

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA E MUSEOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

FLÁVIA MARIA MARTINS VIEIRA

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTOS INDÍGENAS:**  
uma perspectiva antropológica

Recife

2019

FLÁVIA MARIA MARTINS VIEIRA

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTOS INDÍGENAS:**  
uma perspectiva antropológica

Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco.

**Área de concentração:** Antropologia

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza

Recife

2019

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

V658p Vieira, Flávia Maria Martins.  
Profissionais de saúde em contextos indígenas : uma perspectiva antropológica / Flávia Maria Martins Vieira. – 2019.  
134 f. il. ; 30 cm.

Orientadora: Profª. Drª. Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Recife, 2019.  
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Antropologia. 2. Saúde coletiva. 3. Profissionais da área de saúde. 4. Biomedicina. 5. Medicina indígena. I. Souza, Vânia Rocha Fialho de Paiva e (Orientadora). II. Título.

301 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-045)

FLÁVIA MARIA MARTINS VIEIRA

**PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CONTEXTOS INDÍGENAS:**  
uma perspectiva antropológica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Antropologia.

Aprovada em: 08/03/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cláudia Rodrigues da Silva (Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof. Dr. Saulo Ferreira Feitosa (Examinador Externo)  
Universidade Federal de Pernambuco - Campus Agreste

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a todos os profissionais de saúde que se disponibilizaram a participar e compartilhar suas experiências comigo durante toda a pesquisa. Suas narrativas e relatos foram combustíveis para que esta pesquisa ganhasse vida. Agradeço também aos representantes do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco e também ao Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco por terem aberto portas à pesquisa, estarem disponíveis a ouvir minha proposta e permitirem que ela fosse executada.

Agradeço a toda equipe do NTES-IMIP, em especial a Jeane, Mônica, Tessália, Renata, Madge, Kleber, Bruno, Mateus, Cecília e Eliane. A oportunidade de ter trabalho com esta equipe permitiu que eu conhecesse e me apaixonasse pelo tema da saúde indígena e pudesse ter experiências que se tornaram fundamentais para que esta pesquisa germinasse.

Agradeço a toda equipe do LACC: Vânia, Jaidene, Hosana, Sávio, Luan, Andreza, Whodson, Tiane, Poli, Waltinho, Rita, Bruno, Geoclebson, Erisvelton, Cayo. Todo o compartilhamento de ideias e apoio que recebi de vocês como equipe e como amigos pessoais foram essenciais para a execução de toda a pesquisa. Desde as primeiras ideias até as fases de conclusão, vocês sempre estiveram comigo, me apoiando e me incentivando. Meu profundo e sincero agradecimento.

Agradeço de coração à Vânia por ter aceitado ser minha orientadora e termos construído uma relação muito leve e tranquila durante todo o processo. Seus conselhos e puxões de orelha sempre chegaram em boa hora.

Faço um agradecimento especial para Whodson com quem dividi casa e a experiência de estar em campo na cidade de Floresta, Pernambuco. Sua amizade e sua energia são especiais para mim. Agradeço à querida Jaidene por sempre me perguntar sobre a pesquisa e me incentivar a desenvolvê-la. Agradeço ao queridíssimo Sávio, por todos os bate-papos e conselhos sobre como desenvolver a pesquisa. Agradeço a Luan, amigo do peito que sempre nos oferece seu abraço afetuoso. Com você compartilhei muitas inquietações e planos da pesquisa. Agradeço à querida Poli pelos lindos mapas feitos cheio de esmero e paciência para este trabalho. Agradeço às queridas Andreza e Tiane pela amizade e sorrisos sinceros. Amo todos vocês!

Agradeço a toda minha família: Eloisa, Joaquim, Eloah, Franzé, meu vô, meus tios e minhas tias. O amor e carinho que nutrimos são preciosos. Obrigada por tudo! Agradeço em especial à minha irmã Eloah pela parceria e cumplicidade durante todo o mestrado e também nesta fase final da escrita da dissertação. Obrigada por toda sua dedicação e paciência.

Agradeço também em especial aos meus pais por sempre me esperarem com um abraço sincero e cheio de amor.

Agradeço também a todos os colegas e amigos que pude fazer no PPGA-UFPE. Agradeço em especial a Rayana, que se tornou uma grande amiga e companheira de aventuras. Agradeço também à querida Letícia que, durante o trabalho de campo, me recebeu com muito carinho em sua casinha em Jatobá-PE.

Agradeço às amigas queridas Polly, Mônica, Bia, Cami, Drica, Ceci Cuentro, Ceci Godoi, Clara e Gisele. Elas são flores lindas que a vida me presenteou. Amo vocês, lindonas!

Agradeço ainda aos colegas e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE. Com vocês pude me aproximar do campo da Saúde Coletiva, o qual, assim como a Antropologia, ganhou meu coração. Todas as disciplinas e debates que pude participar com vocês foram fundamentais para isso. Muito obrigada!

Por fim, agradeço à CAPES e ao LACC pelo auxílio financeiro tão fundamental para a execução desta pesquisa.

“Encontrar pessoas por dentro das pessoas” (BERNARDES, 2019).

## RESUMO

Através de uma abordagem antropológica e de um diálogo muito próximo ao campo da Saúde Coletiva, analiso nesta dissertação como profissionais de saúde que atendem povos indígenas em Pernambuco compreendem as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina. Inspirando-me em referências como Esther Jean Langdon, Luiza Garnelo, Carla Teixeira, Pedro Paulo Gomes Pereira, Maj-Lis Föllner e Maria Cecília Souza Minayo, proponho um olhar antropológico em direção às experiências cotidianas de profissionais de saúde que atuam no atendimento a populações indígenas. O trabalho de campo foi desenvolvido ao longo do ano de 2018 a partir de entrevistas e do acompanhamento da rotina de profissionais que compõem Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) de postos de saúde indígena e polos base da região do sertão de Pernambuco. A partir de categorias como intermedicalidade, reflexividade e competência cultural, elaboro análises sobre as narrativas e rotinas dos profissionais de saúde de modo a percebê-las circunscritas aos contextos e percursos histórico-políticos da atenção à saúde indígena no Brasil. Analiso também as relações entre os profissionais de saúde e povos indígenas e entre as medicinas indígenas e biomedicina. Os profissionais relatam que vivenciam rotinas de trabalho exaustivas. Eles também colocam que mesmo conhecendo as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena (PNASPI), não se sentem plenamente preparados para lidar com uma proposta de articulação entre medicinas e atenção à saúde diferenciada. Do ponto de vista analítico, compreendo que os profissionais estão inseridos em um contexto de intermedicalidade e têm percepção sobre isso apesar de não utilizarem esse conceito. A partir das narrativas dos interlocutores, compreendo que o aprendizado sobre a saúde dos povos indígenas se dá de fato no cotidiano de trabalho. E é nesse cotidiano que os profissionais se deparam com situações de limites, encontros, diálogos entre suas compreensões sobre os processos de saúde e doença e, conseqüentemente, sobre as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

Palavras-chave: Profissional de saúde. Biomedicina. Medicinas indígenas. Intermedicalidade.

## ABSTRACT

In this dissertation I analyze how health professionals caring for indigenous peoples in the State of Pernambuco understand the relationship between indigenous medicines and biomedicine. This was done through an anthropological approach in a dialogue with the field of Collective Health. Inspired by references such as Esther Jean Langdon, Luiza Garnelo, Carla Teixeira, Pedro Paulo Gomes Pereira, Maj-Lis Föllner and Maria Cecília Souza Minayo, I propose an anthropological view towards the daily experiences of health professionals who work in the care of indigenous populations. Fieldwork was based on interviews and daily routine follow-up. It was undertaken during 2018 with professionals who compose the Multidisciplinary Indigenous Health Teams (EMSI) working at indigenous health centers and base nucleus in the hinterlands of Pernambuco. Based on categories such as intermedicality, reflexivity and cultural competence, I elaborated an analysis on the narratives and routines of health professionals in order to perceive them as circumscribed to the contexts and historical-political paths of indigenous health care in Brazil. I also analyzed the relationships between health professionals and indigenous peoples and between indigenous medicines and biomedicine. The professionals reported exhaustive work routines. They also mentioned that even though they are aware of National Indigenous Peoples Health Policy (PNASPI) guidelines, they do not feel fully prepared to deal with a perspective of articulation between indigenous medicines and biomedicine and differential health care attention. From the analytical point of view, I understand that the professionals are involved in a context of intermedicality and have comprehension about it, although they do not use this concept. From the narratives of the interlocutors, I understand that the learning about the indigenous peoples health happens in fact in daily work. And it is in this daily routine that professionals are faced with situations of limits, encounters, dialogues between their understanding of health and disease processes and, consequently, the relationship between indigenous medicine and biomedicine.

**Keywords:** Health professionals. Biomedicine. Indigenous medicine. Intermedicality.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 - Polos Base integrantes do DSEI Pernambuco	42
Quadro 1 - Quadro esquemático do mapeamento de campo	45
Mapa 2 - Localidades e percursos do trabalho de campo	48
Figura 1 - Calendário do Trabalho de campo de Julho a Agosto de 2018	49
Figura 2 - Etapa Local 6ª Conferência de Saúde Indígena - Território Pipipan	51
Figura 3 - Posto de saúde Travessão do Outro – Polo base Pipipan	54
Figura 4 - Desenhos em diários de campo sobre os postos de saúde Faveleira e Capoeira do Barro, respectivamente – Polo base Pipipan	54
Figura 5 - O umbuzeiro e EMSI após o atendimento na Aldeia Pedra Tinindeira – Polo base Pipipan	55
Figura 6 - Posto Capoeira do Barro – Polo base Pipipan	55
Figura 7 - Palestra de profissional de EMSI sobre descarte de medicamentos no posto de saúde Aldeia Caraíbas – Polo base Pipipan	56
Figura 8 - Cartazes dos postos de saúde	56
Figura 9 - Diários de campo	58
Quadro 2 - Quadro esquemático da dissertação	62
Figura 10 - Exemplo de diário de campo aberto com as referidas tarjetas	64

## LISTA DE SIGLAS

ATL	ACAMPAMENTO TERRA LIVRE
AIS	AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE
CASAI	CASA DE APOIO À SAÚDE INDÍGENA
CEP UFPE	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CIMI	CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO
CNBB	CONSELHO NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL
CONDISI PE	CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE PERNAMBUCO
DIASI	DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
DSEI	DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA
DSEI-PE	DISTRITO SANITÁRIO INDÍGENA DE PERNAMBUCO
EMSI	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE INDÍGENA
EVS	EQUIPES VOLANTES DE SAÚDE
FENSG	FACULDADE DE ENFERMAGEM NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
FUNASA	FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE
FUNAI	FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
GPS	GLOBAL POSITION SYSTEM
NTES-IMIP	NÚCLEO DE TELESSAÚDE DO INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROFESSOR FERNANDO FIGUEIRA
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
ONG	ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL
PCCU	PREVENTIVO DO COLO DO ÚTERO
PNASPI	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS POVOS INDÍGENAS
PSF	POSTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA
SASI	SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
SASI-SUS	SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SESAI	SECRETARIA ESPECIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA
SINDCOPSI	SINDICATO DOS PROFISSIONAIS E TRABALHADORES DA SAÚDE

INDÍGENA

SPI

SERVIÇO DE PROTEÇÃO AO ÍNDIO

SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>FORMULAÇÕES TEÓRICAS DA DISSERTAÇÃO: CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE PESQUISA.....</b>	<b>19</b>
2.1	PARA INSPIRAR O OLHAR: COMPLEXIFICANDO EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	19
2.2	AMPLIANDO O FOCO DE COMPREENSÃO: UM BREVE PANORAMA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL.....	24
2.3	BIOMEDICINA E MEDICINAS INDÍGENAS: UMA COMPREENSÃO SOCIOCULTURAL.....	28
2.4	O MODELO BIOMÉDICO E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA.....	29
2.5	INTERMEDICALIDADE COMO CATEGORIA ANALÍTICA.....	35
<b>3</b>	<b>AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS E OS PERCURSOS DO TRABALHO DE CAMPO.....</b>	<b>38</b>
3.1	A APROXIMAÇÃO COM O TEMA DA PESQUISA.....	38
3.2	A OPORTUNIDADE E DECISÃO DE IR MORAR NA CIDADE DE FLORESTA – PE.....	40
3.3	DEFININDO O UNIVERSO DA PESQUISA E EXECUÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO.....	43
3.4	A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS.....	51
3.5	O TRABALHO DE CAMPO.....	53
3.6	“VOCÊ É DA FAMÍLIA DA ENFERMEIRA E DO MÉDICO?”.....	58
3.7	O CONTATO INTENSO E DIRETO COM O MATERIAL DE CAMPO: COMO ANALISEI OS DADOS.....	61
<b>4</b>	<b>DAS COMPREENSÕES ÀS ARTICULAÇÕES ENTRE MEDICINAS INDÍGENAS E BIOMEDICINA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O COTIDIANO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>66</b>
4.1	O QUE OS INTERLOCUTORES ENTENDEM POR BIOMEDICINA E MEDICINAS INDÍGENAS?.....	66
4.2	“DOUTOR, PASSE ESSE TAL REMÉDIO PRA MIM, DOUTOR, SOLICITE TAL EXAME PRA MIM?” .....	71

4.3	A SALA DE ESPERA: ZONA DE CONTATO E INTERMEDICALIDADE...	79
4.4	“A POLÍTICA DÁ OS INGREDIENTES, MAS NÃO ENSINA A RECEITA: PRECISAMOS CONHECER AS ESPECIFICIDADES DE CADA POVO”.....	81
4.5	FRANCISCA: “É MUITO CORRIDO O MEU TRABALHO”.....	85
4.6	O CONVITE DE BÁRBARA: “PODE ENTRAR, NÃO TEM PROBLEMA NÃO”.....	87
4.7	“É PRA ATENDER TODO MUNDO COM CALMA PARA FAZER O SERVIÇO BEM FEITO”.....	90
4.8	“QUE METAS DE FATO DEVEMOS ATINGIR?”.....	91
<b>5</b>	<b>“EU VOU ESCUTAR ESSE POVO!”.....</b>	<b>96</b>
5.1	NIVALDO: EXERCÍCIO DA “ESCUTA”.....	97
5.2	JULIANA: “ESTAMOS JUNTOS”.....	99
5.3	JULIANA E O CASO DO BEBÊ COM MALFORMAÇÃO.....	101
5.4	KAIO: ENTRE A “VISÃO CIENTÍFICA” E O “LADO INDÍGENA”.....	106
5.5	FABIANA: O “DILEMA” E O “CHOQUE”.....	107
5.6	SER INDÍGENA E PROFISSIONAL DE SAÚDE: “TANTO A INSTITUIÇÃO COMO A POPULAÇÃO DEPOSITA UMA CONFIANÇA EM VOCÊ”.....	110
5.7	VITÓRIAS, DILEMAS, CHOQUES E LIMITES: O QUE NOS DIZEM SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA?.....	113
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>115</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>120</b>
	<b>APÊNDICE A - TÓPICO GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA INDIVIDUAL.....</b>	<b>126</b>
	<b>APÊNDICE B - TÓPICO GUIA DE ENTREVISTA QUALITATIVA EM GRUPO.....</b>	<b>128</b>
	<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>129</b>
	<b>ANEXO A - ORGANIZAÇÃO DO DSEI E MODELO ASSISTENCIAL...</b>	<b>132</b>
	<b>ANEXO B - I SEMINÁRIO SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE E O MODELO DE ATENÇÃO DIFERENCIADA NO ÂMBITO DO DSEI -</b>	

<b>PERNAMBUCO.....</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO C - PROGRAMAÇÃO 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA - ETAPA LOCAL POVO PIPIPÃ.....</b>	<b>134</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Através de uma abordagem antropológica e de um diálogo muito próximo ao campo da Saúde Coletiva, busco analisar nesta dissertação como profissionais de saúde que atendem povos indígenas em Pernambuco compreendem as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina. O trabalho de campo foi desenvolvido de forma mais intensa ao longo do ano de 2018, a partir de entrevistas e do acompanhamento da rotina de profissionais que compõem Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) de postos de saúde indígena e polos base da região do sertão de Pernambuco.

