o chazinho e tomar né. Eles já não acreditam mais muito naquilo, então uns aceitam e outros não, então a gente assim, pra quem a gente sabe que aceita, então a gente fala né, aquele chazinho é bom pra isso e bom pra quilo, então eles faz, outros não, a maior parte prefere pegar o remédio prontinho, tomar e pronto. (AIS).

⁷² Vale destacar que a própria biomedicina reconhece, pode-se dizer, a teoria da intoxicação medicamentosa, como os efeitos colaterais do uso contínuo e indiscriminado de alguns fármacos.

Todas as AIS, sem exceção, em algum momento da conversa, cobravam uma benfeitoria que a própria FUNASA teria incentivado, mas não dado auxílio para pôr em prática: “pois é, falaram [o pessoal de Florianópolis] até em horta comunitária, mas até agora nada”. Essa horta não é uma horta qualquer, é uma “horta fitoterápica”, para a qual a mão-de-obra inicial na construção e preparação do espaço apropriado, o “grosso do serviço”, se está, até hoje esperando, mesmo porque “vontade não falta!”. Todavia, mesmo reconhecendo o já comentado descrédito do “remédio do mato”, quando uma AIS falava sobre temas para um curso de capacitação, questionava:

[...] isso eu achava muito interessante, se tivesse alguém que fizesse uma palestra, pelo menos pras mulheres assim, sobre a erva medicinal, sobre isso, pra que elas entendessem,... porque os branco lá fora já tão optando por isso, porque nós índio que somo disso, não segui isso, se a gente pudesse faze isso é uma coisa que eu gostava. (AIS).

Para finalizar este subcapítulo sobre a atenção diferenciada vale destacar que, do ponto de vista dos indígenas, além do resgate e incorporação efetiva dos conhecimentos tradicionais, é preciso aprender a fazer diferente do que este índio fala: “..eles fazem tudo conforme o branco, né”. Ele estava se referindo a uma característica da relação interétnica dentro dos serviços de saúde, ao que se pode complementar: “eles não participam do conselho, é eles que fazem”. Enfim,

se é um atendimento diferenciado vamos discutir muito, quero descobrir conforme a cultura do índio tem que ser atendido... vão ter que sentar e discutir o que é atenção diferenciada, Rondon, FUNASA, o chefe do DSEI, vamos ter que sentar [...]. (Conselheiro de saúde).

A atitude proposta por esse indígena, “sentar e discutir o que é atenção diferenciada”, pode ser enriquecida pelos debates feitos dentro da Antropologia, quando esta fornece dados para uma compreensão nativa dos fenômenos de saúde e doença, suas etiologias e práticas terapêuticas. Assim, passa-se agora ao que essa área do saber pode trazer como contribuição teórica e empírica quando se pensa em estratégias de intervenção e atenção diferenciada à saúde.

5 UMA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

Desde a década de 70, autores como Kleinman (1973, 1980), Frankenberg (1980), Allan Young (1976), entre outros, têm proposto que os saberes e práticas relativos aos cuidados da saúde/doença, o que inclui explicações etiológicas, tratamento e avaliação da eficácia, devem ser percebidos como saberes e práticas que variam não apenas de uma sociedade ou cultura para outra, mas no interior de uma própria sociedade.

Orientados pelas reflexões da antropologia simbólica, da semiótica, da psicologia e por dados etnográficos, propõem relativizar o paradigma biomédico ocidental, cujo saber, formas de avaliação e práticas clínicas, estão fortemente marcados por uma perspectiva que delimita doença aos distúrbios ou disfunções biológica, a um conjunto de sinais e sintomas pensados como universais. Portanto, uma perspectiva que dissocia o corpo biológico do corpo social, da experiência subjetiva e coletiva microssocial.

Tal percepção biologizante de saúde e doença, enquanto ponto de referência, dificultava a realização de pesquisas *cross-cultural*, comparativa entre os diversos saberes e práticas médicas, explicações etiológicas, formas de tratamento, formas de avaliação da eficácia, bem como, da própria noção de doença e enfermidade, percepção e construção do corpo. Elementos constitutivos e elaborados por todas as sociedades e culturas, os quais compõem parte do que se pode chamar de ordem do concebido (as representações culturais, neste caso, sobre corpo, saúde, doença, cura, tratamento, mundo espiritual, etc.) e da ordem do vivido (as práxis individuais e coletivas orientadas e construtivas desta ordem do concebido). Para o caso desses conhecimentos e práticas relacionados à saúde, doença e tratamento, pode-se pensá-los como saberes e ações que compõem os “sistemas médicos” de uma cultura, como diria Kleinman (1973), ou Menéndez (2003), “formas de atenção” à saúde e aos padecimentos.

Subjacente às idéias e noções apresentadas por ambos os autores acima citados, está a percepção de um conceito de cultura, não mais como um conjunto de normas, valores, idéias e padrões de comportamentos fixos, impostos aos indivíduos, compartilhados igualmente por todos. Mas sim, um conceito de cultura orientado para a dinamicidade, fluidez e interatividade entre a ordem do concebido e do vivido, entre as idéias e as práticas. Um conceito atento à

práxis individual e coletiva, com destaque as relações de poder e negociações intersubjetivas presentes em todas as interações e relações sociais. Um conceito capaz de visualizar as influências dos eventos macro-sociais nos contextos específicos, não como fenômenos de aculturação ou imposição, mas como eventos assimilados, reinterpretados e re-elaborados continuamente.

Nesse momento, se pode partir da noção de cultura⁷³ trabalhada por Geertz (1989), dada como uma “...estrutura de significados socialmente estabelecidos..”, pensada como uma rede ou “teia de significados simbólicos” que representa, descreve e explica uma dada realidade e que fornece aos Homens os “fios condutores”, que tecem sua percepção do mundo (natural, sobrenatural e social), suas maneiras de sentir, comunicar, pensar e agir. Assim, está a cultura, também, no dia-a dia dos Homens, em seus trabalhos, no lar, na escola ou no “jantar”, em suas atividades cotidianas ou nos desvios do fluxo deste cotidiano, que podem ser atividades consideradas ilegais por um grupo (a quebra de um tabu, por exemplo), mas bem pode ser uma festa de casamento, uma cerimônia ou qualquer outra, ainda, um episódio disruptivo interpretado como doença.

Em todas essas atividades, cotidianas ou não, o Homem, ao mesmo tempo em que é produto de sua cultura, a qual lhe está “informando” como se portar, sentir e agir, é também, nesse exato momento, o da vivência, da práxis, um produtor de cultura. São nesses momentos, cotidianos ou não, e na interação social que a cultura emerge, se mostra através dos indivíduos ou grupos, como é, também, na interação social que se encontra o espaço para a criatividade.

Cultura é definida como um sistema de símbolos que fornece um modelo de e um modelo para a realidade (Geertz, 1978). Este sistema simbólico é público e centrado no ator, que o usa para interpretar seu mundo e para agir, de forma que também o reproduz. As interações sociais são baseadas numa realidade

⁷³ A antropologia continua promovendo o debate sobre as dificuldades que cercam o uso do conceito de cultura, quando se percebe que tal palavra, amplamente apropriada pelo senso-comum, tem tomado usos e sentidos diversos. Por exemplo: servindo tanto aos interesses políticos de grupos sociais em movimento de reivindicação de direitos, como noção que embasa projetos de intervenção por diferentes setores da sociedade nacional. Em ambos os casos, cultura tem sido apropriada como “alavanca” política e, em alguns momentos, seu uso tem se aproximado de uma noção folclórica ou museológica, como coisas do passado que devem ser preservadas, congelando um movimento que é inevitável, a transformação e mudança das sociedades. Não se trata de criticar a apropriação desta noção para os fins aqui exemplificados, apenas reconhecendo questões inevitáveis que tais usos e sentidos políticos trazem para a disciplina, cuja história quase se confunde com tentativas de definir e elaborar o próprio conceito de cultura. Sem perder de vista este debate, torna-se necessário conhecer a noção de cultura que orientou tanto a presente pesquisa empírica, como a articulação teórica dos seus dados.

simbólica que é constituída de, e por sua vez, constitui os significados, instituições e relações legitimados pela sociedade. (LANGDON,1996:11).

Estendendo-se essa reflexão aos processos de doença, diagnóstico, tratamento e cura, pode-se, com segurança, afirmar que estes envolvem além de fatores biológicos, fisiológicos, hormonais e psíquicos, também, fatores sociais, históricos, culturais, políticos, ponderados pela intersubjetividade no contexto da interação. Todos esses fatores se constituem em elementos confluentes e partícipes na experiência do processo de adoecer. Na altura em que se encontram os debates de antropologia da saúde⁷⁴, é fecundo abordar os episódios de doença onde elementos físicos, psíquicos, culturais, econômicos, políticos, etc, se sobrepõem, se justapõem. É necessário perceber que os episódios de doença não são eventos estáticos. Os processos são contextualizados em dado momento histórico, na tensão entre grupos sociais e numa situação relacional, fatores que, por sua vez, orientam, articulam-se com as diversas maneiras de se proceder num episódio de doença: desde a percepção e discriminação dos sintomas no processo de diagnóstico e de tratamento, a avaliação do grau de gravidade, até a eficácia do tratamento e os direitos e deveres do sujeito enfermo.

Assim, cada grupo social construiria e compartilharia, entre seus membros, um conjunto de idéias, crenças e práticas relativas à saúde, enfermidade e tratamento, englobando e definindo um(s) sistema(s) médico(s). Este, por sua vez, deveria refletir as construções norteadoras e responsáveis por organizar a experiência corporal – coletiva e individual - em sua dimensão tanto fisiológica como sócio-cultural, quer associando-as ou não como limites ou referência para a (re)produção do mundo social, seja na identificação e determinação das passagens de uma faixa etária a outra, seja para identificar o sexo e distribuir os papéis sociais (tanto de gênero como de tipos de conhecimento, ofício), como para determinar o nascimento e a morte, o puro e o impuro, o sadio e o doente. Saberes que se estendem e permeiam inúmeras esferas da vida sócio-cultural: na religião, na tradição e, também, nas “formas de atenção” aos padecimentos, nos modos ou estilos de vida que influem na reprodução biossocial dos grupos (MENÉNDEZ, 2003; MINAYO, 1994; RABELO, 1994).

⁷⁴ Para uma leitura do desenvolvimento da antropologia da saúde, especialmente no Brasil, e dos temas que vêm explorando, recomendam-se os textos de P. C. Alves & M. C. Rabelo (1998) e M. C. de S. Minayo (1998), Ana M. Canesqui (1994) e Garnelo e Langdom (2003).

A cultura embebe tanto as representações de saúde e doença quanto as representações terapêuticas (Helman,1994).Além do que, os hábitos, costumes e crenças que participam da vida humana, das formas de se viver, orientam certas práticas alimentares e religiosas, certos padrões de organização familiar e comportamentos que interferem positivamente na saúde. (SEVALHO e CASTIEL, 1998:52).

Não se está negando a dimensão biológica das doenças. Mas sim, chamando a atenção para a dimensão “experencial” e processual, destacando saúde, doença e tratamento como processos coletivos e contextuais. E assim, pontuar as especificidades que acompanham o vivenciar de um processo de adoecer, de suas formas de expressão, de identificação, formas de legitimação e modelos de explicação, os quais variam não apenas entre as sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade. Fato que é evidenciado através dos estudos de Kleinman (1980), ao propor que a “realidade clínica”, instância legitimadora (dos episódios de doença) e legitimada socialmente, pode variar no interior de um único “sistema médico cultural”, destacando-se a multiplicidade e a coexistência de diversos modelos explicativos e práticas de cura.

Segundo Kleinman (1973), os saberes e práticas relacionados à saúde, doença, tratamento e cura, em qualquer sociedade, são elementos que participam de diferentes setores, os quais coexistem num “sistema médico cultural”. Tais setores seriam: Setor Folk: “especialistas de cura não-profissionais”; Setor Popular: “o contexto familiar, as redes sociais do sujeito”; e Setor Profissional: “a medicina profissional científica (Ocidental) e as tradições de cura indígenas profissionalizadas” (KLEINMAN, 1973:86-87). Tais setores fornecem “Modelos Explicativos”, para dar conta tanto dos diferentes contextos em que pode ser experienciado um processo de doença, como das diferentes explicações sobre as causas e formas de tratamento que podem emergir. Essas formas de tratamento são fortemente marcadas pelas interações sociais e arraigadas ao próprio contexto em que acontecem.

Outros conceitos propostos pelo mesmo autor, para se apreender os eventos de saúde, doença e tratamento, centram-se e procuram expressar diferentes discursos e experiências vividas. Tais são Disease: o qual denota o “mau funcionamento ou a má adaptação dos processos biológicos e ou psicológicos”; Illness: significando “a experiência da Disease (ou percepção da disease) e a reação social à disease. ... é a maneira como a pessoa doente, sua

família, e sua rede social percebem, nomeiam, explicam, avaliam e respondem à disease.” (KLEINMAN, 1973:88)⁷⁵. Ambas constituindo, então, aspectos da enfermidade. Através desses conceitos, o autor apresenta a enfermidade como um evento que envolve tanto a mobilização do doente e dos mais próximos, quando a enfermidade é legitimada, como as diferentes explicações dos diferentes setores dentro dos sistemas médicos culturais.

Esse “Modelo Explicativo”, como uma categoria analítica, um tipo ideal, teve grandes repercussões nos estudos de antropologia da saúde ao seu tempo. O freqüentemente destacado, é a possibilidade de se encarar a biomedicina como mais um sistema médico dentre muitos outros e, portanto, cada um com sua legitimidade para tratar e explicar um episódio de enfermidade. Legitimidade que está condicionada ao contexto da interação e à avaliação intersubjetiva da eficácia, tanto do tratamento, como do sentido fornecido, dado pelas explicações, isto é, a sua capacidade de (re)ordenar o mundo e seus fenômenos (YOUNG, 1976).

É justamente através de uma reflexão sobre a eficácia que Young (1976) propõe relativizar, novamente, a biomedicina enquanto perspectiva dominante para avaliar a eficácia de um tratamento. Para isso, mostra o quanto os saberes e práticas relativos à saúde, doença, tratamento e cura, são elementos que compõem e participam das explicações sobre a ordem do mundo, sendo, portanto, elementos partícipes das visões de mundo social, natural e sobrenatural. Destacando, ainda, as diferenças primordiais existentes entre a visão de mundo partilhada pelo Ocidente e as cosmologias indígenas.

Young, sem desconsiderar as diferenças éticas, morais, cosmogônicas e cosmológicas dos indígenas, destaca que, em ambas as sociedades, a percepção da eficácia do tratamento (fora dos saberes, corporações institucionais, especializados da biomedicina) não se limita a uma simples avaliação de seus efeitos sobre os sintomas biológicos, nem a doença a, apenas, uma experiência individual de mal-estar biológico. A experiência da doença precisa ser legitimada socialmente, o que envolve uma negociação a partir do cumprimento de determinadas atitudes: buscar ajuda, não se expor, etc, bem como a “exculpação”: o direito de esquivar-se de cumprir as atividades cotidianas no mesmo ritmo ou, mesmo, não cumprí-las.

⁷⁵ Minha tradução.

Na sociedade Ocidental, bem como nas Tradicionais, a pessoa acometida de mal-estar, crise ou distúrbio aprende a representar o comportamento sintomático ‘supérfluo’ ou ‘subjetivo’ (incluindo verbalizações de sensações orgânicas internas) da mesma forma que o conhecimento a respeito do comportamento que sua sociedade julga apropriado para outras identidades sociais. (YOUNG, 1976:21).

Portanto, chamando a atenção para o fato da diferença entre os saberes e práticas relativos à saúde, doença e tratamento, compartilhados pelo Ocidente e pelos Povos Indígenas, dever-se, antes, às ordens explicativas, ao paradigma norteador de suas percepções, delimitações e compreensões de um dado evento.

Entre as sociedades tribais e tradicionais de um lado, e a Ocidental de outro, não existem diferenças fundamentais na maneira pela qual a praxis funciona através dos episódios de mal-estar, crise ou distúrbio para formar estas imagens [...]. O que as separa são os diferentes tipos de ordem ontológica que elas afirmam. (YOUNG, 1976:32).

A estas reflexões antropológicas cabe chamar a atenção às dificuldades de se fazer uma generalização muito grande sobre o ocidente e os povos indígenas, pois abarcam uma pluralidade e diversidade de visões de mundo, valores, idéias e práticas sociais. Ainda assim, é possível fazer um recorte que apresenta uma certa semelhança que perpassa ambas as sociedades (LANGDON, no prelo).

Saúde, doença e cura não só para as sociedades indígenas, mas para muitos outros povos (da África e da Índia, por exemplo), são eventos que acometem, tanto o corpo biológico, mas, especialmente, o corpo social e espiritual. Em outras palavras, compreendem as disfunções orgânicas dentro de um complexo sistema de saberes e práticas referentes a “disfunções”, melhor seria dizer, desordens no mundo das relações sociais, políticas, ecológicas e/ou espirituais (TURNER, 1974; LANGDON, 1991 e 1994; YOUNG, 1976; LOCK & SCHEPER-HUGHES, 1990; entre outros).

Como exemplo dessa justaposição de elementos expressivos do universo das relações sociais e políticas, articulados com uma visão de mundo específica, pode-se sumariamente descrever a etnomedicina Xokleng.

Henry (1941), esteve entre os Xokleng, chamados por ele de Kaingáng, entre 1932-34, conta que:

In characteristic Kaingáng fashion, people fall sick and die either because they are attacked by some *nggüyúdn* who wishes them ill or because they are seduced or “led off” by one who wants them for company. [...]. In any event, the ultimate cause of death is complete soul-loss. Seduction is accomplished either through invitations to visit a “good country”, i.e, where the hunting is good and the honey plentiful, or through sexual simulation. (HENRY, 1941:80).

Dessa citação, fica visível a participação dos seres que povoam o mundo sobrenatural sobre o bem estar físico, influenciando sobre a saúde, a doença e a morte dos homens. Segundo Mussolini (1980)⁷⁶, para os Xokleng “A causa da moléstia e da morte é sempre buscada na atuação do sobrenatural.” (op. cit: 38). Neste mundo sobrenatural, na visão de mundo Xokleng, dois seres são de grande importância os *nggüyúdn* e *kuplêng*. O primeiro, designa de forma genérica todos os seres sobrenaturais, tanto os bons como os maus (op. cit:39), os quais podem assumir “[...] forma semi-humana ou monstruosa [...] ou de animais” (WIJK, 2001: 400). *Kuplêng* pode ser entendido como o “[...] duplo que todos as pessoas, animais, plantas e elementos da natureza possuem. *Kuplen* confere-lhes vida e vontade, *kuplen* e o corpo físico formam um todo integrado e uno” (WIJK, 2001:400). O *kuplen*⁷⁷ é uma forma de *ngayun*, mas, neste sentido, refere-se a “alma dos mortos” que pode vir a querer roubar o *kuplen* dos vivos (MUSSOLINI, 1980:36; WIJK, 2004:157).

As etiologias Xokleng, ancoradas nessa visão de mundo, explicam a doença pelo aprisionamento temporário do *kuplen* e a morte como a perda definitiva deste. Isso pode acontecer quando um *ngayun* disfarçado de gente ou animal seduz a vítima a comer de sua comida ou a ter relações sexuais ou, ainda, por promessas de terra boa “com fatura de víveres e facilidade de vida” (MUSSOLINI, 1980:36).

As terapêuticas, tanto curativas como preventivas, desenvolvidas para recuperar ou salvaguardar o *kuplen* vão desde o uso de chás, infusões, massagens, até cantos, curas feitas por um “xamã” e rituais funerários. Segundo Henry (1941:89) e Mussolini (1980:53), tais práticas de cura estariam desaparecendo em consequência do contato com a sociedade nacional. Essa

⁷⁶ Essa autora fez uma pesquisa comparando as práticas e saberes sobre moléstia e cura entre os Kaingang (leia-se Xokleng) e os Bororo. Ela trabalhou com os dados de Henry (1941) para uma descrição de tais práticas entre os Kaingang, como chamava os Xokleng.

⁷⁷ Nota-se que a grafia para designar estes seres modifica-se de acordo com os autores. Aqui neste trabalho optou-se por assumir a grafia dada por WIJK (2001 e 2004), que assim as apresenta: *kuplen* e *ngayun*.

secularização, inclusive, estaria contribuindo para um gradativo empobrecimento e perda dos próprios elementos culturais que informam as explicações etiológicas e a etnomedicina desse povo⁷⁸.

Contudo, Wiik (2004) demonstra, em sua tese de doutorado, estratégias nativas que permitiram resguardar e re-apropriar os elementos desta ordem cultural norteadora das etiologias e da sua etnomedicina através do movimento de conversão ao Pentecostalismo. Segundo esse autor, a partir da década de 50, com a conversão, *kuplen* e *ngayun* passam a ser re-significados e justapostos à luz das teorias cristã, onde *kuplen* torna-se equivalente a alma e *ngayun* a demônio. As práticas terapêuticas de cura, então, realizadas através da “cura espiritual”, por meio da oração, e as preventivas através da retidão do comportamento, da conduta, o que é obtido por meio da participação e compartilhamento em uma congregação religiosa, de seus saberes e práticas. Tais estratégias são orientadas por um princípio de ordem cultural, a “co-substancialidade ou transmissão de substância”⁷⁹.