Existem vários trabalhos no campo da Antropologia que se dedicaram ao estudo das medicinas indígenas e à análise de como os povos indígenas compreendem as noções de saúde, doença, morte e cura (BUCHILLET, 1991; LANGDON e GARNELO, 2004; FERREIRA e OSÓRIO, 2007; LANGDON e CARDOSO, 2015). No entanto, dentro do campo da Antropologia da Saúde e da Antropologia Indígena permanece ainda a ser explorado de forma mais intensa as compreensões dos profissionais de saúde que também são atores no contexto de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Inspirando-me em referências como Pereira (2012), Fóller (2004) e Langdon (2004), proponho um descolamento do olhar antropológico em direção às experiências cotidianas de profissionais de saúde que atuam cotidianamente no atendimento a populações indígenas. Entendo que conhecer de forma aproximada essas experiências pode trazer nova luz para o debate antropológico sobre diferentes medicinas e concepções sobre processos de saúde e doença.

Segundo Pereira (2012), os profissionais de saúde advindos de uma formação baseada no modelo biomédico passam a questionar suas próprias concepções sobre processos de saúde e doença a partir de situações vividas no cotidiano de atendimento em contextos indígenas. Nesse sentido, estudos que percebam esses profissionais como meros reprodutores de um modelo biomédico podem enfraquecer o debate. Isto porque, ao mesmo tempo em que esses profissionais percebem e vivenciam limites em suas atuações, eles também são afetados por elas (PEREIRA, 2012). A partir do trabalho de campo realizado em Pernambuco, tenho por objetivo complexificar o lugar e experiências desses profissionais de saúde, de forma a me afastar de uma perspectiva dicotomizada (profissionais X indígenas; medicinas indígenas X biomedicina). Haja vista, por exemplo, que, dentro das próprias EMSI também haverá indígenas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde).

Inspirando-me em Maj-Lis Fóller (2004), trarei a categoria de intermedicalidade para entender os contextos de trabalho dos profissionais de saúde de modo a perceber os diferentes

sujeitos e medicinas em suas negociações e relações no que se refere aos processos de saúde e doença. Compreendo, portanto, que as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina mantêm relações históricas e dinâmicas com encontros, equívocos, diálogos e relações de poder (DIEHL e RECH, 2004, FÓLLER, 2004). Torna-se objetivo deste trabalho entender o que os próprios profissionais de saúde compreendem sobre essas relações.

Como desenvolverei no capítulo teórico, as experiências dos profissionais de saúde estão circunscritas pelo histórico de relações que o Estado brasileiro assumiu com as populações indígenas. A distribuição e uso de medicamentos entre populações indígenas fez parte, por exemplo, do empreendimento colonial no Brasil (DIEHL e RECH, 2004). Deve-se ter em vista ainda que, não só no âmbito da atenção à saúde dos povos indígenas, mas no âmbito da saúde pública no Brasil, cada vez mais o seu *modus operandi* vem sendo influenciado por uma lógica e racionalidade advindas de um modelo biomédico hegemônico e da rede privada de saúde (PEREIRA, 2008; FISCHBORN e CAONÁ, 2018). Essas questões podem trazer implicações para o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde, especialmente em contextos indígenas onde se pretende a construção de uma atenção à saúde que se intitula diferenciada (CARDOSO, 2015).

Um das políticas que lança diretrizes para o trabalho em saúde com populações indígenas é a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Lançada em 2002, a PNASPI propõe que os modelos e práticas biomédicas de saúde devem ser articulados com as medicinas indígenas (BRASIL, 2002). No entanto, como desenvolverei no primeiro capítulo, esta ainda seria uma tarefa desafiadora na realidade e prática dos profissionais que atendem às populações indígenas (CARDOSO, 2015).

Diversas questões estão em jogo e em diálogo nesta dissertação: de que forma a compreensão e práticas desses profissionais em área indígena é transformada à medida que eles se deparam com outras formas de se conceber saúde, doença e cura? Qual entendimento dos profissionais de saúde sobre as medicinas indígenas e a biomedicina? Como as relações entre as medicinas são percebidas no cotidiano por esses profissionais? Como essas relações se deram historicamente e como acontecem na atualidade? Ao longo desta dissertação, entrelaçando os referenciais teóricos ao trabalho de campo, busco reunir um conjunto de elementos que podem compor possíveis respostas ou novos apontamentos para essas questões.

No capítulo a seguir, dedico-me às referências teóricas que deram base a esta pesquisa, destacando questões históricas, dados sobre a atenção à saúde indígena, conceitos e categorias que utilizei para a análise de dados. No segundo capítulo, apresento as escolhas metodológicas e os percursos do trabalho de campo. Faço uma breve retrospectiva de como se

deu início a esta pesquisa e compartilho registros fotográficos, anotações dos diários de campos, mapas, quadros esquemáticos para o planejamento e execução da pesquisa e alguns desafios na realização do trabalho de campo. Ao final deste capítulo, apresento como se deu a análise dos dados gerados em campo.

No terceiro capítulo, inicio a análise dos dados. Nele, reúno considerações sobre o que os profissionais entendem por medicinas indígenas e biomedicina, além de relatos e análises sobre as rotinas de trabalho desses profissionais. A partir dos registros em diário de campo, conversas informais e narrativas de entrevistas, tento apresentar um panorama multifacetado sobre o cotidiano dos profissionais de saúde e suas compreensões sobre articulações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

No quarto e último capítulo, continuo com a análise de dados. Neste capítulo, me ative a relatos de experiências de alguns profissionais buscando reunir situações específicas em que eles apontam suas sensibilidades, limites, dilemas e vitórias em casos vivenciados no atendimento às populações indígenas. A partir dos conceitos de reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014) e competência cultural (Kleinman et al. (1978) apud LANGDON, 2005, p. 129), busco analisar algumas narrativas dos profissionais sobre reelaborações de suas compreensões sobre os processos de saúde e doença. Ainda neste capítulo, a partir da categoria de intermedicalidade, trago alguns apontamentos sobre experiências de indígenas que são profissionais de saúde das EMSI.

Do ponto de vista ético, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP UFPE)<sup>1</sup> e pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI PE). Após essas autorizações, realizei as entrevistas com profissionais de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE) e também acompanhei suas rotinas de trabalho. Tanto para a elaboração do projeto de pesquisa como para a sua execução, confesso que foi desafiador concatenar uma série de fatores: as escolhas pessoais como pesquisadora, as exigências burocráticas-institucionais e o desejo de fazer uma pesquisa que de fato pudesse trazer contribuições para o trabalho desses profissionais.

Respeitando os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>2</sup> (TCLEs), utilizei nomes fictícios para me referir a todos os interlocutores da pesquisa. Afirmo categoricamente que não é propósito deste trabalho fazer qualquer tipo de avaliação moral sobre o trabalho dos

---

<sup>1</sup> CAAE: 90732818.4.0000.5208 / Número do parecer: 2.776.660.

<sup>2</sup> O modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado nesta pesquisa está disponível no Apêndice C.

profissionais, suas rotinas e modos de agir. Também não compete a este trabalho uma avaliação sobre a PNASPI ou o sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS). O que coube a este trabalho e começa a ganhar corpo a partir do próximo capítulo é um olhar antropológico sobre as compreensões dos profissionais de saúde a respeito das relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

## 2 FORMULAÇÕES TEÓRICAS DA DISSERTAÇÃO: CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE PESQUISA

Ao se refletir à luz de uma perspectiva antropológica, a respeito de questões em torno da temática da saúde indígena no Brasil, faz-se necessário perceber sua vinculação a alguns temas caros a este campo disciplinar. Torna-se imprescindível ao debate compreender concepções de territórios, construções de identidades, formas de organização social, visões cosmológicas, a relação histórica que o Estado estabeleceu e ainda estabelece com os povos indígenas e, também o(s) modelo(s) de atenção à saúde que vêm sendo formulados e postos em prática na atualidade. Mas diante de campo tão amplo, reforço que o objetivo desta pesquisa é analisar como profissionais de saúde que atendem povos indígenas em Pernambuco compreendem as relações entre medicinas indígenas e biomedicina<sup>3</sup>.

Neste capítulo, baseada em leituras que passeiam pela Antropologia da Saúde e pela Saúde Coletiva, ao passo que complexificarei experiências de profissionais de saúde que atendem povos indígenas, buscarei lançar mão de uma compreensão sobre o contexto em que essas experiências se dão. Refiro-me, aqui, aos contextos e percursos histórico-políticos em que a formação do modelo de atenção à saúde indígena ocorreu e vem ocorrendo; sua aproximação e entrelaçamento com um modelo hegemônico biomédico; e os rebatimentos desses modelos na prática cotidiana dos profissionais de saúde que atendem povos indígenas.

No próximo tópico, trago as primeiras inspirações e referências que me conduziram a discutir e complexificar as experiências de profissionais de saúde em contextos indígenas. Em tópicos subsequentes busco construir e compor o cenário que me permitirá, ao longo da dissertação, analisar os dados gerados a partir das lentes da Antropologia.

### 2.1 PARA INSPIRAR O OLHAR: COMPLEXIFICANDO EXPERIÊNCIAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Em artigo publicado em 2012, o antropólogo Pedro Pereira nos estimula a lançar um olhar mais aprofundado sobre experiências de profissionais de saúde que trabalham no

---

<sup>3</sup> Ao longo de todo este trabalho, optarei por usar os termos “modelo biomédico” ou biomedicina em vez de utilizar categorias como “medicina científica” ou “medicina ocidental”. Escolho biomedicina justamente por entendê-la como sistema médico que é fruto, assim como outros sistemas, de um contexto sociocultural e econômico. Utilizar os termos “medicina científica” ou “medicina ocidental” poderia direcionar a leitura para um entendimento de que outras medicinas não seriam “científicas” ou que determinada medicina só pertencesse ao “ocidente” do mundo. (HAHN e KLEINMAN, 1983; DIAS DA SILVA, 2014; VIEIRA, OLIVEIRA e NEVES, 2013).

atendimento a populações indígenas no Brasil. A partir de relatos de experiências e entrevistas realizadas com profissionais de saúde, Pereira (2012) afirma que, com o contato e conhecimento acerca das medicinas indígenas, os profissionais acabam por repensar suas próprias noções de saúde, doença, cura; podendo também transformar suas perspectivas acerca das relações entre diferentes saberes e práticas de saúde, neste caso, a biomedicina e as medicinas indígenas. A prática dos profissionais de saúde em relação aos povos indígenas vem se mostrando ao mesmo tempo contraditória e plena de significados que cambiam contextualmente (DIAS DA SILVA, 2014, p. 206). Aproximo-me, aqui, dos dados e análises construídos por Pereira (2012) pois estes se tornaram fundamentais para a elaboração da pesquisa aqui apresentada.

Segundo Pereira (2012), os profissionais de saúde devem ser encarados como atores ativos nos contextos de saúde indígena. Nesse sentido, encarar esses profissionais apenas como figuras autoritárias não aprofundaria o debate dentro da reflexão sobre a atenção a saúde indígena no Brasil. Nos relatos reunidos pelo autor, médicos (as) e enfermeiros (as) afirmam que também experienciam dilemas e dificuldades em seu cotidiano de atendimento. Esses mesmos profissionais ora se sentem como opressores, ora sentem que nem existem. (PEREIRA, 2012). Na perspectiva de Pereira (2012), estes profissionais, que por vezes são enclausurados em análises que os colocam como “mocinhos” ou “vilões”, possuem, sim, críticas a respeito da própria biomedicina e sua objetificação da doença.

Os interlocutores de Pereira (2012) se “recusavam a pensar suas atuações apenas como uma forma de operacionalização da reificação da enfermidade” (PEREIRA, 2012, p. 513). As experiências de alteridade vividas pelos profissionais no cotidiano mudaram as maneiras destes profissionais sentirem e atuarem em campo. O fato de terem que lidar com outras noções sobre saúde e doença, afetou (PEREIRA, 2012) esses profissionais e a maneira de se perceberem em suas atuações. Entretanto, as trajetórias de vida e formações profissionais dos interlocutores de Pereira (2012) implicariam em certas limitações para a prática de trabalho em contextos indígenas. Pereira (2012) argumenta, portanto, ser necessário um afastamento (por parte desses profissionais) de concepções biomédicas sobre saúde e doença para então poderem lidar com as situações apresentadas em seus cotidianos. Dois casos trazidos por Pereira (2012) são inspiradores e contribuem para o argumento que busco construir nesta pesquisa.

A partir de uma recapitulação da história de duas profissionais de saúde, uma médica e uma enfermeira, Daniela e Carla, respectivamente, Pereira (2012) fundamenta sua análise sobre as experiências dessas profissionais em contextos indígenas. Devo explicitar que para a

pesquisa que desenvolvo aqui, não serão feitas análises pormenorizadas sobre trajetórias dos profissionais de saúde que se tornaram meus interlocutores. No entanto, como afirmei anteriormente, os dados gerados por Pereira (2012) fertilizaram a pesquisa que me propus levar adiante.

Daniela, uma das interlocutoras de Pereira (2012), se formou em medicina e logo em seguida começou a trabalhar no atendimento a povos indígenas. Um caso que ela relata como muito marcante em sua trajetória, se deu no período em que ela trabalhava com os Caiapó<sup>4</sup>, na aldeia Kapoto. Em dias consecutivos, Daniela presenciou vários jovens, homens e mulheres, se debatendo durante a noite. Daniela não compreendia o que poderia ser exatamente aquela situação. Em sua leitura como médica, cogitou que aquelas reações poderiam ser uma crise epilética. Nos dias subsequentes, outros jovens indígenas foram acometidos pelos mesmos sintomas; a médica passou a considerar a possibilidade de ser uma encefalite ou arbovirose.

Segundo Daniela, as pessoas da própria comunidade disseram a ela que aquilo seria “doença de índio”, ou seja, aquilo não competia a Daniela como médica. Seria necessária a vinda de um pajé de outra etnia para solucionar o caso. Daniela se percebeu num dilema “entre o dever de mediar dois universos diferentes, com implicações diretas para sua imagem como profissional” (PEREIRA, 2012, p. 517). O pajé da outra etnia deveria ser trazido de avião devido à distância e, para isso, necessitavam da liberação de recursos da FUNAI. Após alguns impasses, o avião foi fretado; no entanto, atritos antigos impediram que o pajé referido fosse até a aldeia Kapoto. Os sintomas entre os jovens ainda perduraram por mais alguns dias, mas tudo acabou sendo resolvido localmente. A explicação que haviam dado para Daniela era que um pajé, à distância, havia “curado todos” (PEREIRA, 2012, 517).

O segundo relato trazido por Pereira (2012) é da enfermeira Carla sobre uma situação vivida entre os Kalapalo<sup>5</sup>. Ao chegar à aldeia Tanguro, Carla se deparou com a comunidade chorando a morte de um bebê recém-nascido. O dilema trazido por Carla se refere ao fato de que, para ela, o bebê ainda estava vivo e poderia ser “salvo”. Segundo a interlocutora, a situação lhe impôs o fato de ter que lidar com os seus próprios valores: “pessoa ocidental, católica e profissional de saúde” (PEREIRA, 2012, p. 518). A questão que mais a incomodava

---

<sup>4</sup> Os Kayapó vivem em aldeias dispersas ao longo do curso superior dos rios Iriri, Bacajá, Fresco e de outros afluentes do caudaloso rio Xingu, desenhando no Brasil Central um território quase tão grande quanto a Áustria. É praticamente recoberto pela floresta equatorial, com exceção da porção oriental, preenchida por algumas áreas de cerrado (MEBÊNGÔKRE KAYAPÓ, 2019).

<sup>5</sup> Atualmente, os Kalapalo vivem em oito aldeias *Aiha* (que significa algo "acabado", "pronto"), Tanguro, Agata, Caramujo, Kunue, Lago Azul e Kaluane todas no Rio Kuluene e seus afluentes e na aldeia Tupeku, no limite sudeste do Parque Indígena do Xingu. Além dessas aldeias, alguns Kalapalo vivem na Coordenação Técnica Local Kuluene da Funai (CTL). O CTL Tanguro localiza-se nas margens do rio de mesmo nome, no limite do Parque, e o PIV Kuluene nas margens desse rio, também no limite (KALAPALO, 2019).

era ter que equacionar: a “história de valorização da vida a todo custo, salvar a vida a todo custo” (questão posta pelo modelo biomédico) e, ao mesmo tempo, entender “os valores indígenas sobre a vida” (PEREIRA, 2012, p.519). Todos os pajés com quem Carla conversava, afirmavam que o bebê já estava morto e que não adiantaria ela fazer nenhuma intervenção. Mesmo assim, a pedido de Carla, os indígenas concordaram em levar a criança para o polo base. No entanto, o bebê veio a falecer durante o percurso de barco até o polo base.