Através da discussão dessas noções, Wiik (2004) aponta como os caminhos para uma compreensão da percepção nativa sobre corpo e corporalidade que abrange tanto o corpo físico, biológico, como o corpo social – caracterizado pela comunidade espiritual. Pois “co-substancialidade” é um dos princípios que orienta os laços de reciprocidade e organiza esta sociedade em grupos específicos, para além dos laços de parentesco consanguíneo, mas não menos importante, o parentesco espiritual. Tal princípio se atualiza na partilha, na realização de tarefas produtivas ou não, feitas em coletividade: no comer e preparar junto a comida, no trabalho na roça, na pesca ou na congregação em uma mesma igreja, são exemplos de trocas de substancialidade.

Assim, partindo da discussão sobre esse princípio operador e regulador dos laços sociais, Wiik (2004) demonstra que saúde, doença e morte podem ser eventos compreendidos e interpretados, no dias atuais, como fenômenos que pertencem ao reino natural, social e espiritual. Desviar-se da partilha de um conjunto de regras, crenças, valores morais, éticos, estéticos e obrigações definidas pela religião pentecostal, são tanto fatores que podem contribuir

⁷⁸ Sobre a interpretação nativa é necessário dizer que esses não vêem tais transformações como perdas, mas como um processo, uma forma de garantir a subsistência do grupo.

⁷⁹ As idéias centrais sobre este princípio já foram discutidas no item 2.3.

para desencadear doenças, levando à morte, como compreender, também, parte das etiologias nativas. Portanto, as relações sociais ilícitas podem desencadear infortúnios e moléstias.

Suffering and death are situated in the Xokleng social realm. They are understood as being related to illicit social relations and actions, ... to the Devil, or to a person's deviance from the ideal moral and ethical principles dictated by Xokleng Pentecostalism. (WIIK, 2004: 118).

Somam-se às explicações de cunho social-espiritual, aquelas cujas etiologias expressam interpretações sobre o contato com a sociedade nacional e suas conseqüências (como visto no item 1.3). Assim, eventos políticos, históricos, sociais são justapostos nesta etnomedicina que, juntamente com os eventos espirituais, apontam os caminhos para uma ação curativa ou terapêutica, a qual não se limita aos tratamentos oferecidos pela biomedicina, mas envolvem o uso de chás, orações e massagens. Lembrando que, do ponto de vista indígena, utilizar e recorrer às formas de tratamento da biomedicina, não significa aderir ou compartilhar de seus modelos explicativos e interpretativos para doença e saúde.

As we can see, biomedical explanatory models for disease as natural processes are reinterpreted to fit Xokleng cosmology and their theories of bodiliness and illness. (...) the Xokleng readily incorporate biomedical remedies. They recognize the efficacy of biomedical treatments [...] As with the other biomedical treatments, they reinterpret and use them according to principles of their native medicine and cosmology. (WIIK, 2004:182-83).

A partir de pesquisas etnográficas é possível agregar informações sobre as fases constitutivas da vida biológica dos seres humanos quanto ao nascer, crescer, envelhecer e morrer. A saber, o ser humano chama a atenção por vivenciar essas fases, deslocando-as dos fatores unicamente fisiológicos, para (re) elaborá-las no interior de um contexto social, histórico e cultural. Vive-se, assim, cada fase do ciclo de uma vida como parte de uma etapa que encerra restrições, permissões e peculiaridades que caracterizam um estágio na formação social. Desse modo, tanto nascer, como morrer, adoecer e sarar, são acontecimentos que estão além da matéria física, de sua formação ou degeneração. Implicam, antes, uma negociação, uma compreensão e o compartilhar de crenças, valores e signos que significam, que falam de e sobre alguma coisa. O ser humano, sob essa perspectiva, vive em um mundo social e numa

cosmovisão que se constrói num diálogo com o corpo biológico, bem como, com a dimensão sócio-cultural que modela este corpo⁸⁰.

Nesse sentido, adoecer e sarar são fenômenos que não se restringem a percepções patológicas, mas podem, também, estar revelando a quebra de um tabu, uma prescrição religiosa, um ato mágico, uma contenda entre próximos, o não cumprimento de uma atividade social, etc. A cura e o tratamento compreendem atividades que não se limitam as tentativas de eliminar ou controlar os sintomas físicos, mas também, a serem realizadas de maneira à (re)solucionar ou reatar o bem-estar social, as interações sociais ou as “dívidas” espirituais. Assim, especialmente para os povos indígenas, e os Xokleng, doença e cura estão intimamente relacionadas a eventos sociais, culturais e políticos.

Tal percepção quanto à saúde, doença, tratamento e cura difere da percepção que a biomedicina, enquanto modelo médico hegemônico no Ocidente (ALVES, 1998; MENÉNDEZ, 2003; LOCK & SCHEPER-HUGHES, 1990), realiza tanto para explicar, procurar as causas das doenças, como para tratá-las. Ou seja, é possível identificar no paradigma biomédico, em suas orientações e representações, a percepção a-social, a-histórica, individualizante e biologizante de saúde, doença e cura. Inclusive numa prática de converter em doença, que precisa ser medicalizada, comportamentos sociais cotidianos. Em suma:

[...] o eje estructurador sigue estando colocado en el biologicismo de la manera de pensar y actuar biomédica. La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas de los padecimientos y de las soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como incide en la constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a (saúde, enfermidade, atenção). [...] Esta medicalización supone no sólo convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas.... sino convertir en problema quirúrgico la situación de parto [...]. (MENÉNDEZ, 2003:193).

Tal generalização só é possível enquanto se pensa em práticas e representações sociais institucionais, profissionalizantes da atuação biomédica. Esse fato se evidencia na formação dos profissionais que atuam nessa área, cujos conhecimentos mais se pautam na biologia, genética,

⁸⁰ Para uma boa referência leia-se Mauss (1926), Turner (1974), V. Gennep (1978), Dias-Scopel (2002, monografia de conclusão de curso de Graduação em Ciências sociais/UFSC). Além de muitos outros antropólogos que dedicam suas reflexões à análise dos processos sociais ou da vida social em sua inter-relação com o corpo, com as etapas da vida “sócio-biológica”, bem como com os processos de saúde e doença, sob diversas perspectivas.

bioquímica dos padeceres, das doenças, em lugar de percebê-los enquanto eventos que possuem também elementos sociais, culturais, políticos e econômicos. Afinal, mesmo que o discurso biomédico reconheça a participação desses elementos, na sua atuação prática, eles são subjugados, subalternizados aos elementos biológicos⁸¹.

Fato que torna necessária uma investigação de como se tem dado a articulação, na atuação do próprio AIS, entre os saberes e práticas médicas de uma tal comunidade étnica, nesta pesquisa os Xokleng, e os saberes e práticas médicas oferecidos pelo DSEI-Interior Sul através da atenção primária à saúde – uma vez que o paradigma norteador desta atenção primária é o modelo biomédico e o AIS um representante da comunidade indígena Laklãnõ, o qual deve atuar junto a EMSI. Especialmente, importante lembrar, quando se atenta para um contexto de interação étnica, orientado e realizado por uma proposta de auxiliar e fornecer formas de atenção diferenciada à saúde, como é o caso da atual Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, a qual preconiza o respeito e a assimilação dos saberes médicos tradicionais indígenas.

Como se demonstrou ao longo do capítulo 4, a inserção do AIS Xokleng na EMSI tem sido relegada a de distribuidor de remédios. Portanto, o que se observa é uma lógica técnico-burocrática, calcada num paradigma biologizante, que participa de um mercado dominado pelas indústrias farmacêuticas, de forte ideologia capitalista, como referência para atribuir tarefas aos AIS. Pois, em nenhum momento, nas falas e feitos da EMSI, nota-se uma preocupação em articular saberes diferenciados, apenas reconhecem que não estão preparados para desenvolver um trabalho de qualidade nesta população. Tal sensibilização já é um grande passo, mas insuficiente para lidar no cotidiano dos serviços de promoção à saúde com práticas e saberes orientadas por outros modelos explicativos que não apenas os da biomedicina. Especialmente, quando se reconhece como inevitável as negociações que se fazem durante um itinerário terapêutico, pois, se médicos e auxiliares de enfermagem não incluem em seus receituários o

⁸¹ Não gostaria de entrar, aqui, nos motivos que levam os profissionais da biomedicina a tais atitudes de legitimação de um saber específico. Contudo, vale ressaltar que não se está desconsiderando o fato da biomedicina ser um saber dinâmico e plural, pois já se têm evidências da assimilação ou re-apropriação de outros saberes médicos, que não ocidentais (acupuntura, por exemplo), em suas práticas. Porém, as generalizações de um Modelo Médico Hegemônico (MENENDEZ,2003:194) são úteis enquanto “características estruturais” desse modelo, descritas em conceitos analíticos, “[...] instrumento heurístico para la indagación de la realidad, pero no constituye la realidad.” (op. cit.:194).

uso de chás ou massagens, as AIS podem muito bem indicá-los e, por vezes, o fazem. Como se viu no capítulo 4, a indicação de chá ou “remédios do mato” está atrelada à situação, isto é, ao contexto e aos atores envolvidos e, caso a AIS avalie que aquela terapia será bem aceita, então não há motivos para deixar de incentivá-la.

Para tanto, creio que recortar os saberes e práticas de saúde, enquanto “Formas de Auto-Atenção” (MENÉNDEZ, 2003), é o caminho mais adequado para se analisar a articulação entre esses saberes e práticas tradicionais com os da biomedicina.

A partir da pesquisa de campo é possível afirmar que apenas enquanto representações sociais e ideológicas, dos profissionais de cura, tais práticas e saberes (tradicionais e biomédicos) são aparentemente incompatíveis e antagônicas. Ao menos no que se refere às formas de diagnosticar, perceber, tratar a doença, bem como, nas formas de avaliar seu tratamento e eficácia (MENÉNDEZ, 2003; FRANKENBERG, 1980). Pois as “Formas de Auto-Atenção” revelam, na práxis individual e dos grupos sociais, a articulação dos mais diversos e diferentes saberes e práticas relacionados à saúde, doença e tratamento. Especialmente, num contexto de pluralidade médica, o qual destaca a coexistência de diferentes “Sistemas Médicos” ou “Formas de Atenção”, mas, principalmente, a utilização pela população de diferentes “formas de atenção” tanto para lidar com um único problema de saúde, como diante de diferentes situações de padecimento.

Esse fato decorre da percepção de que, através de processos culturais, históricos e políticos, outras “formas de atenção” à enfermidade, além da biomedicina, surgem, tendem a coexistir e a serem articuladas, especialmente quando enfocadas, não as representações sociais, mas as ações dos grupos sociais. Tais “Formas de atenção” podem ser identificadas como: medicina alternativa, homeopatia, saberes popular e tradicional, centradas na auto-ajuda, benzeduras entre outras.

Destacam-se as “formas de auto-atenção”, também parte das “formas de atenção”, como práticas e saberes que se estendem, estão além daquelas ações realizadas especificamente sobre os padeceres, doenças, tratamento ou cura – esta sendo a dimensão *Estrita* das “formas de auto-atenção”. No entanto, há também uma dimensão *Lato* dessas “formas de auto-atenção”, a qual se refere a todas as atividades e comportamentos, desenvolvidos pelos grupos sociais e

pelos indivíduos, que não se limitam às ações curativas e preventivas. Mas, sim, ocupam, participam da vida cotidiana em busca da boa saúde: exercícios físicos, meditação, alimentação, cumprimento de certas ações e crenças, relações sociais e política, enfim, todas as atividades:

[...] que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente grupo doméstico. Formas que son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. (MENÉNDEZ, 2003:199).

Nesse sentido, através da dimensão *Lato* das “formas de auto-atenção”, atualmente é possível perceber a prática de automedicação. Isso revela, por um lado, a expansão da biomedicina, quando de forma direta ou indireta incentiva o uso de fármacos e, por outro lado, uma característica própria das “formas de auto-atenção”, a de utilizarem como ponto de referência as diversas “formas de atenção” existentes numa sociedade ou aquelas a que os grupos ou sujeito tiveram acesso durante sua “carreira de enfermo”. Essa se constrói a partir de suas experiências com os padecimentos, dos itinerários terapêuticos e experiência de contato com outras experiências de enfermidade. No processo de doença, tratamento e cura, não somente a articulação e manipulação de diferentes “formas de atenção” estão em operação, mas também um processo de interação social, de criatividade, de (re)apropriação e certa autonomia. Assim, “formas de auto-atenção” se refere:

a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decir la auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. (MENÉNDEZ, 2003:198).

É instigante notar a percepção dada à medicina tradicional indígena, tanto pela FUNASA, como pelas diretrizes para a formação e capacitação dos AIS, as quais parecem destacar os saberes e práticas indígenas relacionados à saúde e doença, como saberes do passado que devem ser resgatados. Portanto, como saberes e práticas estáticos, como um conjunto de conhecimento fechado em si próprio. Nesse sentido, é possível perceber a validade do conceito de “formas de auto-atenção” que capta a práxis e dinâmica da vida cotidiana e coletiva, as quais são influenciadas e influem nos saberes e práticas sobre saúde e doença.

Especial é a contribuição de Frankenberg (1980) que, já naquela época, chamava atenção para as relações de poder assimétricas existentes nas ações relativas à saúde, doença e tratamento. Destacava-se, assim, não apenas uma situação de pluralidade médica, onde um saber (biomedicina) tende nas suas práticas e representações ideológicas subjugar, subestimar e subordinar outros saberes (tradicional, popular, religiosos, etc.), mas também, especialmente, quando tais ações se realizam nos serviços de atenção à saúde, tanto pública, como privados, quanto à subordinação emergente na relação médico e paciente que, por sua vez, é um reflexo da primeira subordinação: entre os saberes. Ambas são, segundo Frankenberg, resultantes do perfil do modo de produção capitalista, o qual supõe e incentiva a divisão do trabalho e esta, conseqüentemente, a promoção da estratificação do poder, de interesses e de classes sociais.

A partir disso, torna-se evidente, dentre as representações sociais dos profissionais de cura, a identificação de um discurso coeso quanto à certeza de seus saberes e técnicas. Não se está desconhecendo ou desvalorizando os avanços significativos da biomedicina no campo da saúde e doença, mas apenas se destacando que sua forma de conceber e atuar sobre doença e cura podem ser limitadas, quando exercidas num contexto de interação étnica. Afinal, outros saberes e práticas circulam e influem diretamente, tanto sobre o processo de adoecer e sarar, como nas maneiras de atuar sobre esses.

Lembra-se, ainda, que a biologização, fortemente marcada na maneira da biomedicina entender, explicar e atuar sobre doença, tem sua maior expressão na medicalização das enfermidades, através da produção de fármacos específicos. Além disso, tem sido a biomedicina, o saber médico que mais se expande pelo mundo, inclusive abrindo portas do mundo Oriental (na China, na Índia, por exemplo) e dos Povos Indígenas Latino Americanos, fato que muitos autores respaldam através da expansão própria da produção e consumo de fármacos (FRANKENBERG, 1980; MENÉNDEZ, 2003).

Portanto, diante de uma proposta de implementar uma Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, através da prestação de serviços orientados por diretrizes e princípios de um modelo de “atenção diferenciada” à saúde ou “culturalmente sensitivo” (GARNELO & LANGDON, 2003), torna-se urgente o conhecimento da situação das “formas de atenção”. Em especial, as de “auto-atenção”, praticadas pela comunidade onde tais programas estão sendo

implementados, para possibilitar e avaliar uma prática verdadeiramente diferenciada que articule os saberes médicos indígenas com os saberes médicos da biomedicina.

Evita-se, dessa forma, ações desnecessárias de subordinação e desencorajamento de práticas e saberes de “auto-atenção” tradicionais da comunidade, bem como, tem-se um ponto de partida para desencorajar àquelas que, diante da situação real, atual, de pobreza, marginalização, precárias condições sanitárias e de alimentação, etc., contribuem negativamente para o desenvolvimento de epidemias e endemias. Nesse sentido, é necessário reconhecer no AIS e nos outros especialistas de cura uma “via de acesso”, tanto à comunidade, como às práticas e saberes por esta desenvolvida, quando devidamente incorporado nos serviços de saúde e nas equipes médica, o que prevê incontestavelmente a realização de cursos de capacitação e formação não somente dos AIS, mas de todos os outros membros da EMSI.

Levando-se em conta que a formação profissional, dos médicos ocidentais, ainda não os prepara para resgatar, perceber e ressaltar as práticas culturais, sociais, políticas e econômicas que participam, influem e delimitam os processos de saúde, doença, tratamento e cura, fica, então, clara a participação da Antropologia nesse processo de implementação de uma “atenção diferenciada” à saúde. Afinal, ela tem, tradicionalmente, desenvolvido saberes e métodos específicos, capazes de explicar, compreender e apreender, tanto as representações culturais: a ordem do concebido, bem como as práxis sociais e coletivas: a ordem do vivido. Isso sempre na procura de revelar ou destacar a interação dialética entre essas duas ordens.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS - UMA PERSPECTIVA NATIVA DE SAÚDE

Como está a saúde? Era uma pergunta que eu fazia para todos, fosse nos postos de saúde, dentro das aldeias, fosse nas visitas em casas. Notadamente, as respostas dadas enfatizavam um contexto social e político de uma saúde coletiva ao invés de uma saúde pessoal, subjetiva. Explica-se: enquanto pode se esperar ouvir, com essa pergunta, um relato de saúde num sentido mais estrito, aquele que fala de mal-estares físicos, psicológicos, enfim, que informasse sobre um corpo doente, enfermo, ou um relato que permitisse pensar uma perspectiva êmica do processo de adoecer e sarar, o que se obtinha eram respostas que destacavam a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade indígena.

A título de exemplificação, cito uma conversa com um interlocutor, realizada numa tarde, no “Bar do Rafael”. Ao me ver, dirigiu-se até mim e perguntou o que eu estava fazendo ali, ao que respondi: uma pesquisa sobre saúde indígena. Ele, então, começou a falar sobre seu interesse nesse assunto, que estava pesquisando “dentro da lei” o que é possível fazer para melhorar o atendimento à saúde de seu povo, “na lei e no estatuto da FUNASA”. Justificou essa preocupação após fazer uma comparação entre os serviços prestados em sua aldeia e noutra aldeia, localizada no Paraná, destacando uma diferença no atendimento e na qualidade dos serviços, que na opinião dele eram melhores na aldeia do Paraná. Além disso, explicou que sua motivação decorre, também, do fato de estar, por três anos, esperando a realização de certos exames específicos em seus filhos.

Assim, aos poucos fui descobrindo que falar sobre saúde, com esses indígenas, significava adentrar no contexto e nas relações sociais que participam do processo de adoecer e sarar, mais especificamente, abordar as características, qualidades e dificuldades dos serviços de atenção à saúde, compartilhados em seus itinerários na busca de uma resolução. Portanto, falar sobre saúde era falar sobre a situação de usos e maus usos do “carro da saúde”, da atuação dos médicos, da situação dos postos de saúde, da relação comunidade-EMSI, da situação da consultas especializadas, da renovação de convênio e do atendimento na rede do SUS.

No momento, portanto, pode-se identificar dois prismas, a partir dos quais é possível falar sobre saúde e doença. Um refere-se aos serviços de saúde, as formas pontuais com que se pode lidar com saúde e doença, havendo, aqui, uma bifurcação entre as “formas de auto-atenção *Lato*” e as “formas de auto-atenção *Estritas*” (MENÉNDEZ, 2003).

Se observadas as formas de cuidado, orientadas especificamente para recuperar e/ou controlar o bem estar, das sensações corpóreas, podem ser destacados, deste universo de saúde e doença, os elementos que permitem desenhar um modelo dos serviços de atenção à saúde oferecidos nessa comunidade pelo DSEI-Interior Sul e, portanto, uma representação de como são orientadas, desenvolvidas e prestadas suas ações. Isso, desde os atores envolvidos, suas funções e os princípios norteadores, até a execução do atendimento, podendo, conseqüentemente, se abordar as relações sociais de abuso de poder, das intrigas, das diferenças, do passado e do presente quando sob foco está a saúde.

No entanto, isso não é o suficiente para apresentar um desenho completo do quadro em que se inseriram os processos de adoecer e sarar como parte da vida cotidiana, no âmbito do imaginário e dos discursos que ponderam sobre a vida e a morte, a salvação e a condenação, o saudável e o enfermo, a dor e não-dor. Até porque, nesse sentido, adoecer e sarar estão ao mesmo tempo informando e informados por um conjunto de idéias, concepções e práticas de um contexto religioso, Pentecostal, para aqueles que se identificam como “crentes” (WIIK, 2004).