Os relatos de Daniela e Carla e a análise elaborada por Pereira (2012) se tornam interessantes para a presente pesquisa, pois o autor aponta que essas situações podem ser complexificadas como “zonas de opacidade e limites de compreensão” (PEREIRA, 2012, p. 517). Existiriam limites, por exemplo, para que Daniela, a partir de suas lentes, compreendesse (ou não) a situação ocorrida. Segundo a própria interlocutora, a situação “fugia de sua competência” (PEREIRA, 2012, p. 517). O interessante argumento de Pereira (2012) segue no sentido de perceber os limites do entendimento de Daniela e Carla, apontando que, o distanciamento de suas concepções biomédicas se fez em certa medida necessário para que ambas lidassem com as situações.

Carla, em seu relato, ainda faz a seguinte indagação: “como lutar pela saúde e pela vida se não se compreende o que é saúde e o que é vida para quem as práticas de saúde são direcionadas?” (PEREIRA, 2012, p. 519). Os profissionais médicos e enfermeiros, durante suas formações acadêmicas são educados para lidar com a vida e não com a morte (PEREIRA, 2012). Para Dias da Silva (2014), a própria premência de salvar vidas, a que Carla faz referência em seu relato, foi mote tanto do discurso sanitarista como do discurso indigenista no Brasil (DIAS DA SILVA, 2014). Visto isso, trabalhar em contextos indígenas, com outras concepções sobre saúde, doença, morte, vida, implicou, para as interlocutoras de Pereira (2012), perceber os limites e opacidades de suas compreensões sobre essas noções.

Conhecer as experiências de Carla e Daniela me impulsionou, a partir de uma perspectiva antropológica, a complexificar os seus “lugares” ou “posições” enquanto profissionais de saúde. Concordando com Pereira (2012) e Maj-Lis Fóller (2004), penso que se torna terreno fértil para o campo da Antropologia o exercício de ultrapassar um debate dicotomizante e maniqueísta a respeito de experiências como essas e sobre as interações entre diferentes medicinas e/ou sistemas médicos. Por mais que o “saber biomédico” (biomedicina) se expresse também no “fazer biomédico” (prática cotidiana dos profissionais), as experiências destes profissionais não podem ser vistas de forma generalizante (DIAS DA SILVA, 2014, p.206).

Dialogando com Pereira (2012), no que se refere especificamente às relações entre: os profissionais de saúde X população indígena atendida; e entre os profissionais de saúde X medicinas indígenas X biomedicina, pretendo perceber uma polifonia (FÓLLER, 2004) em seus relatos e em suas “posições” diante de uma proposta de articulação entre medicinas que encontramos na PNASPI e trataremos ainda nesse capítulo.

Caminho aqui no sentido de compreender nuances nas relações entre profissionais de saúde e populações indígenas atendidas. Mas de que forma? Quando Pereira (2012) afirma que profissionais de saúde são afetados por experiências particulares com povos indígenas, torna-se necessário entendermos, por exemplo, a estrutura e o modelo da atenção à saúde indígena que historicamente permeou e ainda permeia o cotidiano de trabalho desses profissionais. Para uma análise antropológica sobre a questão a ser contemplada, não se pode entender essa estrutura e/ou modelo agindo como algo absoluto, sem resistências, sem crises, sem dramas, sem reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012). Traçando uma analogia com o próprio trabalho de antropólogos em campo, os profissionais de saúde também são afetados pelo contexto empírico que se encontram imersos (MINAYO e GUERRIERO, 2014; PEREIRA, 2012; TRAD, 2012).

O uso do termo reflexividade, mesmo vindo de uma discussão de cunho metodológico dentro da Antropologia e da Saúde Coletiva (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012), parece ser fértil para o que proponho neste trabalho ao trazer as análises de Pereira (2012). Afirmo isso, porque o conceito, mesmo transposto para uma compreensão de experiências de profissionais de saúde (e não antropólogos), permite entender suas relações com o campo empírico como um caminho de mão dupla. Como afirma Pereira (2012), esses profissionais são sujeitos ativos nesses contextos indígenas e, nesse ponto, não apenas eles modificam as comunidades e contextos em que se colocam como são modificados por eles (MINAYO e GUERRIERO, 2014, p. 1106).

Dessa forma, o olhar que busco lançar para as experiências dos profissionais de saúde em contextos indígenas não pode estar dissociado de uma compreensão também a nível histórico. Tanto as relações entre profissionais de saúde e povos indígenas, como também as relações entre biomedicina e medicinas indígenas devem ser entendidas de um ponto de vista que perceba a dinamicidade (FÓLLER, 2004) nessas interações; que perceba conflitos, encontros e relações de poder (FÓLLER, 2004). No próximo tópico, ofereço uma retrospectiva sobre a estruturação do modelo de atenção à saúde indígena no Brasil buscando contextualizar o objeto de pesquisa escolhido.

## 2.2 AMPLIANDO O FOCO DE COMPREENSÃO: UM BREVE PANORAMA SOBRE A ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

No Brasil, até a Constituição de 1988, as políticas de integração e assimilação direcionadas aos povos indígenas no Brasil foram pautadas e aplicadas pelo Estado de modo a construir um caminho que não correspondeu a uma perspectiva de reconhecimento e respeito às diversidades. No contato entre indígenas e não indígenas, o Estado brasileiro assumiu uma postura assimilacionista; o ser indígena era visto como uma categoria transitória, cabendo ao Estado brasileiro tutelá-los e civilizá-los<sup>6</sup> (LUCIANO, 2006).

O Estado brasileiro ao se eximir ou se posicionar contra o reconhecimento da diferença e da diversidade, enfraqueceu, conseqüentemente, a possibilidade de legitimação de uma identidade indígena, negando a autoridade de fala desses sujeitos e a capacidade destes escreverem sua própria história. Essas posturas desembocaram, por exemplo, em um processo de deslegitimação das medicinas indígenas e suas formas de compreender os processos de saúde e doença. Atualmente, seus conhecimentos e medicinas tradicionais, crenças e práticas de cura ainda são considerados muitas vezes pelos não-índios como conhecimentos inferiores, “primitivos”, insalubres; não encarando estes conhecimentos tradicionais com a mesma legitimidade com que são encarados os conhecimentos da biomedicina.

Teixeira e Garnelo (2014) afirmam identificar uma escassez histórica nos estudos na área da saúde pública voltados para a saúde dos povos indígenas. Para as autoras, soma-se ainda a esse fato, a percepção de que existe uma afinidade histórica entre o poder tutelar das políticas indigenistas e as políticas diferenciais de saúde voltadas/destinadas aos povos indígenas. Essas políticas pensadas como diferenciais na área da saúde estariam também impregnadas de uma lógica tutelar sobre os povos indígenas. Nas palavras das autoras:

De um lado o diálogo entre antropólogos, sociólogos e historiadores identificou um silêncio sobre os povos indígenas nos estudos desenvolvidos sobre a saúde pública no Brasil; de outro, a interação contínua entre antropólogos estudiosos da saúde indígena e do indigenismo revelou a carência de reflexão sobre a afinidade

---

<sup>6</sup> Ao longo da história do Brasil, diferentes agências foram criadas pelo Estado para atuar numa intermediação entre os povos indígenas, a “sociedade dos brancos” e os próprios interesses de Estado. Em 1910 é criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI); em 1967 é criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) que ficou responsável pelas Equipes Volantes de Saúde (EVS); a partir dos anos 1970 entram novos atores nesse processo de intermediação entre Estado e povos indígenas. Refiro-me aqui às organizações civis ligadas a setores progressistas da Academia (as universidades), a Igreja Católica (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil – CNBB, e o Conselho Indigenista Missionário – CIMI) e Organizações Não-Governamentais (ONG). (LUCIANO, 2006). Para esta dissertação não entrarei em um debate pormenorizado sobre cada uma dessas agências. No entanto, não se deve perder de vista que, de diferentes maneiras e/ou intensidades, essas agências contribuíram para uma reprodução e/ou contraposição a práticas assimilacionistas e tutelares na relação com os povos indígenas no Brasil.

observada entre os valores e práticas da tutela indígena e os da política diferenciada para a saúde indígena (TEIXEIRA e GARNELO, 2014, p.13).

Esses apontamentos das autoras assinalam para duas questões importantes para este trabalho:

Por um lado, a necessidade de se levar em consideração o processo político nacional de mais longa duração para investigar a realidade indígena no que concerne às ações contemporâneas em saúde; por outro, o entendimento acerca da imprescindível articulação entre os contextos da macropolítica e os da microsociologia das interações de poder no cotidiano de atenção à saúde indígena (TEIXEIRA e GARNELO, 2014, p.13).

A partir da Constituição de 1988, o respeito à diversidade passa a ser pautado pelo Estado brasileiro, provocando um recuo em sua postura integracionista em relação aos povos indígenas. As reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas vieram no bojo da reforma sanitária ocorrida no Brasil, tendo como um de seus produtos o Sistema Único de Saúde, o SUS (LANGDON, 2004). No entanto, aponta-se que a ideia de diversidade não foi completamente absorvida pelas políticas públicas que se seguiram, visto que, na prática, elas ainda não conseguem dar conta de toda uma diversidade existente no Brasil (BRASIL, 2013; FERREIRA, 2015). Segundo Coimbra Jr e Santos (2017):

Até o final da década de 1990, os serviços de saúde destinados ao atendimento dos povos indígenas eram geridos pela FUNAI. Em larga medida, baseavam-se em atuações eminentemente curativas. A continuidade da atenção básica à saúde nas áreas indígenas não ocorria de forma satisfatória. (...) A partir de 1999, a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde aos povos indígenas passou para a FUNASA, vinculada ao Ministério da Saúde, concretizando a implantação de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas e estruturado segundo divisão territorial em distritos (os chamados “Distritos Sanitários Especiais Indígenas” ou DSEIs), vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (COIMBRA JR e SANTOS, 2017).

Mesmo com estas iniciativas do Estado, Coimbra Jr e Santos (2000; 2017) também afirmam que ainda persistem disparidades entre a saúde dos indígenas e não indígenas. Em artigo escrito em 2000, Coimbra Jr e Santos afirmam que as populações indígenas passam por “uma invisibilidade demográfica e epidemiológica resultante da ausência de informações confiáveis nas bases de dados oficiais” (COIMBRA JR e SANTOS, 2000, p.25). A partir do momento em que dados sobre estas populações não são coletados de forma contínua e com a confiabilidade necessária, torna-se mais difícil estruturar e desenvolver políticas e ações em saúde que de fato atendam as necessidades destas populações; é um “ciclo vicioso”: populações que já se encontram em uma situação de vulnerabilidade são penalizadas uma segunda vez.

Neste ano de 2019, ainda que sob incertezas das propostas do atual governo, a estruturação e oferta de ações e serviços públicos de saúde para os povos indígenas no Brasil são regidos pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). Desde 1999, o SASI integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e, segundo a Lei 9.836 de 1999, os dois sistemas devem funcionar de forma integrada (BRASIL, 1999). Como disposto na Lei 9.836:

As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. (...) O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações (BRASIL, 1999).

Durante toda a execução desta pesquisa (de 2017 a final de 2018), coube à Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde, gerenciar este subsistema assim como os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas espalhados pelo território brasileiro (CARDOSO, 2015; FERREIRA, 2015).

É sabido que todo o planejamento, criação e implementação desse sistema de saúde voltado para a população indígena não se deu de forma linear ou homogênea; mas sim com várias e constantes idas e vindas, retrocessos e avanços. A antropóloga Marina D. Cardoso (2015) nos oferece uma detalhada recuperação histórica sobre a construção e estruturação destas políticas públicas direcionadas para os povos indígenas no Brasil tendo como marco histórico fundamental a Constituição de 1988.

Outros autores como Athias (2004), Ferreira (2015), Garnelo e Maquiné (2015), Langdon (2004) também se dedicaram a reflexões sobre estas políticas públicas traçando análises sobre a estruturação e financiamento do SASI-SUS, as relações entre medicinas indígenas e biomedicina e os desafios ao compreendermos estas questões a partir da perspectiva da Antropologia.

No Brasil, em decorrência de reivindicações do próprio movimento indígena, foi oficializada em 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o propósito de:

garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política. (BRASIL, 2002).

A PNASPI fez e ainda faz parte da estruturação do SASI e em seu texto está afirmado que o reconhecimento da diversidade cultural e social dos povos indígenas no Brasil é imprescindível para a execução de ações e projetos de saúde e também para a elaboração de

propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local (BRASIL, 2002). Nesse sentido, a PNASPI representou um avanço no processo de reconhecimento da diversidade de saberes e práticas de saúde desses povos. Ainda assim, infelizmente, são encontrados fortes entraves para que esta política seja colocada em prática em sua completude como, por exemplo, a dificuldade de se formar profissionais que sejam de fato preparados e dispostos a trabalhar em um contexto intercultural (ATHIAS e MACHADO, 2001; LANGDON, 2004; 2005).

Uma das diretrizes da PNASPI anuncia a articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde com o modelo biomédico (BRASIL, 2002), afirmando que as articulações com as medicinas indígenas devem ser estimuladas desde a capacitação de recursos humanos, assim como no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde e no planejamento de ações voltadas para a garantia de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002). É aqui que chego a um ponto importante para este trabalho: a proposta de articulação entre diferentes sistemas de saúde, no caso, as medicinas indígenas e a biomedicina a partir dos profissionais de saúde.

Segundo Menéndez (2003) e Langdon (2004), a articulação entre diferentes sistemas médicos não reside numa incorporação de medicinas indígenas aos serviços oficiais de saúde. A articulação residiria, sim, entre esses serviços de saúde e as práticas de auto-atenção<sup>7</sup> presentes em cada povo ou comunidade. Nas palavras de Langdon (2004): “a atual política de saúde indígena também declara que a atenção básica oferecida pelas unidades de saúde deve ser vista como complemento, e não como substituição das práticas tradicionais” (LANGDON, 2004, p.35). Ou seja, segundo a autora, aqui estaria explícita a preocupação na legislação brasileira “de aliar as práticas sanitárias oficiais” às medicinas indígenas.

Segundo Cardoso (2015), é nesta proposta de articulação entre sistemas de saúde que residiria a base para se pensar e executar uma atenção à saúde entendida como diferenciada. Nas palavras da autora: “essa articulação está sendo requerida, pois é o que garante a especificidade do Subsistema de Atenção à Saúde nÍndigena, outorgando-lhe a legitimidade necessária para se constituir como tal” (CARDOSO, 2015, p. 99).

---

<sup>7</sup> Definição de auto-atenção, nas palavras no próprio autor: “por autoatención nos referimos en este trabajo a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, 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 decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento em forma autónoma o relativamente autónoma. “ (MENENDÉZ, 2003, p.198).

Cardoso (2015) afirma, entretanto, que esta articulação infelizmente ainda não foi promovida, a não ser por alguns projetos e iniciativas localizadas. A autora aponta ainda que a proposta vem sendo “fonte de constantes controvérsias sobre o seu real significado e os desdobramentos subsequentes para a sua efetiva implantação no contexto do SUS” (CARDOSO, 2015, p. 96). No contexto alto-xinguano estudado pela autora, por exemplo, percebeu-se “uma resistência crítica e jocosa aos relatos de doença e morte por feitiçaria” (CARDOSO, 2015, p.97). Executar uma atenção à saúde dos povos indígenas diferenciada e, portanto, articulando diferentes sistemas médicos, continua sendo um dos grandes desafios quando discutimos o tema da saúde indígena no Brasil hoje.

Neste trabalho, a proposta de articulação da PNASPI se torna um dos dados fundamentais que ancoram a pesquisa e ao mesmo tempo serve de guia para o seu desenvolvimento. Não intenciono aqui construir uma atual avaliação da PNASPI e sua execução. O objetivo principal neste trabalho é poder analisar como os profissionais de saúde que atendem povos indígenas compreendem essas relações entre diferentes medicinas e sistemas médicos, tendo em vista que essa questão vem sendo posta como desafio e tarefa inconclusa por autoras como Cardoso (2015) e Ferreira (2015).

### 2.3 BIOMEDICINA E MEDICINAS INDÍGENAS: UMA COMPREENSÃO SOCIOCULTURAL

As interações e articulações entre as medicinas indígenas e a biomedicina, assim como entre povos indígenas e profissionais de saúde, não se deu a partir da criação do SASI ou da PNASPI e suas diretrizes; esse “encontro” entre diferentes medicinas e diferentes atores ocorreu desde os primeiros contatos entre colonizadores e povos indígenas no Brasil. Essas interações seguem se reconfigurando e são permeadas por relações históricas de poder, conflito, encontro e desencontro. Além disso, as interações entre as medicinas indígenas e o sistema oficial de saúde seguem existindo e se processando independentemente da “vontade” e/ou “aceitação” do modelo biomédico. (LANGDON, 2004, p. 43; DIEHL e RECH, 2004; FÓLLER, 2004). É importante se ter em vista que uma compreensão que polarize as relações entre as medicinas indígenas e biomedicina, por si só, não dá conta do entendimento sobre as diferentes dimensões em que os profissionais de saúde estão envolvidos em seu cotidiano de trabalho com povos indígenas.

Para tanto, é necessário que os estudos que envolvem saúde indígena não só enfatizem que a cultura é heterogênea, mas emergente e dinâmica, como demonstrem que o comportamento em relação à saúde e aos processos de doença e

cura não está ligado apenas aos conceitos locais, crenças, atitudes e valores, mas também às interações sociais que caracterizam o contexto interétnico, intercultural e intermédico (GREENE (1998) apud DIEHL e RECH, 2004, p. 164).

Na produção sobre saúde indígena no Brasil, diversos trabalhos se dedicaram e ainda se dedicam a conhecer as medicinas indígenas e suas compreensões sobre saúde, doença e cura; as relações que os próprios indígenas estabelecem entre suas práticas de saúde e as práticas biomédicas; às classificações e modelos etiológicos (BUCHILLET, 1991; LANGDON e GARNELO, 2004; FERREIRA e OSÓRIO, 2007; LANGDON e CARDOSO, 2015). Alguns trabalhos se dedicaram ao contexto de povos indígenas que vivem no Norte do Brasil (BUCHILLET, 1991), outros, em menos quantidade se dedicaram ao contexto de povos indígenas no Nordeste (SILVA, 2007; SOUZA, 2004).

No exercício antropológico de se compreender as narrativas e significados das medicinas indígenas, enquanto um conjunto de saberes que vem de um “Outro” (diferente e, talvez, distante de um “nós”), pode-se encontrar certa facilidade para uma consideração sobre fatores socioculturais imbrincados nelas. Este empenho em compreender dimensões socioculturais também deve ser empregado no estudo sobre a biomedicina, sobre o modelo biomédico. Nesse sentido, a biomedicina também pode ser colocada no centro do foco, tornando-se objeto de estudo (assim como as medicinas indígenas), objeto de estranhamento e conhecimento por parte dos antropólogos. Talvez assim se possa incitar a própria biomedicina, que por vezes ainda é encarada como parâmetro para se entender outras noções de saúde, a extrapolar sua compreensão estritamente biológica de algumas categorias (saúde, doença, corpo, cura) dando espaço a uma compressão que considere aspectos socioculturais.

Dessa forma, a partir de uma perspectiva antropológica, torna-se necessário ampliar e relativizar tanto o olhar sobre a biomedicina como também sobre as medicinas indígenas, entender como esses sistemas e compreensões sobre saúde se relacionam em campo e que desafios existem no momento em que se pensa e se tenta executar uma atenção à saúde dos povos indígenas que de fato atenda às necessidades e reivindicações desses povos.

#### 2.4 O MODELO BIOMÉDICO E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

Pode-se dizer que, no Brasil, no que se refere à atenção à saúde, “o modelo assistencial hegemônico no Brasil é o modelo biomédico. Neste, o agente de produção central é o médico; os instrumentos de trabalho são determinados pelo desenvolvimento tecnológico no campo da

medicina e da saúde; o objeto de trabalho é o corpo doente; e os saberes dominantes são os relacionados ao saber médico especializado” (PAIM (2003) apud SANTOS, 2012, p.63).

Segundo Paim (2012), não devemos entender modelo aqui como algo estático, “exemplar”, “único” (PAIM, 2012, p. 459). O autor critica a ideia de classificarmos os modelos de atenção à saúde no Brasil apenas como modelos “hospitalocêntricos”. Paim (2012) aprofunda a discussão. De modo a não perceber o conceito de modelo como uma categoria estática, o autor oferece grande contribuição para o debate quando lança o alerta de que esses modelos são traspassados por racionalidades que orientam as ações em saúde no Brasil: “são racionalidades diversas que informam as intervenções técnicas e sociais sobre as complexas necessidades humanas em saúde” (PAIM, 2012, p. 463).

O autor não usa especificamente o termo “biomedicina” ou “modelo biomédico” em seu texto, como o faz Santos (2012). No entanto, o modelo médico hegemônico, termo usado por Paim (2012) é sobremaneira influenciado pelo que se pode chamar de saber biomédico. Paim (2012), fazendo referência a Eduardo Menéndez, afirma que o modelo médico hegemônico apresentaria alguns traços fundamentais:

- 1) individualismo; 2) saúde/doença como mercadoria; 3) ênfase no biologismo; 4) ahistoricidade da prática médica; 5) medicalização dos problemas; 6) privilégio da medicina curativa; 7) estímulo ao consumismo médico; 8) participação passiva e subordinada dos consumidores (MENENDÉZ (1992) apud PAIM, 2012, p. 468).

Esse modelo é dito hegemônico no Brasil, segundo Paim (2012), justamente pela: “influência política e cultural exercida por esse modelo junto aos profissionais da saúde, à população e aos chamamos formadores de opinião no que diz respeito aos problemas de saúde”. (PAIM, 2012, p. 468). Segundo Paim (2012), o modelo médico hegemônico esteve em constante disputa com o modelo sanitarista e este último teve grande influência no Brasil principalmente nas formas de intervenção adotadas pela saúde pública convencional.

Durante todo o século XX, a saúde pública institucionalizada no Brasil, bastante influenciada pelos Estados Unidos, esteve centrada no saber biomédico. É nesse ponto que retomo a afirmação de Paim (2012) acerca das racionalidades que estarão permeando o modelo médico hegemônico. Tanto este saber biomédico como o modelo médico hegemônico referidos por Paim (2012) causam rebatimentos em toda construção e execução de ações em saúde pública no Brasil, na implementação do SUS e, conseqüentemente, na construção e efetivação de uma atenção à saúde voltada para os povos indígenas. O uso e distribuição de medicamentos entre populações indígenas pode elucidar um pouco a questão.

No Brasil, historicamente, através da distribuição e ou troca de medicamentos, a biomedicina ganhou espaço, poder e legitimidade entre os povos indígenas em contato permanente com a sociedade nacional (DIEHL e RECH, 2004). “As evidências, sejam elas registradas em relatos literários ou científicos, indicam que o processo de interação entre índios brasileiros e a sociedade não indígena envolveu (e ainda envolve) a oferta de medicamentos”. (DIEHL e RECH, 2004, p. 149). Segundo Langdon (2005), foi no período ainda quando a FUNAI era responsável pela saúde indígena, que a distribuição e uso de medicamentos enquanto representação da biomedicina se fortaleceu. Essa relação histórica de assistência à saúde, por vezes simbolizada pela distribuição e uso de medicamentos vindo do modelo biomédico têm reverberações até hoje ao refletirmos sobre as condições de saúde dos povos indígenas no Brasil.

Para Diehl e Grassi (2010), ainda hoje os medicamentos são fortemente demandados pelas populações indígenas:

Quer seja por fatores históricos (o contato entre os índios e os não-índios sempre foi marcado pelas “trocas”, entre elas de medicamentos a partir do século XX), por observarem sua eficácia, ou mesmo por estarem inseridos nos processos tradicionais de circulação e distribuição de recursos. Por outro lado, as intervenções biomédicas, para além do uso racional, utilizam exageradamente os medicamentos. (DIEHL e GRASSI, 2012, p.1550)

A construção e a execução de um modelo de atenção à saúde indígena no Brasil estão entrelaçadas na história política de construção de um modelo de saúde pública para o Brasil. Nesse sentido, é influenciada também pelo saber e modelo biomédico e isso traz implicações quando quero pensar aqui em uma atenção à saúde diferenciada e articulada como está posto na PNASPI.

Na PNASPI, afirma-se que “as formas convencionais de organização dos serviços” devem ser adequadas “às especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais” dos povos indígenas. (BRASIL, 2002, p.6). A referida “medicina ocidental”, como está posta na PNASPI, não deve substituir e sim se somar “ao acervo de terapias e outras práticas culturais, tradicionais ou não” (BRASIL, 2002, p.15) dos povos indígenas. No entanto, esta proposta da PNASPI em que a “medicina ocidental” (que estou chamando aqui de biomedicina) deve se somar as medicinas locais, vem encontrando entraves para a sua efetivação na prática cotidiana dos profissionais de saúde aos povos indígenas (CARDOSO, 2015). Como dito anteriormente, um dos pontos ou nós críticos se dá, por exemplo, na própria formação dos profissionais de saúde que decidem atuar na atenção à saúde indígena.

“Afinal, como se aprende a trabalhar com índios?” (SOUZA LIMA, 2014, p. 27). Segundo Souza Lima (2014), são recorrentes os relatos de profissionais que se queixam da ausência de formação específica para atuarem com povos indígenas. Entretanto, o autor observa que esses mesmos profissionais continuariam a reproduzir e atualizar certas práticas de tutela nas relações com as coletividades indígenas. Nas palavras do autor:

Uma das queixas mais persistentes dos agentes de saúde indígena é a falta de capacitação, melhor dizendo, a ausência de uma formação que os tivesse preparado para trabalhar com coletividades indígenas. Então como o fazem? E como o fazem de modo tão próximo ao dos chamados técnicos em indigenismo da FUNAI? (SOUZA LIMA, 2014, p. 51).

A partir desses questionamentos o autor não oferece respostas simples, nem soluções. Ele leva o leitor a refletir e aprofundar o olhar sobre o histórico de relações que o Estado foi construindo com os povos indígenas; sobre como esses profissionais que não recebem uma formação específica tendem a repetir, por exemplo, de forma atualizada, um repertório colonial de relação tutelar com os povos indígenas.

Segundo Langdon (2004), durante o processo formativo (acadêmico e profissional), os profissionais de saúde não são capacitados para conhecer e lidar com outras culturas (LANGDON, 2004), com outras maneiras de se compreender os processos de saúde e doença. Suas formações, de modo geral, são baseadas estritamente no modelo biomédico.

A formação dos profissionais de saúde no país está voltada prioritariamente para a intervenção e atendimento individual da demanda espontânea, pautado pela ética profissional, o que os responsabiliza pela luta na preservação da vida. Muitas vezes, isso dificulta a percepção mais ampla da necessidade de participação do grupo social nos aspectos inerentes à atenção a saúde. Neste sentido, existe uma prática de organização de serviços de saúde que relega ao segundo plano a participação social, perdendo-se assim a oportunidade de diálogo, por exemplo, entre a prática médica ocidental e a medicina tradicional, a qual pode contribuir para o desenvolvimento de um sistema local de saúde adequado à realidade dos povos indígenas. (ATHIAS e MACHADO, 2001, p. 429).

Para Athias e Machado (2001), os profissionais de saúde teriam resistências em aceitar ou colocar em prática outros modelos que fugissem àqueles já preconizados de assistência à saúde.

Essa dificuldade é resultado de uma lacuna em seu processo de formação acadêmica pela não inclusão de disciplinas relativas às Ciências Sociais e à Antropologia da Saúde nos currículos. A concepção de saúde e doença existente entre os povos indígenas interfere no modelo de assistência já preconizado, e os profissionais de saúde, pela falta de conhecimento mais aprofundado dessas concepções, encontram dificuldade em adaptar tais modelos, provocando assim dificuldades na organização dos serviços de saúde (ATHIAS e MACHADO, 2001, p. 429).

Não se trata aqui, como afirma Dias da Silva (2014) de “classificar” os profissionais como “pessoas insensíveis” a outras culturas e conseqüentemente a outras medicinas e formas

de se compreender os processos de saúde e doença. Isso enfraqueceria o debate aqui proposto. Trata-se de considerar que, em suas próprias formações profissionais, não se faz regra o aprendizado sobre outros “modelos”, outras formas de se entender concepções de morte, vida, saúde, doença. Essa ausência do tema em suas formações pode trazer implicações para a ponta do serviço de atenção à saúde indígena no Brasil.

Ao iniciarem o trabalho em áreas indígenas, via de regra, esses profissionais se deparam com contextos e situações absolutamente novas a eles. Faz-se necessário que os profissionais de saúde, para além da competência clínica que aprendem nas faculdades, desenvolvam também uma “competência cultural” (KLEINMAN et al. (1978) apud LANGDON, 2005, p. 129). O exercício da escuta passa a ser fundamental, no entanto, não é tema apreendido nas formações acadêmicas baseadas em um modelo biomédico de saúde.

É necessário que o profissional ouça o paciente, permitindo que o paciente fale sobre sua experiência, expressando nas suas palavras o que está acontecendo e como ele está percebendo isso. (...) o método antropológico no atendimento clínico implica uma postura de ouvir, aprendendo com as narrativas dos pacientes. (LANGDON, 2005, p.129).

No entanto, também deve ser pontuado que: por mais que o exercício da escuta ou de uma “competência cultural” seja fundamental para a atuação dos profissionais em contextos indígenas (LANGDON, 2005), como de fato colocá-los em prática no cotidiano desses profissionais? Como um exercício de reflexividade se dá nesse contexto? Onde residiriam os limites e zonas de opacidade na compreensão dos profissionais de saúde a respeito das medicinas indígenas e da biomedicina?

Não se deve perder de vista ainda que, na conjuntura social contemporânea brasileira, o trabalho em saúde vem se configurando cada vez mais precarizado e flexibilizado (SANTOS, 2012).

A própria estruturação do SUS, ocorrida num contexto histórico em que, no país, o neoliberalismo se tornou cada vez importante nas decisões governamentais (tanto no que diz respeito à amplitude de atuação do Estado quanto no que tange à natureza de atuação estatal), resultou em diferentes tipos de tensionamento relacionados ao financiamento do sistema de saúde, aos compromissos das diferentes escalas governamentais, à organização (racionalização versus autonomia) do trabalho (FISCHBORN e CADONÁ, 2018, p. 226).

Para Fischborn e Cadoná (2018), os espaços concretos de trabalho em saúde passam a se tornar lugares de constantes tensões e contradições para os trabalhadores/ profissionais de saúde.

Se, por um lado, os trabalhadores se veem inseridos em dinâmicas de democratização das políticas e de ações legalizadas pelas políticas públicas, numa conformação normatizada de trabalhar, sendo vistos por alguns autores como

“agentes de mudança”, por outro, convivem com a lógica de mercado que prioriza o lucro, introduz a visão econômica e administrativa ao trabalho em saúde, precariza as relações de trabalho e restringe o financiamento em saúde (FISCHBORN e CADONÁ, 2018, p. 229-230).

No cotidiano dos profissionais de saúde indígena, ao mesmo tempo em que o SASI e a PNASPI reafirmam a imprescindibilidade da articulação entre diferentes medicinas e sistemas médicos, na prática, de forma tensionada, esses profissionais (mas não apenas eles, e sim todos os profissionais de saúde no Brasil), estão inseridos:

Em um contexto de políticas de gestão centradas nos princípios da racionalização, da diminuição dos custos, de afirmação de padrões de qualidade que quantificam as relações, de incentivo à eficiência, à competitividade e ao individualismo. (FISCHBORN e CADONÁ, 2018, p. 229-230).

Para Santos (2012), o foco do modelo biomédico se volta para os aspectos técnicos do trabalho em detrimento dos aspectos políticos. No Brasil, no cenário político, econômico e social de onde emergiu o SUS, havia-se a forte defesa de uma “desmercantilização da saúde” (PEREIRA, 2008). No entanto, ao passo que políticas neoliberais vão ganhando cada vez mais força, cresce também a rede privada de saúde. Com isso, a lógica de um modelo biomédico pautada em custo/benefício e custo/efetividade, além de dominar o setor privado passa a ganhar espaço também na organização do sistema público de saúde (PEREIRA, 2008). Como afirmaram Fischborn e Cadoná (2018) anteriormente, o neoliberalismo passa a ser cada vez mais importante nas decisões governamentais no que se refere, entre outros âmbitos, à saúde.