Sem se desconhecer a relevância desse prisma, optou-se por deixá-lo à parte neste momento, pois adentrar nessas questões significaria desviar-se daquelas apresentadas quando a pergunta que se fazia era ‘como está a saúde’. Nesse sentido, falar sobre saúde ou sobre os serviços de saúde com essa comunidade foi discutir, concomitantemente, as dimensões *Lato* e *Estrito* das “formas de auto-atenção” (MENEDEZ, 2003). Essas permitiram estabelecer uma correlação muito próxima entre o *modus operandi* dos serviços de atenção à saúde e o *modus vivendi* dessa comunidade da Terra Indígena Laklãnõ. Correlação que se demonstrou através de um paralelismo relacional, no qual o universo da saúde e doença conduz a outros universos da vida cotidiana, representações sociais, relações sociais e políticas.

Quanto às representações sociais, pôde-se destacar uma percepção êmica sobre a atenção diferenciada, a qual, com base nos dados levantados, é identificada por uma percepção que não inclui o SUS como parte privilegiada, como rede para tratar as enfermidades. Isso, ao

menos, da forma como os serviços vêm acontecendo nesse espaço, destacando-se as horas enfrentadas numa fila de espera ou o descaso, quando não a proibição, da permanência seja da AIS, seja de um parente como acompanhante do doente. Soma-se, ainda, as situações constrangedoras de preconceito étnico relatadas pelos indígenas. Nesse momento, fica evidente a necessidade de se repensar uma proposta para a atenção diferenciada em diálogo com os Municípios e Estados, primeiro, porque esses são os gestores do SUS e a atenção à saúde dos indígenas um subsistema deste. Segundo, para superar a falta de articulação institucional entre DSEI e SUS e criar estratégias conjuntas para a promoção da atenção à saúde dos povos indígenas. Isso é claro, pressupondo a participação e o diálogo com os próprios indígenas.

Quanto às relações sociais e políticas, através das descrições e reflexões apresentadas ao longo do capítulo 4, destaca-se a apropriação e usos dos serviços de saúde pela comunidade indígena Laklãnõ por meio de estratégias que contemplam, condizem, com suas dinâmicas e relações sócio-políticas e visão de mundo. Em outras palavras, percebe-se na incorporação dos serviços de saúde oferecidos pela sociedade nacional, uma atualização, (re)elaboração e apropriação desses e seus bens, por meio de estratégias que são coerentes com as formas e dinâmicas de organização e manutenção dos laços sociais e políticos entre os indígenas da TIL. Isso se verifica nas lógicas que operam na indicação de um indígena para o cargo de AIS, bem como na dimensão que as interações intra, mas especialmente, interétnicas, desvelam quando o tema é saúde, apontando fortemente, nesse caso, para uma qualificação positiva: “tem que saber trabalhar com índio”.

Após a pesquisa em campo, é possível afirmar que há deficiências na atualização prática das atividades/funções a serem desempenhadas pelas AIS, prescritas na “agenda de atividades” por uma lógica técnico-burocrática. Dentre algumas, por exemplo, é facilmente observável, a confusão e pouco esclarecimento da comunidade quanto ao processo para encaminhamentos de consultas especializadas e realização de exames específicos, como de Raio-X, de sangue, etc., esclarecimento que caberia as AIS prover, mas que, diante da falta de comunicação entre estas e a EMSI, deixa-se a desejar.

Outra deficiência, que chama a atenção, é uma certa confusão quanto as funções pertinentes às AIS ou à Auxiliar de Enfermagem, no Posto de Saúde, em dias de consulta

médica. Está prescrito na “agenda de atividades” do AIS: “fazer o controle mensal de peso e altura das crianças e gestantes”. Contudo, a Auxiliar de Enfermagem costuma tomar para si essas atividades.

Acredito que essas deficiências sejam conseqüências da falta e, portanto, necessidade de cursos de capacitação, realizados em caráter contínuo e não somente esporádicos, cujo conteúdo, em parte, seja capaz de abarcar e capacitar para a realização de funções técnicas específicas. Nesse caso, capacitar para algumas atividades que as AIS ensinam saber e são, também, cobradas pela comunidade como parte das tarefas que deveriam saber e realizar: aplicar injeções, medir peso, altura e pressão. Por outro lado, esses cursos de capacitação e formação não podem desconsiderar conteúdos que informem sobre o “sistema do índio”, sobre como trabalhar com o indígena Xokleng, especialmente ao se capacitar a EMSI.

Assim, da perspectiva da comunidade, há dois pesos para se avaliar, tanto o desempenho do AIS como da EMSI. Esses pesos, por sua vez, acabam por descrever um apontamento referente às habilidades e competências que devem apresentar os atores envolvidos na promoção dos serviços de saúde:

AIS

- dominar práticas técnicas específicas da biomedicina
- conhecer e interagir com a comunidade. Não basta ser um autóctone, é preciso se fazer presente.

EMSI - médicos, dentista e auxiliar de enfermagem

- conhecer a cultura da comunidade, saber lidar com o índio.

É preciso destacar que a comunidade não se esquece de referenciar as habilidades específicas, pertinentes a um exercício, também específico, no caso dos médicos, enfermeiros e dentista. Contudo, algo parece merecer mais destaque e que aqui pode aparecer em tom de acusação: “não sabe lidar com o índio, não conhece a nossa realidade”. Essa acusação advém da experiência na relação médico-paciente, bem como da avaliação sobre as ações do médico e

chefes do Pólo-Base frente e na comunidade, se estes estão “do lado do índio” ou do lado dos não-índios (referindo-se, especificamente, aos coordenadores do DSEI).

Numa analogia, a avaliação da relação “médico-paciente” pode servir para pensar e representar outras formas de relação entre os serviços de atendimento à saúde e à comunidade. Nesse sentido, fica evidente a falta de capacitação dos profissionais da EMSI quanto aos conhecimentos, a vida cotidiana da comunidade étnica em que trabalham e sobre os processos que envolvem a experiência de saúde e doença. Entretanto, esses não são os únicos conhecimentos que legitimam uma aceitação e avaliação qualitativa das ações dos funcionários da EMSI. Assim, a identidade e as competências da EMSI (incluindo todas as categorias profissionais: médico, dentista, auxiliar de enfermagem e AIS), segundo as expectativas da comunidade, devem contemplar, no plano da experiência vivida, dois campos:

- Institucional/formal → conhecimentos biomédicos.
- Étnico → conhecimento sobre a comunidade, seus saberes e práticas.

Fica claro, portanto, a necessidade de se ter agentes de saúde capacitados para promover uma integralidade entre a ação biomédica e a vida social da comunidade. Agentes esses que reflitam não apenas as expectativas das pessoas que ali vivem, mas, também, um dos princípios que vem contemplado nas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (2002): a articulação entre saberes diferenciados.

Acreditava-se, ou parecia supor-se, que tal ponte de conexão, elo, se realizaria simplesmente na figura dos AIS, por isso se encontrar, em textos diversos, os seguintes epítetos para o AIS: tradutor, interprete, etc. É verdade que, dentro de certos limites, o AIS tem este papel de intermediador entre saberes e valores culturais, especialmente quando se observa sua inserção comunitária. Todavia, se verificou que sua inserção e função, dentro da EMSI, têm sido relegadas a de distribuidor de remédios. Esse fato resulta, em parte, da notável presença de uma hierarquia crescente dos saberes, pautada numa formação acadêmica e profissional, conseqüentemente, resultando, na prática cotidiana, numa desvalorização do AIS e numa não-inserção mais efetiva e qualitativa deste na EMSI e nos serviços de atenção primária à saúde. Portanto, é na atuação da EMSI, pensando-se especialmente no AIS e numa avaliação

constantemente feita pela comunidade: “não vai dar certo, eles [funcionários do Pólo-Base e demais membros da EMSI] não sabem lidar com índio Xokleng”, que se observa a intermediação feita pelo AIS, pois quem sabe lidar com a comunidade é ele. Além do mais, o AIS, de tempo em tempo, se esforça por re-conquistar, re-configurar sua identidade enquanto agente de saúde.

Dentre as muitas dificuldades, para uma realização eficaz dos serviços de atenção diferenciada à saúde das populações indígenas, de acordo com as conclusões que apontam Erthal (2003), Athias (no prelo), Brandão *et alli* (2002) e a pesquisa de campo realizada entre os Xokleng, ficam visíveis alguns problemas que ultrapassam as fronteiras geográficas e étnicas.

Esses problemas podem ser identificados pela falta de supervisão e acompanhamento do trabalho dos AIS e pela burocratização do seu trabalho. Assim, o AIS, despojado de participar das computações finais dos dados que recolhe (quantidades de visitas, problemas percebidos e apontados pela comunidade, como dados sobre condições de saúde e doenças recorrentes, etc.), acaba por perceber o preenchimento de tais formulários como mera formalização e controle de seu trabalho e, portanto, de averiguação de sua assiduidade. Dessa forma, se estabelece uma relação direta entre preenchimento de ficha e recebimento de salário, quando o que se espera e pretende é poder programar ações preventivas e curativas com bases nesses dados.

Outro ponto a ser destacado é o desmerecimento, ou pouco caso, dos saberes e práticas indígenas sobre os processos de saúde e doença, pela equipe de saúde. Isso, por sua vez, implica diretamente numa forma deficiente de inserção do AIS dentro da EMSI, que acaba por tornar a função daquele num mal fadado interlocutor entre comunidade e sistema de saúde, pois na maioria das vezes os AIS se vêem desinformados, mas principalmente num distribuidor de remédios e, na percepção da comunidade, uma forma de garantir os recursos oferecidos pelos serviços de saúde (ERTHAL, 2003).

Possivelmente, resulta dessa atitude etnocêntrica e preconceituosa, que tem como ponto de referência sejam os saberes, práticas e técnicas desenvolvidas pela medicina ocidental, seja a eficácia elegida por ela como parâmetro, a dificuldade de se agregar o AIS como um agente

capaz de exercer funções para além de um facilitador das práticas e políticas dos programas de saúde e promover efetivamente um integração deste na própria EMSI. Essa atitude etnocêntrica, sustentada por uma hierarquia dos saberes, tem contribuído para uma característica essencialmente curativa e emergencial que perpassa toda a prestação de serviços de atenção primária à saúde oferecidos na TI Laklãnõ, cujos membros não cansam de enunciar e solicitar “quando vai chegar a parte preventiva”.

Por fim, no trabalho de campo, rapidamente percebi que a pesquisa que estava se desenvolvendo, ali, envolvia assuntos de interesse da comunidade. Isso, por um lado, explica a disposição e atenção deles em falar e refletir sobre os temas propostos. Mas, por outro lado, uma questão vem à tona, quando da percepção das respostas obtidas com a pergunta ‘como está a saúde’, a saber, uma perspectiva diferente do que é saúde.