O fato do modelo biomédico precarizar e flexibilizar as relações de trabalho dos profissionais de saúde traz implicações para o cotidiano de ações e atividades dos profissionais que atendem as populações indígenas. As possibilidades de esses profissionais refletirem, sentirem e estarem dispostos a escutar o Outro também são influenciadas por esse contexto em que o trabalho em saúde se insere no Brasil.

Entender essas nuances e conteúdos históricos de um modelo de atenção à saúde dos povos indígenas é parte fundamental para a construção deste trabalho. Essas considerações são de cunho macrossocial, mas irão permitir, ao longo do desenvolvimento deste trabalho e a subsequente análise de dados, um olhar mais aguçado sobre a complexidade de informações obtidas em campo. A fim de garantir uma compreensão sobre o objeto de pesquisa aqui estudado que de fato problematize as experiências dos profissionais de saúde, no tópico a seguir, reúno considerações a respeito do conceito de intermedicalidade (FÓLLER, 2004).

## 2.5 INTERMEDICALIDADE COMO CATEGORIA ANALÍTICA

Como afirmei em tópicos anteriores, a formação e execução das políticas públicas voltadas para os povos indígenas implicaram e ainda implicam no encontro entre profissionais de saúde e povos indígenas; no encontro e interação entre diferentes medicinas. Visto isso, torna-se importante para o desenvolvimento deste trabalho, ao debruçar-me sobre os dados analisados, considerar o histórico de políticas e relações que foram se dando na construção de ações de políticas de saúde voltada para as populações indígenas. Essas considerações fornecerão um subsídio para se perceber e analisar limites e possibilidades de uma articulação entre medicinas indígenas e biomedicina a partir da compreensão dos profissionais de saúde que atendem povos indígenas.

Segundo, Maj-Lis Fóller (2004), as relações entre a biomedicina e as medicinas indígenas não estão livres de relações de conflito, poder, desafios, equívocos entre os diversos sujeitos envolvidos. Nesses encontros entre profissionais de saúde e indígenas são criadas “zonas de contato” entre a biomedicina e as medicinas indígenas. As “zonas de contato” seriam os “encontros coloniais entre povos que estavam separados histórica e geograficamente e passam a se relacionar de forma contínua, numa interação que envolve coação, conflitos intratáveis e desigualdade radical” (FÓLLER, 2004, p.132).

Tanto na prática como na teoria, há sobreposição mútua dos conhecimentos médicos construídos nas variadas tradições, embora permaneçam limites e distinções, uma vez que cada corpo de conhecimentos se origina de um discurso diferente. Esses sistemas de conhecimento podem se adaptar mutuamente, competir ou interagir de várias formas – em dependência das estruturas de poder e resistência em jogo, resultando em um processo de reconstrução de conhecimentos. Há um fluxo de conhecimento entre os discursos biomédicos e etnomédicos. A intermedicalidade significa que existe um elo pelo menos entre dois discursos de conhecimento. (FÓLLER, 2004, p. 143).

O conceito de intermedicalidade, citado por Fóller (2004) no trecho acima, é trazido para este trabalho como uma categoria analítica e esteve presente nos estudos de planejamento desta pesquisa, ganhando novo fôlego a partir da geração dos dados em campo que será apresentada nos próximos capítulos.

Shane Greene (1998) foi quem primeiro utilizou o conceito de intermedicalidade e Fóller (2004) o retoma para analisar o que ela chamou de “encontro colonial” entre diferentes atores na Amazônia (antropólogos, médicos e ONGs de saúde). A autora se debruçou em dados de trabalho de campo realizado entre os Shipibo-Conibo, na Amazônia peruana, entre os anos de 1985 e 1996. Para fundamentar o conceito de intermedicalidade, Fóller (2004) se deteve especificamente ao encontro entre os Shipibo-Conibo e os Médicos Sem Fronteiras,

percebendo-o como uma zona de contato e buscando compreender como os próprios indígenas interagem com as diferentes medicinas e escolhem os caminhos para lidar com as situações de saúde, doença, morte (FÓLLER, 2004).

O conceito dialoga muito bem com uma compreensão de base antropológica a respeito do tema da saúde indígena e sua dinamicidade. Afirmando isso, pois ele permite entender o campo de pesquisa aqui estudado de forma plural e em constante movimento; ao contrário de uma compreensão dicotomizada: profissional de saúde X indígenas; biomedicina X medicinas indígenas; indígenas X não-indígenas.

Para este trabalho, compreender os contextos de intermedicalidade reitera a perspectiva da saúde e doenças entendidas como um processo. Nesse sentido, as interações entre biomedicina e medicinas indígenas não são entendidas aqui como algo estático ou restrito, portanto, a certos espaços, ou a certos profissionais, ou a certos sujeitos. Mesmo não perdendo de vista que essas interações estão entrecruzadas por questões de poder, conflito, confronto e oposições entre a biomedicina e as medicinas indígenas, elas possuem dinamicidade nas relações que estabelecem. Como afirmado anteriormente, tanto a biomedicina como as medicinas indígenas devem ser entendidas a partir de seus contextos socioculturais.

Além de Fóller (2004), pesquisadoras brasileiras também utilizaram a categoria intermedicalidade para uma compreensão sobre seus campos de pesquisa. Refiro-me aqui aos trabalhos de Cristina Dias da Silva (2010, 2014) sobre profissionais de saúde e os indígenas Munduruku; Georgia Silva (2007) em trabalho sobre o povo Atikum; e Vieira, Oliveira e Neves (2013) em trabalho sobre o povo Truká. Com exceção dos trabalhos de Dias da Silva (2010; 2014) com enfoque mais específico sobre experiências de enfermeiras, os demais trabalhos tiveram como fio condutor a reflexão sobre como esses contextos de intermedicalidade são criados e protagonizados pelos povos indígenas.

Como já explicitado, nesta dissertação o enfoque é dado para as experiências de profissionais de saúde (indígenas ou não) que atuam no atendimento a populações indígenas. Para Dias da Silva (2014, 2010) muito dos casos vividos durante o trabalho de campo, realizado por ocasião da sua tese de doutorado (DIAS DA SILVA, 2010), “revelaram uma pluralidade de ideias e valores na atuação dos profissionais da biomedicina” (DIAS DA SILVA, 2014, p. 181). Essa pluralidade de casos vividos em campo também se torna alvo de atenção deste trabalho. A categoria analítica de intermedicalidade contribui justamente para aprofundar o olhar sobre o campo e, conseqüentemente, as reflexões elaboradas sobre as

experiências cotidianas dos profissionais de saúde na assistência prestada aos povos indígenas em Pernambuco.

Se por um lado proponho-me a lançar um olhar antropológico para as experiências cotidianas dos profissionais de saúde, por outro me afasto de uma visão generalista sobre essas experiências. As experiências etnográficas, entrevistas e observações que pude realizar em campo me direcionam a encarar o cotidiano e ações dos profissionais de saúde de forma a percebê-las como dados ricos em pluralidade e complexidade. Essas experiências e situações etnográficas não são homogêneas ou passíveis de serem colocadas em “caixinhas fechadas” de classificação ou modelos. A ideia aqui não é avaliar ou enclausurar os profissionais de saúde como sensíveis, ou insensíveis, reprodutores de relações tutelares ou não. Quero analisar como eles compreendem as relações entre diferentes medicinas e como isso está implicado na sua prática profissional e experiência pessoal cotidiana.

### 3 AS ESCOLHAS METODOLÓGICAS E OS PERCURSOS DO TRABALHO DE CAMPO

Como anunciado no título deste capítulo, reúno aqui as escolhas metodológicas e os percursos do trabalho de campo. Essas escolhas e percursos estão conectados às experiências que tive antes e durante o curso de mestrado e elaboração desta dissertação. Compartilho os caminhos metodológicos que construí para a pesquisa não apenas com uma ideia de revelar bastidores do trabalho de campo, mas principalmente com a intenção de fundamentar o olhar que lancei para o campo e para o desenvolvimento de todas as etapas da pesquisa.

#### 3.1 A APROXIMAÇÃO COM O TEMA DA PESQUISA

O pesquisador já está em campo desde que define seu tema: entra em contato com pessoas que farão parte do seu campo, ou que lhe facilitarão o ingresso nele, lê descrições que outros fizeram desse campo e se introduz nele com a imaginação, etc. (SAEZ, 2013, p. 167).

Considerando que o pesquisador, ao definir seu tema de pesquisa, já se encontra em campo, recupero neste primeiro tópico minha experiência de trabalho com profissionais de saúde que prestam atendimento aos povos indígenas no Nordeste. A ideia é poder fazer um exercício de memória, uma “etnografia da memória” de modo a reconhecer e conferir mérito às experiências de trabalho que executei no passado e que permaneceram como guia para parte da execução desta pesquisa de mestrado.

Durante os anos de 2015 e 2016 trabalhei como cientista social no Projeto de Telessaúde para Saúde Indígena no Nordeste, desenvolvido pelo Núcleo de Telessaúde do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (NTES-IMIP), umas das conveniadas da SESAI e MS para administrar parte dos recursos humanos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs<sup>8</sup>) do Nordeste. Este projeto tinha por objetivo conectar, via plataforma online, profissionais de saúde das EMSI com profissionais (médicos, enfermeiros, odontólogos, farmacêuticos, assistentes sociais etc.) especialistas do IMIP. Esse diálogo via plataforma online, visava sanar parte das dificuldades que esses profissionais (que trabalham em área indígena) enfrentam para ter acesso a opiniões de especialistas sobre alguns casos clínicos ou dúvidas do cotidiano de trabalho.

---

<sup>8</sup> Ilustração da Organização do DSEI e do Modelo Assistencial está disponível no Anexo A.

Por trabalhar neste projeto pude conhecer profissionais e visitar diversos polos base e postos de saúde que atendem as populações indígenas do Nordeste. Visitamos polos base no Maranhão, Ceará, Alagoas, Sergipe, Paraíba e Pernambuco. Fazíamos visitas periódicas principalmente às sedes de cada um destes DSEIS no Nordeste e seus respectivos polos base e postos de saúde. De modo geral, nosso objetivo nessas visitas era fornecer treinamento para os diversos profissionais de saúde das EMSI a fim de que pudessem usufruir da Plataforma de Telessaúde que dispúnhamos.

À época, meu contato enquanto integrante do projeto se dava principalmente com os profissionais de saúde vinculados aos vários postos de saúde em área indígena (eram profissionais indígenas e não indígenas). Durante estas visitas aos polos base e aos postos de saúde, pude conhecer e observar um pouco como se davam seus funcionamentos. As experiências, as pessoas e as situações que pude conhecer foram as mais diversas possíveis: interações entre profissionais de saúde e população indígena atendida; profissionais que trabalhavam há mais de 10 anos em área indígena; profissionais que se dedicavam assiduamente a conhecer a cultura da comunidade local; longas horas de avião e ou de carro para chegar a cada um dos postos de saúde; postos de saúde bem ou pouco estruturados; profissionais recém-chegados em área que comentavam não possuírem conhecimento sobre povos indígenas no Brasil antes de ter o contato com profissão; alguns desafios e limitações próprios do cotidiano de atendimento em área indígena.

Não tenho dúvidas de que esta experiência se tornou fundamental para eu acessar minimamente e ter os primeiros olhares sobre o cotidiano e desafios em diferentes esferas no que diz respeito ao serviço de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil, mais especificamente, no Nordeste. As primeiras inquietações, perguntas e curiosidades como pesquisadora foram nascendo desse período e durante o mestrado foram sendo lapidadas, transformadas e inspirando os objetivos que defini para esta pesquisa. Como está dito na citação que dá início a este capítulo, estamos em campo desde que “adentramos” ao universo de nossa pesquisa e decidimos o que iremos pesquisar. Considero que o trabalho e vivência no Projeto de Telessaúde foram um primeiro e inicial mapeamento de campo; foram um espaço e momento de vida que abriram portas, contatos, conhecimento, *know-how*.

Essa experiência me ensinou um pouco sobre “o caminho das pedras”, permitiu que eu lapidasse minha forma de falar com os profissionais, a desenvoltura em viajar, o conhecimento sobre os trâmites ou passos burocráticos para estar nesses ambientes institucionais de serviços de saúde. Conheci profissionais de saúde de quase todo o Nordeste e suas experiências e pude trocar alguns contatos.

Moro atualmente em Recife e, devido à proximidade geográfica, tive contato de forma mais frequente com os profissionais e os postos de saúde que pertencem ao DSEI-PE. Encaro que o contato em parte já construído com os profissionais de saúde do DSEI-PE facilitou minha inserção e acesso a alguns desses profissionais. Diante dessa questão, no decorrer de toda a pesquisa, passou a ser inevitável problematizar como a minha inserção como pesquisadora e ex-funcionária do NTES-IMIP pôde interferir no desenvolvimento do trabalho, visto que eu já havia estabelecido contatos prévios com alguns sujeitos. Percebi-me num exercício constante de ter que estranhar o familiar, familiarizar o estranho (DAMATTA, 1978) e ainda o efeito reverso de ser compreendida e estranhada em campo pelos interlocutores.

O que é importante destacar aqui é que utilizei todo esse repertório e conhecimento para “entrar” novamente em campo quando me ausentei do Projeto de Telessaúde em seu início ao mestrado em antropologia. De certa forma, em minha nova entrada em campo, tentei despir-me do ex-cargo profissional, no entanto, ao longo de todo o trabalho de campo, percebi que esse foi um caminho tortuoso e não se deu por completo. Assumo que esse foi um dos desafios constantes e isso será aprofundado ainda neste capítulo.

### 3.2 A OPORTUNIDADE E DECISÃO DE IR MORAR NA CIDADE DE FLORESTA – PE

A partir desta experiência pessoal com o campo e do aprofundamento das leituras e referenciais que apresentei no primeiro capítulo defini como objetivo geral desta dissertação: analisar como profissionais de saúde que atendem povos indígenas em Pernambuco compreendem as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina. Como objetivos específicos, defini: a) Identificar o que os profissionais entendem por biomedicina e medicinas indígenas; b) Explicar como os profissionais relacionam diferentes medicinas no atendimento cotidiano aos povos indígenas; c) Compreender como os profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde-doença a partir do trabalho em contextos indígenas.

Para dar prosseguimento à pesquisa e à concretização do trabalho de campo, adiciono aqui outra experiência e escolha que também se tornaram fundamentais para esta pesquisa: a oportunidade e decisão de ir morar durante três meses no município de Floresta, sertão de Pernambuco.

Através de minha participação no grupo de pesquisa Laboratório de Estudos sobre Ação Coletiva e Cultura (LACC)<sup>9</sup> e no Projeto “Conflitos Sociais e Desenvolvimento Sustentável no Brasil Central”<sup>10</sup> configurou-se a possibilidade de residir na referida cidade junto com outro colega também mestrando em antropologia e integrante do LACC. A casa em Floresta serviu como nosso ponto de apoio para desenvolver as atividades do projeto Brasil Central, passando a ser também meu ponto de apoio devido à proximidade geográfica com alguns polos base da região do sertão pernambucano. Como o mapa abaixo permite visualizar, Floresta é um município com localização central para acessar pelo menos 7<sup>11</sup> dos 14 polos base do DSEI-PE. As distâncias variavam 45 km a 130 km de Floresta para os polos base mais próximos, excetuando-se os polos base de Xuruku do Ororubá, Xukuru de Cimbres, Kapinawá e Fulni-Ô. Ver Figura 1 na página a seguir:

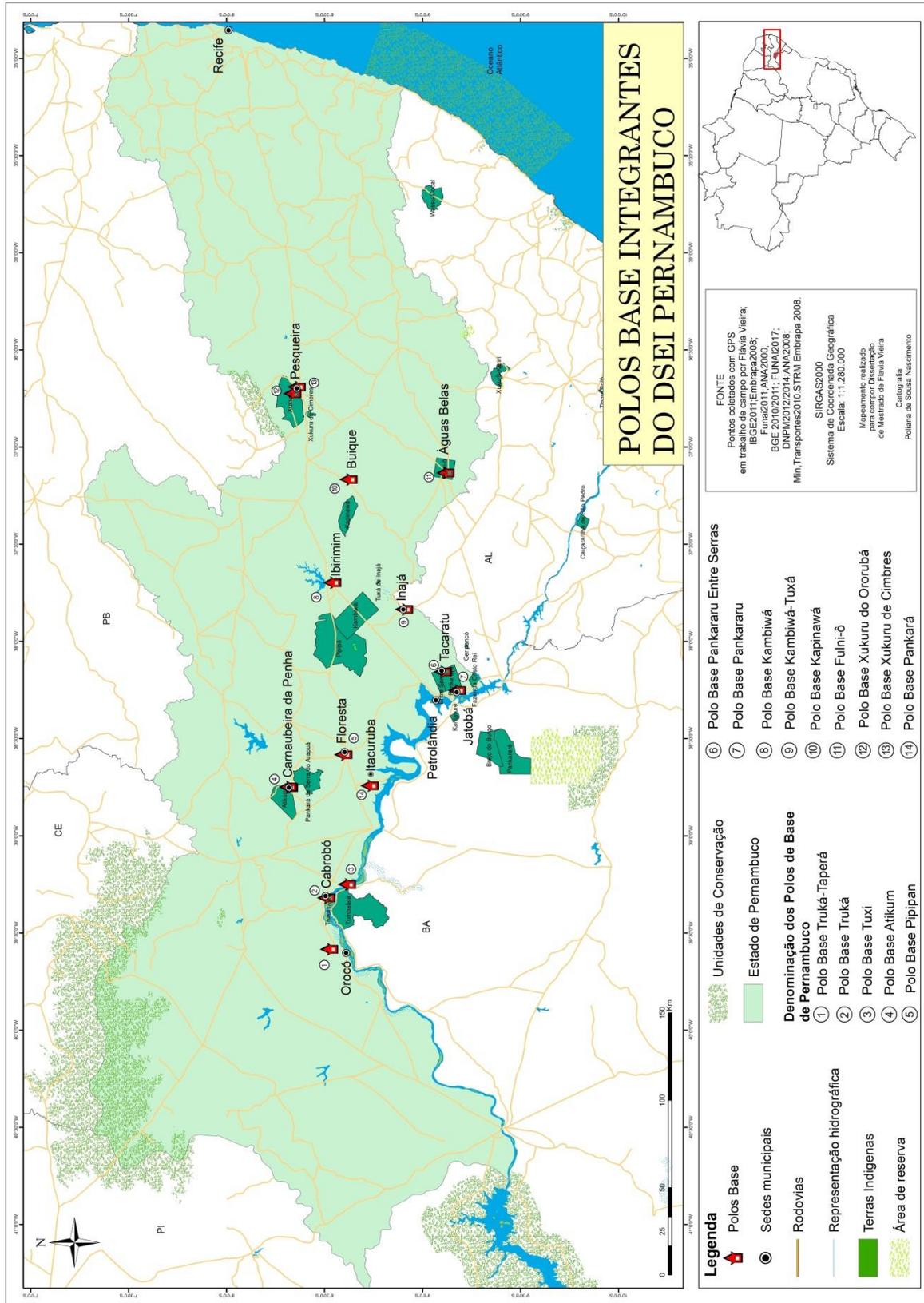
---

<sup>9</sup> O Laboratório de Estudos sobre Ação Coletiva e Cultura (LACC) é vinculado a Universidade de Pernambuco (UPE), coordenado pelos professores doutores Erisvélton Sávio Silva de Melo e Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza. Este grupo de pesquisa está cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

<sup>10</sup> O Projeto “Conflitos Sociais e Desenvolvimento Sustentável no Brasil Central” é uma parceria composta por associações de povos e comunidades tradicionais e de pesquisadores acadêmicos de 11 (onze) universidades de todo o Brasil, entre elas a UPE. O trabalho de pesquisa proposto consiste em mapear e analisar os efeitos das políticas governamentais e das agroestratégias, elaboradas por conglomerados econômicos voltados para a produção de *commodities* agrícolas, destinadas principalmente ao mercado internacional, sobre os povos e comunidades tradicionais. A abrangência da área de alcance destas políticas focalizadas compreende regiões designadas como “cerrado” e “caatinga”, consoante critérios de bioma; “semiárido”, de acordo com critérios climáticos, ou “sertão”, conforme critérios geográficos e de planejamento regional, que compõem uma grande região definida para efeitos desta investigação científica como “Brasil Central”. Esta grande região abrange partes dos estados do Maranhão, Tocantins, Piauí, Bahia, Mato Grosso e Pernambuco, bem como o Norte de Minas Gerais e o Sul do Pará. O município de Floresta, localizado no sertão pernambucano, foi escolhido como nosso local-sede para desenvolver o trabalho de campo que nos compete enquanto LACC.

<sup>11</sup> Refiro-me aqui aos polos base: Atikum, Pankará, Pankararu Entre Serras, Pankararu, Kambiwá, Kambiwá Tuxá e Truká.

Mapa 1 – Polos base integrantes do DSEI Pernambuco



Cheguei em Floresta na primeira semana de junho de 2018 e permaneci até a última semana de agosto. Nesse período de três meses retornei uma vez para Recife a fim de executar parte de meu trabalho de campo na capital: ida ao DSEI-PE, SINDCOPSI<sup>12</sup> e reunião de orientação. A parceria com o LACC e com o Projeto “Conflitos Sociais e Desenvolvimento Sustentável no Brasil Central” permitiu a pesquisa uma maior estrutura e apoio financeiro para executar o trabalho de campo. Desenvolvi sozinha o trabalho de campo e a análise de dados desta dissertação, no entanto, através da proximidade com a equipe pude compartilhar reflexões, inquietações, tomadas de decisão sobre as melhores estratégias de estar em campo, indicações de leituras.

O contato e aprendizado que tive com toda a equipe fizeram com que eu potencializasse em meu trabalho o uso de mapas como um recurso etnográfico. Passei a ir a campo sempre com aparelho GPS (Global Position System) para marcar os pontos onde realizava campo e os trajetos que percorria durante o dia com as equipes de saúde. Os mapas que apresentarei aqui são todos frutos de um trabalho desenvolvido em conjunto com a equipe deste projeto. Estes mapas me ajudaram a “enxergar” e fazer registros sobre o campo: para onde ir primeiro, como traçar contatos com pessoas e com as instituições. Pode-se dizer que desde os trabalhos de campo de Malinowski, os mapas passaram a integrar os trabalhos etnográficos e recebe destaques nas etnografias (WAGNER, 2013). Nesse sentido, faço questão de reiterar que a apresentação dos mapas aqui não se dá como mera ilustração. Os mapas foram parte de meu próprio cotidiano de pesquisa etnográfica, de planejamento e execução de minhas atividades.

### 3.3 DEFININDO O UNIVERSO DA PESQUISA E EXECUÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

Com base nas orientações de Victora, Knauth e Hassen (2000) e Gaskell (2002) sobre pesquisa qualitativa, defini que o universo da pesquisa seria os profissionais de saúde que atendem os povos indígenas em Pernambuco. Estes foram os principais interlocutores e sujeitos durante todo o trabalho de campo. Optei por fazer uma amostra desse universo composta por profissionais de saúde que atuassem nas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) do DSEI-PE. Essa escolha ocorreu principalmente devido ao fato de que são estes profissionais que estão cotidianamente

---

<sup>12</sup> Sindicato dos Profissionais e Trabalhadores da Saúde Indígena – SINDCOPSI.

prestando atendimento aos povos indígenas em Pernambuco (tanto nos postos de saúde voltados para essa população como em visitas domiciliares na área indígena).

Destaco ainda que, dentre estes profissionais que atendem as populações indígenas haverá pessoas indígenas e não indígenas, o que ofereceu mais elementos para aprofundar a compreensão sobre as experiências dos profissionais de saúde a partir da categoria de intermedicalidade (FÓLLER, 2004). Segundo dados do próprio DSEI-PE, 83,85% de seus trabalhadores são indígenas. E de acordo com PNASPI, por exemplo, os cargos de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) deverão ser compostos por indígenas (BRASIL, 2002).

No decorrer do trabalho de campo, as interlocuções realizadas se expandiram em relação a diferentes categorias de profissionais. Pude conhecer e conversar (e em alguns casos entrevistar) pessoas do administrativo, área técnica de saúde mental, área técnica de saúde da mulher, área técnica de saúde da criança, antropólogo, motoristas, presidente do SINDCOPSI, lideranças dos povos indígenas e também indígenas que frequentavam os postos de saúde. Apesar do foco específico da pesquisa ter sido conhecer e compreender as experiências dos profissionais das EMSIs, as interlocuções que construí com os demais profissionais do DSEI-PE foram fundamentais para a compreensão do contexto espaço-temporal em que a pesquisa se delineou.

Para um melhor entendimento a respeito do dia a dia do trabalho de campo e da forma como o trabalho etnográfico foi pautado, faz-se necessário explicar também como se situa o DSEI-PE perante as instituições de saúde em âmbito nacional.

O DSEI-PE<sup>13</sup> (assim como os demais 33 DSEIs espalhados pelo território brasileiro) é uma “unidade gestora descentralizada do SASI-SUS, responsável pela execução de ações de atenção à saúde nas aldeias e de saneamento ambiental e edificações de saúde indígena”. (BRASIL, 2011). De acordo com o modelo implantado pelo SASI-SUS, existem em áreas indígenas postos de saúde e polos base (unidades administrativas e/ou assistenciais) onde ficam lotadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (BRASIL, 2002). No caso do DSEI-PE contam-se atualmente com 14 polos base localizados em diferentes cidades do estado de Pernambuco. Cada polo base é responsável por determinado número de postos de saúde que ficam lotados em área indígena (BRASIL, 2002).

As EMSIs atuam tanto nos postos de saúde como em visitas domiciliares nas aldeias e são compostas por diferentes categorias de profissionais de saúde: médicos, odontólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) (BRASIL, 2002).

---

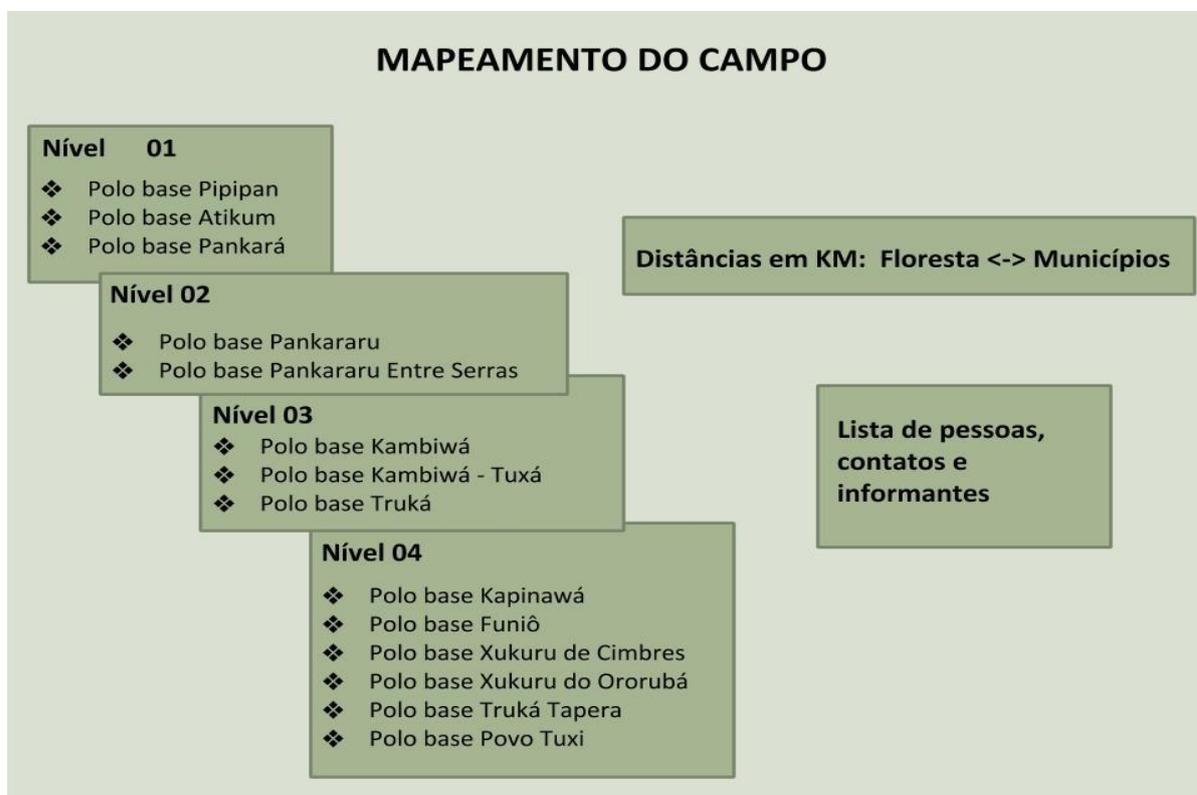
<sup>13</sup> Ilustração da Organização do DSEI e do Modelo Assistencial está disponível no Anexo A.

As Casas de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) são sediadas em áreas estratégicas junto à localização dos DSEIs ou em outros centros urbanos de referência para receber pacientes indígenas encaminhados para exames e tratamentos de casos de média e alta complexidade. (CARDOSO, 2015, p.87; BRASIL, 2002)<sup>14</sup>.

Para dar prosseguimento à pesquisa, durante o primeiro semestre de 2018, apresentei o projeto ao Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e passei pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP UPFE). Com as autorizações em mãos, segui para o trabalho de campo em Floresta-PE.

Cheguei na cidade em junho de 2018. O primeiro passo dado foi construir um quadro esquemático<sup>15</sup> com as distâncias (em quilômetros) entre Floresta e os polos base que pretendia ir; elaborar uma lista com os interlocutores que deveria entrar em contato para a pesquisa; endereços; telefones; contatos; como chegar em cada polo base; tempo de deslocamento estimado. A partir disso, tracei a estratégia de “entrar” em campo. Elaborei níveis de prioridade e facilidade para a realização do trabalho de campo junto aos polos, postos e EMSIs.

Quadro 1 - Quadro esquemático do Mapeamento do campo



<sup>14</sup> No período de execução da pesquisa foi esta estrutura institucional descrita acima que organizou a atenção à saúde indígena no Brasil. Neste ano de 2019, até o momento em que esta dissertação foi concluída, permanecem incertezas sobre a continuidade desse modelo de atenção.

<sup>15</sup> O Quadro 1 - “Quadro esquemático do Mapeamento do campo” é uma reprodução do original feito à mão por mim em cartolina e lápis hidrocor.

A princípio, o planejamento era deslocar-me a todos os polos base elencados nos níveis 1, 2 3 e 4. No entanto, optei por aprofundar o trabalho de campo em polos base e postos de saúde que: 1) eram mais próximos geograficamente de Floresta-PE e, 2) consegui, com mais facilidade, contato e vínculo com os profissionais de saúde. Desse modo, especificamente para a pesquisa, percorri os polos base dos níveis 1 e 2, com exceção do polo base Atikum. No entanto, em eventos<sup>16</sup> organizados pelos DSEI-PE pude conhecer, conversar e entrevistar profissionais dos polos base elencados nos níveis 3 e 4.

Por e-mail, entrei em contato com os enfermeiros de polo<sup>17</sup> dos 14 polos base do DSEI-PE. Conforme obtive retorno, agendei visita a estes polos e a partir disso iniciei uma aproximação cada vez maior com o campo de pesquisa almejado de modo que me possibilitou entrar contato com os profissionais e realizar as visitas aos polos e postos e acompanhamentos das equipes. Durante os três meses residindo em Floresta-PE, consegui visitar e acompanhar EMSIs dos polos base: Pipipan, Pankararu, Pankararu Entre Serras<sup>18</sup>, e Pankará.

É importante explicitar que todo esse processo de articulação e contato com os profissionais e posteriores visitas aos polos e postos não se deu de forma linear ou “homogênea”. Organizei sim um planejamento bem amarrado, mas o campo também seguiu “falando” e reorganizando tempos e prioridades. Em todos esses contatos, agendamentos e visitas ocorreram idas e vindas. Registrei em meus cadernos, diários de campo e calendários todas essas mudanças e reconfigurações do trabalho de campo. Para exemplificar, a seguir, trecho de meu diário de campo:

Já antes de sair de casa eu já havia refletido que, metodologicamente, eu daria uma freada nas entrevistas e iria acompanhar (palavra central) as equipes. Esta porta está sendo aberta e eu devo fazer isso para conseguir profundidade em meu trabalho/pesquisa. (Caderno 3, dia 30/06/18).