Em outras palavras, tive a oportunidade de vivenciar e dialogar com uma percepção de mundo, na qual os processos de adoecer e sarar estão imersos num contexto amplo, que informa tanto sobre a vida biológica e seu bem estar, como as relações sociais necessárias para a reprodução do grupo. Desse modo, torna-se premente uma reflexão sobre aquilo que se entende por Saúde e qual Saúde está o Estado Nacional priorizando em suas ações, especialmente, quando essas ações se realizam num contexto étnico diversificado. Nesse sentido, acredito, que um caminho para atenção diferenciada se fará numa necessária mudança de paradigma, pois Saúde, na visão dos Xokleng, é mais do que cuidados direcionados ao corpo pessoal e biológico. É, também, saber conversar, ouvir, saber lidar com o índio, negociar lei *versus* realidade, fazer trocas, expor os problemas. É, enfim, decidir, em conjunto, remédios, encaminhamentos, transporte, estradas, combustível e todos os outros temas que versam sobre as relações sociais e políticas entre os próprios indígenas e entre os indígenas e os não-indígenas.

Portanto, torna-se necessário reconhecer, na práxis da promoção da assistência à saúde indígena realizada por diversos atores e em diferentes contextos, a coexistência de diversas lógicas e os conflitos e expectativas que decorrem dessas. De um lado, uma lógica técnico-burocrática e, de outro, uma lógica comunitária - condizente com a visão de mundo, cosmologia, dinâmicas e relações sócio-políticas, no caso, aqui, dos Xokleng.

Parte desses conflitos foram descritos nas expectativas do DSEI e da EMSI que, orientados por uma lógica técnico-burocrática, constroem modelos ideais seja das formas de indicação e escolha dos AIS, sejam das atividades que prevêm como parte das funções destes. Da parte dos indígenas e AIS, no que se refere ao serviço de saúde, os conflitos de expectativas emergem da ênfase de que: “eles [não- indígenas] não sabem lidar com índio xokleng”.

Enfim, espero ter contribuído, com as descrições e sistematização dos dados, para apontar que na proposta de incorporar os indígenas no processo de promoção dos serviços de saúde surge um novo desafio: conjugar lógicas distintas que tem operado na atribuição e realização de tarefas, sem sobrepor, nem subordinar umas às outras.

7 BIBLIOGRAFIA

ALVES P. C. B. & RABELO, M.C. (orgs). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume Dumará. 1998. p.7-28.

ASBURY, Jô-Ellen. "Overview of Focus Group Research". In: **Qualitative Health Research**. Vol. 5, No. 4, November 1995, Sage Publications: 414-420.

ATHIAS, R. **Rio Negro, Acre**: A formação de Agentes Indígenas de Saúde do Rio Envira e **Xingu**: o desafio da formação de auxiliares de enfermagem indígenas. No Prelo.

BRASIL. Constituição Federal. Artigo 231, sob o título VIII - Da Ordem Social, Capítulo VIII - Dos índios. 1988.

BRASIL. **Estatuto do índio**. 1973. Disponível em: <<http://www.soleis.adv.br/estatutodoindio.htm>>, acessado em 13/10/04.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No. 70 de 20 de Janeiro de 2004. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde do Índio. 1999. **Formação de agentes indígenas de saúde**. Brasília, Abril de 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Coordenação de Saúde do Índio. 1996. **Formação de agentes indígenas de saúde**: proposta e diretrizes. Brasília, Julho de 1996.

BRASIL. Art. IV. Decreto 23 de fevereiro de 1991.

BRICEÑO-LEON et alli (org). **Salud y Equidad**: una Mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.107-112.

CANESQUI, Ana M. 1994. Notas Sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80. In: Alves & Minayo (orgs). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz. p.13-33.

CASTRO, Eduardo V. **Araweté os deuses canibais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1986, p.744.

DIAS-SCOPEL, Raquel P. "**Por uma antropologia da saúde**: três narrativas sobre a experiência de depressão pós-parto num bairro de Florianópolis-SC". Monografia de Conclusão de Curso/ Bacharel em Ciência Sociais/UFSC. Orientadora: E. Jean Langdon. 2002.

DOIMO, A. M. & RODRIGUES, M. M. A. **A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização**: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. In: Revista Política e Sociedade, n. 03-outubro. 2003, p.95-115.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. Edições 70, 1966, p.213.

E. E. Evans-Pritchard. Algumas Reminiscências e Reflexões sobre o Trabalho de Campo. In: **Bruxaria, oráculos e magias entre os azandes**. Rio de Janeiro: Zahar. 1978, p.298-316.

ERTHAL, Regina M. de Carvalho. A Formação do Agente de Saúde Indígena Tikúna no Alto Solimões: Uma Avaliação Crítica. In: C. Coimbra & R. Santos (orgs). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003, p.197-216.

FRANKENBERG. R. Learning from AIDS: The Future of Anthropology. In: Akbar S. Ahmed & C.N. Shore (orgs) **The Futher of Anthropology: Its Relevance to the Contemporary World**. London: Athlone. 1995, p.110-133.

FRANKENBERG, Ronald. Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective. In: **Social Science and Medicine**. vol 14B, Pergamon Press Ltd, Printed in Great Britain. 1980, p.197-207.

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. **Plano distrital de saúde, coordenação regional**: Santa Catarina, distrito sanitário especial indígena. Interior Sul, 2003.

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. **Relatório da comissão paritária do conselho distrital de saúde indígena – DSEI**. Interior Sul, 2004.

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. **Normas e rotinas para a organização da rede de atenção à saúde indígena (proposta para discussão)**. 2000.

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações Coordenação de Saúde do Índio. **Agentes indígenas de saúde**.

FUNASA, Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. **Educação profissional básica para agentes indígenas de saúde – modulo introdutório**. Brasília: 1999.

FUNASA. Fundação Nacional da Saúde. **Sobre a saúde indígena**: distritos sanitários especiais indígenas. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>.

FUNASA. MINISTERIO DA SAUDE. **Relatório III conf. nacional de proteção à saúde dos povos indígenas**. 2003. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/comissao/conferencia/resumo.htm>>.

FUNASA. MISTERIO DA SAUDE. **Relatório das principais atividade e resultados**. 1999-2002. Disponível em: <www.funasa.gov.br/sitefunasa/fns/pdf/relatório_1999-2002>.

FUNASA. MINISTERIO DA SAUDE. Fundação Nacional de Saúde. **II Conferência nacional de saúde das populações indígenas**. Brasília, 1993. (Relatório Final)

GARNELO, L. & LANGDON, J. **A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde**. Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Ciências Sociais e Medicina, Angra dos Reis, RJ, 19-23 de outubro. 2003, p.1-27.

GARNELO, Luiza. Et alli. **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Brasília: OPAS. 2003, p.120.

GARNELO, Luiza. **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os baniwa do alto rio negro**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003, p.257.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura e a religião como sistema cultural. In: **A Interpretação Das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC. 1978, p.3-24/65-92.

HENRY, Jules. **Jungle People: A Kaingang Tribe of the Highland of Brazil**. Richmond, Va: The William Byrd Press, Inc. 1941.

KLEINMAN. A. M. **Patients and Healers in the Context of Culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psyquity**. Berkeley: University of California Press. 1980. p.24-70.

KLEINMAN. A. M. Concepts and a Model for Comparison of Medical Systems as Cultural Systems". In: **Social Science and Medicine**. Vol. 12. Pergamon Press Ltd, Printed in Great Britain. 1973. p.85-93.

KRUEGER, R. A. The Future of Focus Group. In: **Qualitative Health Research**. Vol. 5, No. 4, November 1995, Sage Publications, p.525-531.

LANGDON, E. Jean e ROJAS, Blanca Guilhermina. Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida - A Situação da Area Indígena Ibirama (SC). In: Silvio Coelho dos Santos (org) **A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena** – Documento Denúncia - Boletim de Ciências Sociais. Florianópolis: UFSC. 1991, p.51/65-89.

_____. A Fixação da Narrativa: Do Mito para a Poética de Literatura Oral. In: **Horizontes antropológicos: cultura oral e narrativas**. Porto Alegre, ano 5, n. 12, dezembro: 13-36. 1999.

LANGDON, E. J. **Salud y Pueblos indígenas: los desafios en el cambio de siglo**. 2000.

_____. A Doença Como Experiência: O Papel da Narrativa Na Construção Sociocultural da Doença. In: **Rev. Etnográfica**. vol. V (2). 2001, p.241-260.

_____. A Tolerância e a Política de Saúde do Índio no Brasil: São Compatíveis os Saberes Biomédicos e Saberes Indígenas? In: Grupioni, L. Vidal e R. Fischmann (orgs). **Povos**

indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: EDUSP. 2001, p.157-166.

LANGDON, E. J. A. Nova Política de Saúde Indígena no Brasil: Preocupações Antropológicas sobre o Conceito de “Atenção diferenciada”. In: **Encontros teológicos**. Revista do ITESC. Ano 16. nº. 2. 2001,p.118-131.

_____. A Construção Sócio-Cultural da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. In: BARUZZI, Roberto (org). **Antropologia da saúde e projeto xingu**. São Paulo: UNIFESP/EPM. No Prelo.

LANGDON, E. Jean. "A Doença Como Experiência: A Construção da Doença e seu Desenvolvimento para a Prática Médica". In.: **Antropologia em Primeira Mão**. nº 12. Universidade Federal de Santa Catarina: Programa Pós Graduação em Antropologia Social. 1996, p.1-24.

LOCH, Silvia. **Arquiteturas xoklengs contemporâneas:** uma introdução à antropologia do espaço na terra indígena de Ibirama. Florianópolis. 2004. p.147.

LOCK, Margaret and Nancy SCHEPER-HUGHES. “A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissent”. In: Thomas M. Johnson & Carolyn E. Sargent (orgs). **Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method**. New York: Praeger Publications. 1990. p.47-72.

MARTINS, Pedro. **Anjos de cara suja : etnografia da comunidade cafuza**. Petropolis: Vozes, 1995. 309p

MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. Vol I, (trad.) Lambert Puccinelli. São Paulo: EPU. 1974. p.209-233.

MENÉNDEZ, Eduardo. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol 8 (1). 2003, p.185-208.

MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado de. **O agente indígena de saúde no parque indígena do Xingu**. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 1996.

MINAYO, M. C. S. “Representações de Cura No Catolicismo Popular”. In: Alves & Minayo (orgs). **Saúde e doença:** um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994. p.57-72.

MINISTERIO DA SAUDE . Portaria n. 254, 2002. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>.

MUSSOLINI, Gioconda. **Ensaio de antropologia indígena e caiçara**. Paz e Terra. 1979, p.289.