Não foram todos os polos base que retornaram meu contato e, com aqueles que se dispuseram a colaborar com a pesquisa, organizamos a compatibilidade de agendas. A partir dos agendamentos com os enfermeiros de polo, semanalmente eu me deslocava para algum dos polos base ou postos de saúde. Ainda em junho fui ao polo base Pankararu Entre Serras,

---

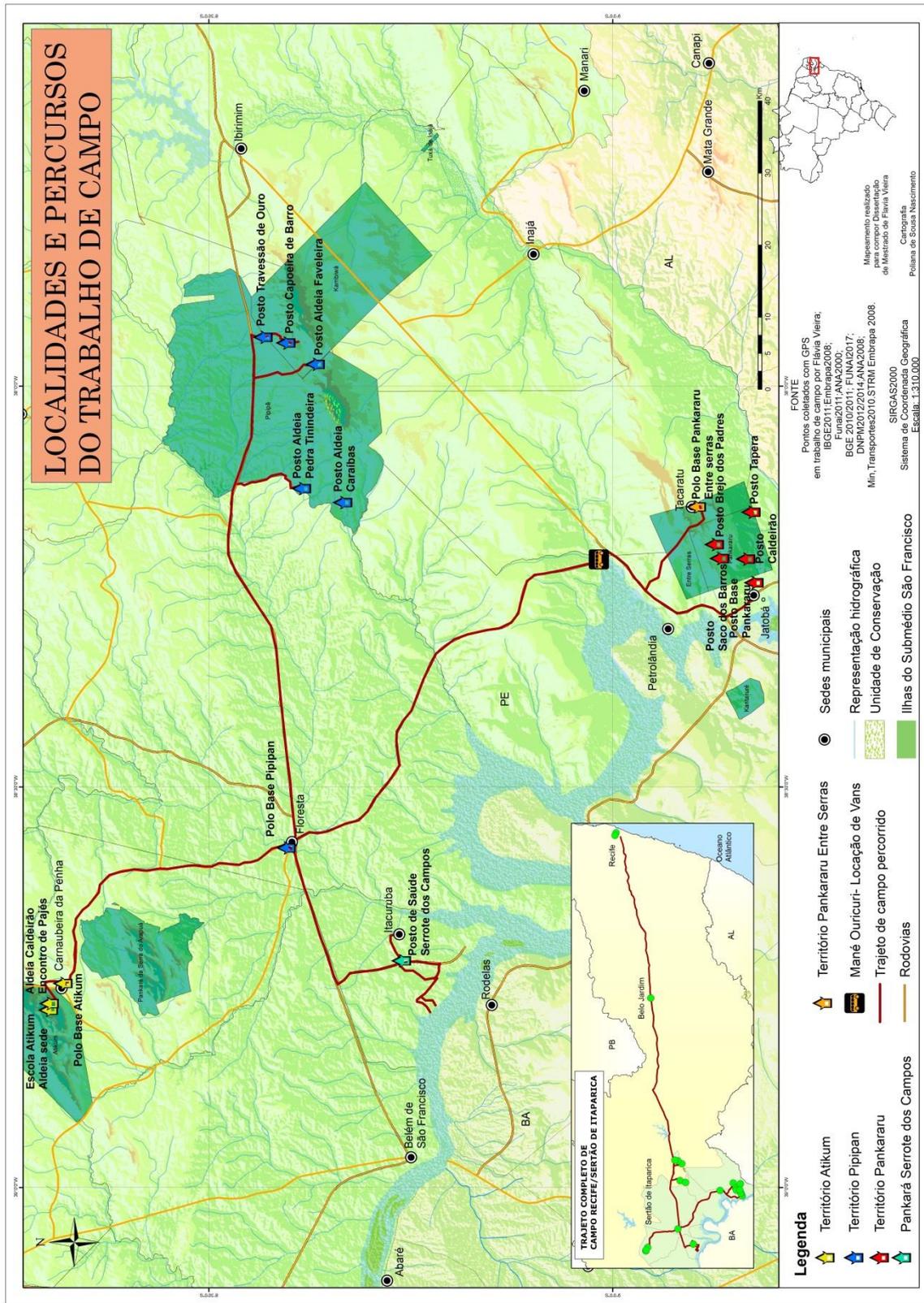
<sup>16</sup> Refiro-me aqui aos eventos: IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais de Pernambuco, I Seminário sobre Práticas de Saúde e o Modelo de Atenção Diferenciada no âmbito do DSEI – Pernambuco e reunião com enfermeiros de polo e de área do DSEI-PE ocorrida em Belo Jardim-PE.

<sup>17</sup> O Enfermeiro de Polo fica lotado no polo base e responsável coordenação e administração do polo base. São chamados Enfermeiros de Área aqueles enfermeiros que estão cotidianamente prestando atendimento à população indígena nos postos de saúde e visitas domiciliares em área.

<sup>18</sup> A Terra Indígena Pankararu foi homologada em 1987. Posteriormente, em 2007, houve a homologação de outro território Pankararu com o nome de Terra Indígena Entre Serras. Por essa razão que existem os dois polos base: Pankararu e Pankararu Entre Serras (PANKARARU, 2019).

fiz entrevistas com alguns profissionais da EMSI e agendei nova visita para poder conhecer e conversar um pouco com os AIS do polo (essa segunda visita ocorreu também em junho). No mapa a seguir, apresento todo o registro de trajetos que realizei entre os polos e postos de saúde visitados.

Mapa 2 - Localidades e percursos do trabalho de campo

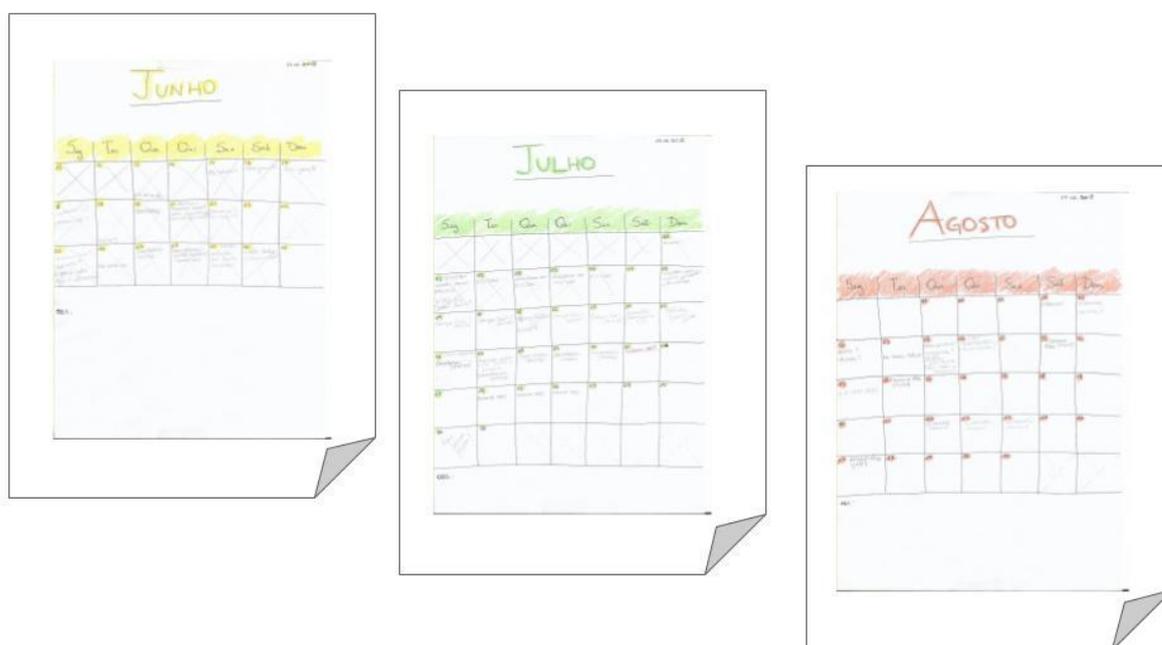


Fiz uma primeira visita ao polo base Pankararu no final de junho, entrevistei o enfermeiro de polo e agendei nova ida em julho para poder acompanhar durante uma semana

as EMSIs. Também em junho fiz a primeira visita ao polo base Pipipan e no mesmo dia pude acompanhar a ida da EMSI ao posto de saúde Travessão do Ouro.

Durante a primeira semana de julho, acompanhei diariamente a EMSI do polo base Pipipan em sua ida para área. Na segunda semana de julho pude acompanhar um dia a EMSI que presta atendimento no posto de saúde Pankará Serrote dos Campos (este vinculado ao polo base Pankará e se situa no município de Itacuruba-PE. Na terceira semana de julho acompanhei diariamente as EMSIs do polo base Pankararu. Abaixo, os calendários que elaborei para o trabalho de campo.

Figura 1 - Calendário do trabalho de campo de Julho a Agosto de 2018



Fonte: Flávia Vieira.

Na última semana de julho participei junto com a equipe do LACC do IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais de Pernambuco. Também pude participar como ouvinte do I Seminário sobre Práticas de Saúde e o Modelo de Atenção Diferenciada no âmbito do DSEI – Pernambuco<sup>19</sup>. Nesses e outros encontros que pude participar em anos anteriores, observei que a todo o momento ocorreram rituais, depoimentos dos participantes sobre diferentes experiências com a saúde indígena e também rodas de diálogos entre os participantes. Foram excelentes oportunidades para se escutar depoimentos de lideranças de outros povos indígenas do estado de Pernambuco a respeito das medicinas indígena. Assim

<sup>19</sup> A programação deste Seminário pode ser visualizada no Anexo B.

como uma excelente oportunidade de os profissionais de saúde que atuam cotidianamente em área indígena compartilharem experiências e desafios que vivenciam na prática do trabalho.

Em 2018, já no desenvolvimento do trabalho de campo para esta dissertação pude escutar de muitos profissionais expressões de desejo em querer participar ou conhecer os Encontros de Pajés. Durante os eventos, diversas lideranças, detentores de saberes tradicionais e profissionais indígenas que fazem parte das equipes de saúde reiteraram em suas falas a necessidade de terem seus conhecimentos respeitados, valorizados e legitimados tanto pela comunidade indígena como pelo sistema público de saúde. Escutar os próprios indígenas, no caso, os povos indígenas de Pernambuco na figura seus representantes, se mostrou como um exercício profícuo de diálogo entre as diferentes medicinas. Esses fatos só reforçaram a necessidade de aprofundar e ouvir com mais calma e de forma sistemática as perspectivas dos próprios indígenas (que também vem ocupando funções e cargos na atenção à saúde indígena) para, por exemplo, aprofundarmos o conceito de intermedicalidade, assim como contribuirmos para a construção de políticas que atendam e respeitem de fato os saberes e práticas de saúde destes povos.

Durante o mês de agosto retornei por poucos dias a Recife, fiz entrevista com um profissional do DSEI-PE e com a presidente do SINDCOPSI. Junto com a equipe do DSEI-PE segui para o município de Belo Jardim a fim de participar da reunião com os enfermeiros de polo e de área do DSEI-PE. Essa reunião durou dois dias e também se tornou momento fértil para a pesquisa. Retornei para Floresta-PE e durante duas semanas acompanhei – novamente e - diariamente a EMSI do polo base Pipipan. Conclui meu trabalho de campo no dia 24 de agosto de 2018 na Etapa Local da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena<sup>20</sup> que ocorreu na aldeia Travessão do Ouro, Território Pipipan.

---

<sup>20</sup> A programação desta etapa local da conferência pode ser visualizada no Anexo C.

Figura 2 - Foto da Etapa Local 6ª Conferência de Saúde Indígena - Território Pipipan.



Foto: Flávia Vieira.

### 3.4 A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS

Para a entrada em campo e primeiras visitas aos polos base optei por realizar entrevistas qualitativas individuais semi-estruturadas<sup>21</sup> (GASKELL, 2002) com os profissionais de saúde. A escolha dessa técnica de pesquisa se deve a algumas questões. Por mais que um dos objetivos principais em campo fosse poder acompanhar as EMSI em seu dia a dia, supus que, por toda a estrutura que conhecemos dos serviços de saúde, não me seria permitido “de cara” esse tipo de acompanhamento ou observação participante nos postos e polos. Nesse sentido, escolhi as entrevistas como técnica de entrada em campo e como possibilidade dos interlocutores entenderem-me como pesquisadora; foi uma forma de me adequar também ao esperado neste campo da saúde para a realização da pesquisa de cunho qualitativo. A entrevista também seria um momento dos sujeitos conhecerem a pesquisa. Meu objetivo primordial era poder construir interlocuções que permitissem em momento posterior fazer o acompanhamento desejado junto às equipes. A fim de cumprir com o objeto da pesquisa considerei que compartilhar das rotinas dos profissionais de saúde seria fundamental para poder conhecer suas experiências no que se refere às articulações entre as medicinas indígenas e a biomedicina. Para isso, agendei visitas, fui pessoalmente aos polos, fiz as

---

<sup>21</sup> Os tópicos-guia utilizados na pesquisa estão disponíveis nos Apêndices A e B.

entrevistas como uma maneira de me aproximar dos interlocutores e assim construir possibilidades de acompanhá-los nas idas a área.

Realizei no total 12 (doze) entrevistas qualitativas semi-estruturadas individuais (GASKELL, 2002) - utilizando tópico guia - com diferentes profissionais do DSEI-PE e do SINDCOPSI. Apenas 8 (oito) destas entrevistas foram gravadas, por que em algumas situações percebi que o gravador prejudicaria ou deixaria mais turva a relação de confiança que eu estava tentando construir com os interlocutores. Os entrevistados foram: 4 enfermeiros, 2 técnicas de enfermagem, 1 AIS, 1 odontólogo, 1 antropólogo, 1 médica, 1 psicóloga, 1 presidente do SINCOPSI. Também realizei um grupo focal com 6 (seis) Agentes Indígena de Saúde (AIS), um enfermeiro de área e um farmacêutico do polo Pankararu Entre Serras. Dessa forma, pude conhecer experiências de profissionais que atuam e ocupam diferentes funções dentro da atenção à saúde indígena no DSEI-PE. Durante e após as entrevistas (gravadas ou não) fiz anotações nos cadernos e diários de campo.

Assim como o autor Oscar Saez (2013), problematizo aqui também o uso de entrevistas como “porta de entrada” para uma pesquisa de cunho etnográfico. Segundo Saez (2013), não haveria nenhum interesse “propriamente etnográfico em entrevistar um interlocutor desprevenido; menos ainda com a ilusão de que suas respostas sejam assim mais espontâneas ou autênticas. Surpreender o interlocutor, via de regra, significa que ele terá pouco ou nada que dizer.” (SAEZ, 2013, p. 162).

Penso que, para este trabalho, não chego a tal afirmação, mas de fato percebi uma limitação da técnica da entrevista. Com alguns profissionais as entrevistas ganharam profundidade nos relatos, mas em outros casos o mesmo não ocorreu. Como planejado, as entrevistas funcionaram como meios de me aproximar do campo e construir relações de confiança. Como citado no registro etnográfico que apresentei no tópico anterior as entrevistas não se mostraram suficientes para que eu acessasse as experiências cotidianas dos profissionais.

Conforme o trabalho etnográfico foi ganhando fôlego, novas cores foram adicionadas a pesquisa, permitindo que a minha leitura do campo não ocorresse apenas através de uma técnica. Perceber a necessidade de algumas mudanças de estratégia em campo foi exercício permanente no desenvolvimento de toda a pesquisa. Aos poucos, em vez de fazer as entrevistas formais e gravadas, fui inserindo as perguntas dos tópicos guia nas próprias conversas com os sujeitos. Dessa forma, chego a um ponto fundamental e que tomou corpo na pesquisa: a realização do trabalho campo com observações participantes e não participantes.

### 3.5 O TRABALHO DE CAMPO

Como afirmei no primeiro tópico deste capítulo, o objetivo geral traçado para esta pesquisa foi analisar como se dão as relações e compreensões acerca das medicinas indígenas e da biomedicina durante a rotina dos profissionais de saúde no atendimento aos indígenas. Indo além das entrevistas, o trabalho etnográfico com observações participantes e não participantes (MALINOWSKI, 1978; ANGROSINO, 2009) se tornaram, portanto, fundamentais.