- NAMEN, Alexandro Machado. **Botocudo**: uma historia de contacto. Florianópolis: UFSC/FURB, 1994, p.111.
- NIMUENDAJÚ, Curt. **Etnografia e indigenismo**: sobre os Kaingang, os Ofaié-Xavante e os índios do Pará. Campinas: Unicamp. 1993.
- NUNES, Mônica de Oliveira et alli. **O agente comunitário de saúde**: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6), nov-dez, 2002. p.1639-1646.
- OLIVEIRA,Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo**. 2.Ed. Brasília:Paralelo 15;São Paulo: UNESP. 2000, p.220.
- RABELO, M.C.M. & ALVES, P.C.B. “Tecendo Self e Emoção Nas Narrativas De Nervoso”. In.: M.C.M. Rabelo *et alli*, **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p.187-204.
- RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização**. Rio de Janeiro: Vozes. 1986, p.11-130.
- SAHLINS, Marshall, **Ilhas de História**, ed. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 1987
- SANTOS, A. de L. dos, et al. **Formação de agentes indígenas de saúde**: proposta de diretrizes. Brasília/Fundação Nacional de Saúde: Mimeo. 1996.
- SANTOS, Sílvio Coelho dos. **Os povos indígenas e a constituinte**. Florianópolis: UFSC/Movimento. 1989, p.83.
- SANTOS, Silvio Coelho dos. **Sôbre a organização social dos Xokleng**. FAFI/USC.1966.p.24.
- SANTOS, Silvio Coelho dos. **Os índios Xokleng e o antropólogo**. Natal: Universidade do Rio Grande. 1964. p.78.
- SANTOS, Silvio Coelho dos. **Índios e brancos no sul do Brasil**: a dramática experiência dos Xokleng, Florianópolis: Edeme. 1973, p.313.
- SANTOS, Silvio Coelho dos. **Os índios Xokleng**: memória visual. Florianópolis: UFSC; [Itajaí]: UNIVALI. 1973,p.152.
- SANTOS, Silvio Coelho dos. **O homem índio sobrevivente do sul**: antropologia visual. Porto Alegre: Guaratuja. 1978,p.117.
- SEVALHO, G & CASTIEL, L. D. “Epidemiologia E Antropologia Médica: A In(Ter)Disciplinaridade Possível”. In.: Alves & Rabelo (orgs). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1998, p.47-69.

SILVA, J. A. Da & DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde.:o ser, o saber, ofazer.** Ed. Fiocruz.Rio de Janeiro. 2002

STRAW, Roger B. & SMITH, M. W. Potential Uses of Focus Groups in Federal Policy and program evaluation studies. In: **Qualitative Health Research.** Vol. 5, No. 4, November 1995, Sage Publications, p.421-427.

TEIXEIRA, Carmen F. Promoção e vigilância de Saúde no Contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. In: **Cadernos de saúde pública,** Rio de Janeiro, 18(suplemento), 2002. p.153-162.

TURNER, V. W. **O processo ritual:** estrutura e anti-estrutura. Petrópolis: Vozes. 1974.

URBAN, Greg. **Interpretations of Inter-Cultural Contact:** The Shokleng and Brazilian National Society 1914-1916. *Ethnohistory.* 32(3): 1985, p.224-244.

URBAN, Greg. **A Model of Shokleng Social Reality.** Tese de Doutorado em Antropologia, University of Chicago, Chicago. 1978.

URBAN, Greg. **Metaphysical Community.** Austin: University of Texas Press. 1996.

VAN GENNEP, Arnold. **Os ritos de passagem.** Petrópolis: Vozes. 1978, p.11-69.

VELHO, Gilberto; KUSCHNIR, Karina. **Mediação cultura e política.** Rio de Janeiro: Aeroplano. 2001, p.343.

VERANI, C. B. L. **A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil.** Trabalho apresentado na 21ª. Reunião da ABA. Abril. Vitória, ES. 1998.

VIANA, A. L. d'Avila, et alli. **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil.** In: *Cadernos de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 18(suplemento), 139-151, 2002.

WERNER, Dennis W. "Psycho-Social Stress and the Construction of a Flood-Control Dam in Santa Catarina, Brazil". In: **Human Organization.** 44(2): 1985, p.161-167.

WIJK, Flavio. "Contato, Epidemias e Corpo como Agentes de Transformação: Um Estudo sobre a AIDS entre os Índios Xokleng de Santa Catarina, Brasil". In: **Cadernos de saúde pública** 17(2): 2001, p.397-406.

YOUNG, A. "Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology". In: **American Anthropologist** 78(1): 5-24. tradução de Martin Alberto Ibáñez-Novion, s.d. Algumas Implicações das Crenças e Práticas Médicas para a Antropologia Social. Ms. Departamento de Ciências Sociais, Universidade de Brasília. 1976.

WIJK, Flávio B., **Christianity Converted: An Ethnography Analysis of the Xokleng Laklanõ Indians and the Transformations Resulting from their Encounter with Pentecostalism, PhD Dissertation.** University of Chicago. Chicago Illinois, USA, 2004

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. “ ‘Ser índio’ ‘Ser Terena’: a identidade étnica” In: **Identidade E Etnia: Construção Da Pessoa E Resistência Cultural.** Ed. Brasiliense. São Paulo. 1986

BRICEÑO-LEON. “Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico.” In: **Ciência & Saúde Coletiva.** Vol 8 (1):33-46. 2003.

CAPRARA, Andrea. “Médico Ferido: Omulu nos Labirintos da Doença.” In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (orgs) **Antropologia da Saúde: Traçando Identidade e Explorando Fronteiras.** Rio de Janeiro: Relume Dumará. Pp:123-138. 1998.

CONSIGLIERE, Stefania. GUERCI, Antonio. “Por uma Antropologia da Dor. Nota Preliminar” In: **Ilha.** Ed UFSC, Florianópolis. SC

GAKRAN, Namblá. (org.) **Ag Vẽ Tẽ Káglẽl Mũ: Nosso Idioma Reviveu.** Ed. Comim. São Leopoldo RS

GARNELO, Luiza. “Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena.” In: **A Saúde nas Palavras e nos Gestos: Reflexões da Rede Educação Popular e Saúde.** (E.M. Vasconcelos, org.). São Paulo, Hucitec. 2001. Pp. 237-260.

KAPFERER, B. “Performance and the Structuring of Meaning and Experience.” In: TURNER, V.W. & Eduard M. Bruner (eds) **The Anthropology of Experience.** Urbana & Chicago: University of Illinois Press. 1986.

LANGDON, E. Jean. “Representações de Doença e Itinerário Terapêutico entre os Siona da Amazônia colombiana.”. In: Santos, R V& Coimbra Jr., C E A (orgs) **Saúde e Povos Indígenas.** Rio de Janeiro: Fiocruz. Pp:115-141. 1994.

MAESTRI, Beatriz Catarina. **O CIMI e o povo Xokleng: uma análise da atuação missionária na terra indígena Ibirama.** Florianópolis, Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina. 2001.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental,** ed. Abril, São Paulo, 1978

MAUES, R. H & MAUES, M A.M. “O Modelo da “Reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica”. In: **Anuário Antropológico/77**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1978: 120-147

MORGADO, Paula. “Introdução a ‘ Doença e suas Causas’, de Andréa Zempleni” in **Cadernos de Campo**, São Paulo nº 4

MORGADO, Paula. “O Pluralismo Médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global”. In: **Cadernos de Campo**, No. 4, pp. 41-70. 1994.

NOVAES, Marlene Rodrigues de.. “Interpretação da Doença e Simbolismo Terapêutico entre os Wari’de Rondônia, Brasil”. In: **Revista de Divulgação Cultural**. Ano 20, No. 64: 68-75.1998

OLIVEIRA, Maria Conceição. **Os Especialistas Kaingáng e os Seres da Natureza. Curadores da Aldeia Xapecó**. Florianópolis, Fundação Catarinense de Cultura. 1997

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **Sociologia do Brasil Indígena**. Ed Universidade de Brasília. Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro. 1978.

_____. **O Índio e o Mundo dos Brancos**. 4ª edição. Ed da Unicamp. Campinas SP. 1996.

PEIRANO, Mariza G. S.. “O Encontro etnográfico e o Diálogo Teórico”. In: **Uma Antropologia no Plural: Três Experiências Contemporâneas**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília. 1991.

QUEIROZ, Marcos de Souza. “Curandeiros do Mato, Curandeiros da Cidade e Médicos: um estudo Antropológico dos especialistas em Tratamento de Doenças na Região de Iguape” In: **Ciência e Cultura 32**. 1980.

RABELO, M.C.M. “Religião, Ritual e Cura”. In: Alves & Minayo (orgs) **Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1994.pp: 47-56.

RODRIGUES, José Carlos. **Os Corpos na Antropologia**. Trabalho apresentado no VII Congresso Latino Americano de Ciências Sociais e Saúde. Angra do Reis. 2003.

WERNER, Dennis W., et.alii. “As Enchentes do Vale do Itajaí, as Barragens e Suas Conseqüências Sociais”. In: **Cadernos de Ciências Sociais**, Vol. 7, no. 1. Florianópolis, UFSC. 1987.

WIJK, Flavio Braune. “Doenças e Transformação Sociocultural: Epidemias, Corporalidade e Práxis entre os Índios Xoklêng do Sul do Brasil”. In: **Anais da 1a Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul**. Londrina/PR.. Coordenação Nacional de DST/AIDS/Programa Municipal para DST/AIDS/ALIA. 1997.pp. 79-97.

8 ANEXOS

ANEXO- CÓPIA DE DOCUMENTOS

Universidade Federal De Santa Catarina/UFSC Departamento de Antropologia Social/PPGAS

As Agentes Indígenas de Saúde (AIS)

É com muito prazer que venho convidá-las para participar da atividade Grupo Focal – um encontro entre AIS da área indígena La Klaño, a realizar-se no dia 17 de Setembro de 2004, no espaço da Casa da Cidadania. Neste encontro pretendemos realizar uma conversa em Grupo, por isso sua participação é fundamental, sua voz falará sobre a realidade de sua Aldeia e de sua própria experiência, portanto, não perca esta chance.

Vale lembrar que esta atividade é parte da pesquisa que venho desenvolvendo na área Indígena desde Fevereiro de 2004, cujo objetivo maior refere-se à saúde indígena, por isso vocês, agentes de saúde, são de extrema importância, já que convivem diariamente com a comunidade e são membros da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI).

Mais um lembrete e convite: neste dia será oferecido aos participantes um almoço no bar do Rafael.

Contamos com a sua presença e desde já agradecemos sua participação

Raquel Paiva Dias Scopel

Grupo Focal

Data: 17 de Setembro de 2004

Local: Auditório da Casa da Cidadania

Hora: 14:00

Almoço

Local: Bar do Rafael

Horário: a partir das 12:00

Florianópolis, 22 de Agosto de 2004.

Agente Indígena de Saúde

- Visitas domiciliares.
- Cadastrar e atualizar as famílias nas aldeias.
- Identificar as famílias expostas à situação de risco.
- Realizar acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade.
- Realizar acompanhamento, através da visita domiciliar da medicação prescrita pelo médico.
- Realizar as ações coletivas previstas no Plano de Saúde Bucal, orientando dieta e higiene bucal.
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária.
- Conversar com as pessoas e explicar o objetivo da visita.
- Identificar, comunicar e registrar nascimentos, óbitos, encaminhar pacientes para tratamento.
- Fazer o controle mensal de peso e altura das crianças e gestantes.
- Acompanhar a aplicação do esquema básico de vacinas.
- Acompanhamento dos programas existentes nas aldeias: Saúde da Mulher, Criança, Idoso.
- Relatório Mensal de atividades.
- Conhecer a Política Nacional de Saúde.
- Conhecer e controlar o Controle Social.
- Orientar a comunidade sob a forma de funcionamento dos serviços de referência.

Auxiliar de Enfermagem

- Visita domiciliar.
- Realização da pré-consultas de enfermagem e orientar na pós-consulta.
- Fornecer medicamentos via oral conforme prescrição médica.
- Ministrando medicamentos via oral conforme prescrição médica.
- Triagem de pacientes para consultas médicas.
- Colher materiais para exames laboratoriais.
- Efetuar o controle de pacientes e comunicantes em Doenças Transmissíveis.
- Executar atividades de esterilização e desinfecção dos materiais.
- Integrar a equipe de saúde.
- Participar de atividades de Educação em Saúde.
- Orientar o paciente em alta hospitalar.
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua aldeia no SIASI.
- Identificar indivíduos e famílias expostas a situação de risco.
- Acompanhar e orientar o trabalho do AIS e AISAN.
- Controlar o agendamento dos retornos dos pacientes em tratamento nas Unidades de Referência.
- Fazer relatório de atividade mensal.
- Participar da discussão e organização do processo de trabalho.
- Preencher formulário específico do SIASI.
- Notificação compulsória das doenças.
- Conhecer a Política Nacional de Saúde.

Enfermeiro

- Visita domiciliar.
- Participar do processo de promoção e planejamento das ações e da organização do trabalho em equipe.
- Supervisionar as ações desenvolvidas pelos AIS, Auxiliares de enfermagem, AISAN.
- Consultas de Enfermagem
- Executar, no nível de sua competência as ações de assistência básica e V. E.
- Promover ações de Educação em Saúde.
- Fornecer medicamentos conforme prescrição médica.
- Assistência de enfermagem às gestantes, parturientes, puérferas, recém-nascidos.
- Coordenar o Programa de Imunização.
- Participação nos programas de Treinamento em Educação Continuada para AIS.
- Fazer relatório mensal de atividades.
- Operacionalização do sistema de referência e contra – referência (SUS).
- Participação nos Programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos.
- Preencher os formulários específicos de enfermagem no SIASI.
- Notificação compulsória das doenças.
- Conhecer a Política Nacional de Saúde.

ANEXO- CÓPIA DE DOCUMENTOS

Médico

- Visita domiciliar.
- Consultas e prescrições médicas.
- Ações de Educação em Saúde.
- Fazer relatório mensal de atividades.
- Executar as ações de assistência.
- Participar do processo de promoção e planejamento das ações e da organização do trabalho em equipe.
- Executar ações básicas de V. E. e Sanitárias em sua Área de abrangência.
- Referenciar os pacientes internados nos hospitais e manter contato com a equipe médica; em anexo ficha de encaminhamento.
- Preencher os formulários do SIASI (referência e contra - referência).
- Conhecer a Política Nacional de Saúde.

Agente Indígena de Saneamento

- Identificar as condições ambientais da comunidade e os mananciais para o abastecimento de água;
- Fazer o cadastramento das habitações e áreas comuns (igreja, escola, comércio) através de inquérito sanitário, incluindo a elaboração de croquis de situação das mesmas;
- Visitar as habitações com o objetivo de identificar e solucionar os problemas com saúde e saneamento;
- Fazer reparos, consertos e substituição de peças e acessórios das instalações hidráulicas do sistema no ~~interior~~ dos domicílios; EXTENSION
- Orientar e/ou executar as melhorias em abastecimento de água, destino adequado dos dejetos e do lixo, melhoria da habitação e controle de vetores e roedores;
- Executar as atividades de operação dos sistemas de abastecimento de água e outras ações de saneamento implantadas, realizando a manutenção preventiva e corretiva;
- Coletar amostra de água para análise;
- Manter em boas condições de conservação e operação os equipamentos e instalações de saneamento da comunidade;
- Comunicar ao DSEI os problemas ocorridos no sistema, quando não dispor de meios para resolvê-los;
- Participar das ações de educação em saúde;
- Apresentar relatório mensal das atividades desenvolvidas ao Pólo Base;
- Preencher os formulários específicos de SISAB e SISACUA;
- Conhecer a Política Nacional de Saúde.

ANEXO- CÓPIA DE DOCUMENTOS

CONVÊNIO PROJETO RONDON - FUNASA

PEDIDOS - TRIMESTRE - LOCAL:

POPULAÇÃO:

	MEDICAMENTO	Valor Unitário	PEDIDO	TOTAL
1	AAS 100mg comp.			
2	AAS 500mg comp.			
3	ALBENDAZOL 200mg c/2 comp.			
4	ALBENDAZOL Liq.			
5	AMBROXOL AD. Xpe.			
6	AMBROXOL INF. Xpe.			
7	AMINOFILINA 100mg Comp.			
9	AMINOFILINA Inj.			
10	AMLOPIDINA 5mg cx. c/30 comp			
11	AMLOPIDINA 10mg cx. c/ 30			
12	AMOXACILINA 500mg cáp			
13	AMOXACILINA 250mg susp.			
14	AMPICILINA 500mg cáp.			
15	AMPICILINA 250mg susp.			
16	ARGIROL COLÍRIO			
17	BENZOATO DE BENZILA liq			
18	BENZOATO DE BENZILA Sab.			
19	CAPTOPRIL 25mg			
20	CARBOCISTEÍNA XP.AD.			
21	CARBOCISTEÍNA XP.INF.			
22	CEFALEXINA 500mg cáp.			
23	CEFALEXINA 250mg susp.			
24	CETOCONAZOL 200mg. Comp.			
25	CETOCONAZOL 20mg. Creme tb.30g			
26	CETOCONAZOL SHAMPOO 100ml			
27	CIMETIDINA 200mg comp.			
28	CINARIZINA			
29	CLORANFENICOL colírio			
30	CLORANFENICOL Drag.250mg.			
31	CLORANFENICOL Susp.250mg			
32	CLORETO DE BENZALCÔNIO			
33	CLORPROPRAMIDA 250mg comp.			

ANEXO- CÓPIA DE DOCUMENTOS

34	COMPLEXO B drág.			
35	COMPLEXO B gts.			
36	DELTAMETRINA SHAMPOO			
37	DEXAMETASONA 0,5mg comp.			
38	DEXAMETASONA creme tb.			
39	DEXAMETASONA elixir 100ml			
40	DEXCLORFENIRAMINA Comp.			
41	DEXCLORFENIRAMINA Liq.			
42	DICLOFENACO SÓDICO 50mg comp.			
43	DICLOFENACO SÓDICO 75mg inj.			
44	DICLOFENACO POTÁSSICO 50mg comp.			
45	DICLOFENACO POTÁSSICO gts.			
46	DIGOXINA 0,25mg			
47	DIMETICONA 40mg comp.			
48	DIMETICONA gts.			
49	DIPIRONA 500 mg comp.			
50	DIPIRONA gts. Vd.			
51	DIPIRONA Inj. 2ml			
52	DOXICLINA comp. 100mg			
53	ENALAPRIL 20 mg comp.			
54	ENALAPRIL 10 mg comp.			
55	ERITROMICINA 250mg drág.			
56	ERITROMICINA 250mg susp.			
57	FENOTEROL GOTAS 20 ml/fr			
58	FLORATIL PED. ENV. 1 GR.			
59	FUROSEMIDA 40mg comp.			
60	GENTAMICINA 40mg inj.			
61	GENTAMICINA 80mg inj.			
62	GLIBENCLAMIDA 5mg. comp.			
63	HIDROCLOROTIAZIDA 50mg			
64	HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO susp.			
65	HIOSCINA 10mg drág.			
66	HIOSCINA gts.			
67	HIOSCINA Injet.			
68	IBUPROFENO 600mg. Comp.			
69	IODETO DE POTÁSSIO XP.			
70	IPATROPIO 20 ml. Gts.			

ANEXO- CÓPIA DE DOCUMENTOS

71	KAOMAGA 120ml. Susp.			
72	MEBENDAZOL 100mg comp.			
73	MEBENDAZOL 30 ml. Susp.			
74	METFORMINA 500mg. Comp.			
75	METFORMINA 850mg. Comp.			
76	METILDOPA 500mg comp.			
77	METILERGOMETRINA drag.			
78	METOCLOPRAMIDA 10mg comp.			
79	METOCLOPRAMIDA 4mg gts.			
80	METOCLOPRAMIDA 10mg inj.			
81	METRONIDAZOL 250 mg comp.			
82	METRONIDAZOL 250 mg geléia vaginal			
83	METRONIDAZOL 250 mg susp.			
84	NEOMICINA + BACITRACINA pom.			
85	NIFEDIPINA 10mg CÁP.			
86	NIFEDIPINA 20mg drág.			
87	NISTATINA CREME VAG.			
88	NISTATINA susp.			
89	NITROFURASONA 100mg. Comp.			
90	NITROFURASONA POMADA 500GR.			
91	NORFLOXACINA 400 mg			
92	ÓLEO MINERAL			
93	OMEPRAZOL 20 mg. Cap.			
94	PARACETAMOL 100mg gts.			
95	PARACETAMOL 500mg comp.			
96	PENICILINA BENZATINA 600.000UI			
97	PENICILINA BENZATINA 1.200.000UI			
98	PENICILINA G PROC.+ POT. 400.000UI			
99	PIROXICAM 20 mg. Cáp.			
101	POLIVITAMINAS gts.			
102	POLIVITAMINAS Liq.			
103	PREDNISONA 5 mg comp.			
104	PREDNISONA 20 mg comp.			
105	PROMETAZINA 25 mg.comp.			
106	PROPRANOLOL 40mg comp.			
107	RANITIDINA 150mg. Comp.			
08	SAIS P/ REHIDRATAÇÃO ORAL env.			