Durante todo o trabalho de campo estive atenta a algumas questões: o que os profissionais entendem por medicinas indígenas? O que profissionais entendem por biomedicina? Como se dá o atendimento à pessoa indígena? Durante o atendimento surgem relações entre as diferentes medicinas e formas de se compreender a saúde e a doença? Há diferença no atendimento e abordagem de um profissional indígena para um profissional não indígena?

O trabalho dos profissionais das EMSI não se restringe ao espaço do posto de saúde. Eles realizam visitas periódicas nas aldeias, nas casas da comunidade indígena atendida. A partir da construção de vínculo com profissionais das EMSI acompanhei-os em algumas de suas visitas às aldeias e rotina de trabalho nos postos de saúde. Esses momentos foram inegavelmente férteis para a observação participante e não participantes. Pude por exemplo, observar na prática o atendimento dos profissionais em área, suas relações e interações com os indígenas atendidos, negociações e diálogos para o tratamento de determinada pessoa indígena. Foram momentos também em que pude travar diálogos informais tanto com profissionais como indígenas atendidos. Estive atenta a relatos de experiência; conversas entre as pessoas que aguardavam o atendimento na sala de espera dos postos de saúde; público que frequentava os postos; organização e estrutura dos postos.

A permanência mais longa e repetida, rotinizada nos postos de saúde de Pipipan me permitiu mais conforto a familiarização com o contexto, com o campo, com os lugares, com as pessoas. Circular pelos mesmos postos de saúde mais de uma vez fez com que eu reencontrasse pessoas, mães, crianças que já havia visto em outro posto. De modo que quando eu chegava, já conhecia e cumprimentava algumas pessoas e acho que isso me deixava confortável assim como outras pessoas falavam comigo por talvez, suponho, terem me visto falar com outras e assim por diante. Sempre esse final de expediente era mais produtivo para mim, no sentido de poder conversar com os profissionais. Era a hora do almoço, hora mais calma, todos já tinham cumprido suas “metas” daquele dia de atendimento. Depois do almoço seria ou voltar para o polo base em Floresta, ou terminar alguma demanda pequena daquele dia ainda ali no posto. (Caderno 6, dia 15/08/2018).

A seguir, alguns registros fotográficos do trabalho de campo:

Figura 3 - Foto do Posto de Saúde Travessão do Ouro – Polo Base Pipipan.



Foto: Flávia Vieira.

Figura 4 - Desenhos em meus diários de campo sobre os postos de saúde Faveleira e Capoeira do Barro, respectivamente - Polo base Pipipan.

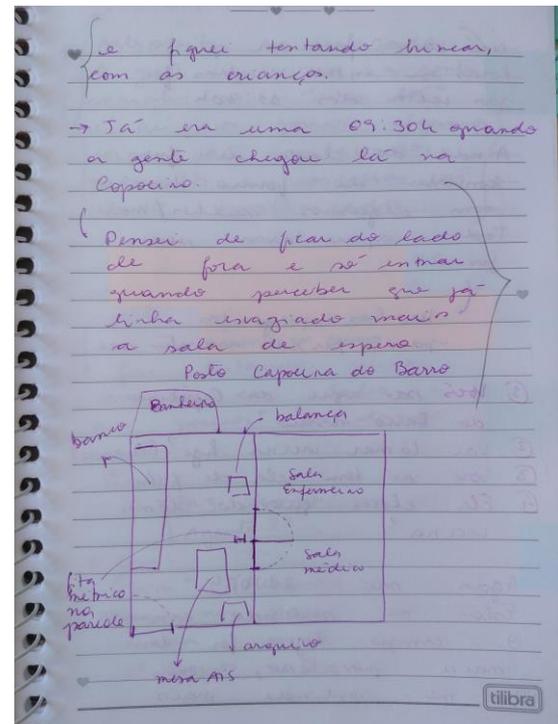
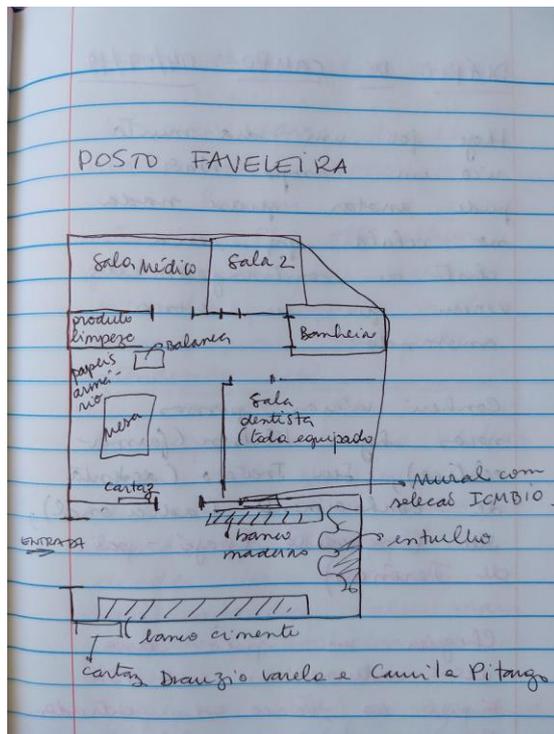


Foto: Flávia Vieira.

Figura 5 - O umbuzeiro e EMSI após o atendimento na Aldeia Pedra Tinindeira – Polo base Pipipan.



Foto Flávia Vieira.

Figura 6 - Posto Capoeira do Barro – Polo base Pipipan.



Foto: Flávia Vieira.

Figura 7 - Palestra de profissional de EMSI sobre descarte de medicamentos no Posto de Saúde Aldeia Caraíbas – Polo base Pipipan.



Foto: Flávia Vieira.

Figura 8 - Cartazes dos postos de saúde.



Foto: Flávia Vieira.

Durante e após os dias acompanhando os profissionais, fiz uso do caderno e do diário de campo como instrumentos essenciais do pesquisador, fundamentais para os registros de dados, impressões e “insights” (VICTORA, KNAUTH e HASSEN, 2000, p.73). Além deste

exercício de observar “os outros” acredito que a todo o momento de realização do trabalho de campo estive me conhecendo como pessoa e como pesquisadora. De formas diferentes, mas que dialogam entre si, estranhei “os outros” e a mim mesma, encarando esse exercício, como parte do caminho a ser trilhado para produzir conhecimento e fazer as reflexões antropológicas em campo (DAMATTA, 1978).

Os momentos de observação participante e não participante implicaram num constante exercício de “saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos” (BEZERRA, 2019, p. 14). Foi “preciso ponderar sobre o momento certo para perguntas e por vezes esperar mais do que o imaginado” (BEZERRA, 2019, p. 14). Na maioria das vezes que fui para área indígena com as EMSI, eu permanecia na sala de espera dos postos de saúde. Durante algumas horas (por volta das 9 horas da manhã até umas 13 horas) permanecia ali observando o lugar e as pessoas e esperando uma boa oportunidade de interagir e conversar com os profissionais das EMSI. Geralmente ao final de todos os atendidos era que os profissionais se mostravam um pouco mais tranquilos e abertos a conversar comigo.

Nas observações nos postos de saúde, pude conhecer como se davam alguns dos atendimentos aos indígenas e busquei entender se, de alguma forma, nestes espaços, os profissionais relacionavam a biomedicina às medicinas indígenas. Participei desses espaços me disponibilizando a ajudar com o carregamento de pastas, materiais e caixas de vacina; ajudando na organização das salas; conversa com crianças e adultos nas salas de espera; às vezes ajudando a segurar crianças para tomar as vacinas; às vezes chamando as próximas pessoas a serem atendidas. Nos últimos dias de trabalho de campo, a partir do vínculo que consegui com uma das enfermeiras das EMSI que acompanhei, pude, a seu convite e com autorização dos pacientes presentes, entrar na sala de atendimento e acompanhar algumas consultas. Retomarei esse momento da pesquisa e o respectivo relato no próximo capítulo.

Destaco que o caderno e diário de campo foram companheiros constantes. “O diário é o primeiro suporte da elaboração teórica de uma pesquisa. Mas tem a virtude de preservar visível o processo todo de elaboração dela. Isso pode ser secundário em outro tipo de ciência; é fundamental numa ciência reflexiva como esta da qual tratamos”. (SAEZ, 2013, p. 167).

Figura 9 - Diários de campo.



Foto: Flávia Vieira.

Nas idas a campo fazia anotações breves no bloco de notas de meu celular (serviu como meu caderno de campo) e ao chegar à casa em Floresta-PE, no período da tarde e/ou noite, passava as informações e considerações a limpo nos diários de campo. A escrita do diário de campo foi me fornecendo um ordenamento temporal às experiências vividas, de modo que, como afirma Saez (2013), retomá-las na fase de análise dos dados me permitiu restituir a complexidade em que o campo se deu.

Depois de concluído o campo, Saez (2013) afirma que ficamos com uma memória de certa forma uniforme de como o campo ocorreu e, na verdade, sabemos que não é dessa maneira que os fatos se dão. Diversas negociações com “os outros” e com o “nós” tiveram que ocorrer para que o campo acontecesse e considero que de fato pude experienciar isso durante a escrita e posterior análise dos dados.

### 3.6 “VOCÊ É DA FAMÍLIA DA ENFERMEIRA E DO MÉDICO?”

Mais do que olhar, escutar, ver e ouvir, um dos grandes aprendizados do trabalho de campo é a consciência da ação da relação inversa, a de ser observado, medido, analisado e, no momento em que tal evento se apresenta lúcido ao antropólogo, por mais que a teoria já lhe tenha informado, é que uma nova subjetividade em relação à alteridade se elabora, numa gnose corporal, de movimento sensorial não apenas do pesquisador, mas que se dá no pesquisador (Peirano, (1992); Carvalho, (1993) apud SILVA, 2007, p.14).

Trago esta citação de trecho da tese de Georgia Silva (2007) para pontuar alguns impasses e limites que vivi em campo. Faço isso por considerar que esta pesquisa, por ser a primeira experiência de trabalho de campo “sozinha”, trouxe-me um crescimento e amadurecimento pessoal como pesquisadora. Sobre isso, alguns registros do diário de campo:

Esse foi um campo, dia bem rico para a pesquisa, penso que aos poucos, devagazinho, a pesquisa vai ganhando corpo, eu vou aprofundando impressões, os dados podem ir começando a se repetir. Mas esse ainda não é o momento, sinto ainda que o processo todo de campo tanto dentro, como fora de mim estão amadurecendo. E acho que isso é um processo lento mesmo.” (Caderno 5, dia 05/07/2018)

Sobre a ida a aldeia caraíbas, foi super interessante. Aconteceram várias coisas interessantes. Me sinto um pouco mais madura em campo, com um pouco mais de traquejo, desenvoltura em campo. Pelo menos eu me senti assim com ao passar dos dias em Pipipan. O próximo campo é em Pankararu, vamos ver o que é que acontece. (Caderno 5, dia 14/07/2018).

Essas considerações se tornam um “pano de fundo” para melhor entender os dados que apresentarei nos capítulos subsequentes. Portanto, não me sentiria contemplada em dedicar apenas notas de rodapé a essas experiências engrandecedoras que o trabalho de campo proporcionou.

A todo momento que eu ando com a equipe do DSEI sou confundida com a própria instituição e isso pode ser problemático para mim que estou antropóloga. Lúcio achou que eu era do DSEI e Gabriel também. Isso será constante e isso me dá uma limitação de atuação, limitação de espaço, lugares, contatos com as pessoas. Hoje mesmo eu tive que ir embora (da escola) porque tinha que ir no carro do DSEI. (Caderno 4, dia 04/07/2018).

Como minha entrada em campo se deu por vias institucionais, no caso, pelo DSEI-PE, enfrentei certos momentos de dificuldade de ultrapassar o nível da formalidade na construção de vínculo e de confiança com os profissionais de saúde. Em algumas situações senti que os profissionais pareciam desconfortáveis ou intimidados com minha presença ou com a possibilidade de serem interpelados por mim.

O etnógrafo surge diante de seus sujeitos como um intruso desconhecido, geralmente inesperado e frequentemente indesejado. As impressões que estes têm dele determinarão o tipo e a validade dos dados aos quais será capaz de ter acesso e, portanto, o grau de sucesso de seu trabalho. Entre si, o etnógrafo e seus sujeitos são, simultaneamente, atores e público. Têm que julgar os motivos e demais atributos de uns e de outros com base em contato breve, mas intenso, e, em seguida, decidir que definição de si mesmos e da situação circundante desejam projetar; o que revelarão e o que ocultarão, e como será melhor fazê-lo. Cada um tentará dar ao outro a impressão que melhor serve aos seus interesses, tal como os vê. (BERREMAN, (1980) apud BEZERRA, 2019, p. 11).

Como dito na citação acima, por vezes me senti como uma intrusa em campo. Por mais que eu explicasse de onde vinha, explicasse meus vínculos com a universidade, percebi que diferentes sentidos e justificativas eram utilizados e expressados pelos interlocutores para

se referirem a mim. Mesmo que eu me apresentasse como estudante e pesquisadora as pessoas desenvolviam sua própria explicação sobre mim (FOOT-WHYTE (1980) apud BEZERRA, 2019, p. 13). Fui confundida como médica, enfermeira, parente da enfermeira, funcionária do DSEI-PE. Sobre isto reproduzo um trecho de meu diário de campo:

*Já me perguntaram: você anda mais a enfermeira? Você é da família da enfermeira e do médico? Você vai ficar no lugar da enfermeira é? Os próprios profissionais não entendem ou não acreditam que eu não sou ou que eu não fui do DSEI. Hoje, dia 14/08, a enfermeira me perguntou: e você não está mais no DSEI não é? (Caderno 6, dia 14/08/19).<sup>22</sup>*

Ao pensarem que meu vínculo profissional era com o DSEI-PE, suponho que alguns interlocutores logo me percebiam como uma figura de vigilância e avaliação de seus trabalhos, de suas ações e do lugar. Acredito que essa “confusão” sobre os sentidos e explicações sobre minha presença ali, se intensificaram devido ao fato de as pessoas me verem chegando e saindo do posto de saúde no carro oficial que sempre conduzia as EMSIs. Além disso, eu sempre estava me disponibilizando a ajudar a equipe a carregar materiais, pastas e caixas de vacina; em algumas situações eu entrava nos consultórios; almoçava junto com as EMSIs. Penso que todas essas eram ações/atitudes que mais me aproximavam da posição de integrante da equipe de saúde do que qualquer outro papel que eu poderia ser atribuído a mim naquele tempo e espaço.

Por mais que explicasse, me apresentasse no posto, percebi que as pessoas por vezes não se convenciam por completo. Os olhares de desconfiança e análise sobre a minha presença ali eram constantes. Tentei transpassar essa questão buscando as conversas com as pessoas no posto e com os profissionais. Por vezes tinha sucesso, e por vezes não alcançava esse objetivo e me sentia frustrada.

Um dos profissionais de saúde que conheci em campo se tornou fundamental para eu adotar uma nova estratégia. Lúcio, farmacêutico de EMSI, sempre que estava comigo me apresentava para as pessoas nas salas de espera, para os demais profissionais e também para as pessoas da comunidade que encontrávamos nos percursos entre um posto de saúde e outro. Destaco essa iniciativa de Lúcio porque nem sempre, quando eu chegava com a EMSI no posto, eles me apresentavam para o restante dos profissionais ou as pessoas que esperavam atendimento.

A partir desse impulso dado por Lúcio, passei a tomar a iniciativa de sempre me apresentar a todos logo ao chegar no posto de saúde. Isso permitiu que eu me sentisse mais a

---

<sup>22</sup> Todas as citações das entrevistas e trechos dos diários de campo seguem com a formatação corrente para citações, no entanto, em momentos que há fala de terceiros, destaquei-as em itálico.

vontade de estar ali na sala de espera durante horas nos postos de saúde. Não acredito que essa atitude tenha sanado por completo a compreensão das pessoas sobre o meu lugar ali, no entanto, esta ação permitiu que eu me sentisse mais tranquila em campo e aberta às interações com aquelas pessoas. Sobre isso, reproduzo abaixo um trecho de meu diário de campo em que falo sobre uma situação em que eu estava em um dos postos de saúde que atendem o povo Pipipan. No momento, eu estava na sala de espera junto com mulheres e crianças que aguardavam atendimento. Fazia pouco tempo que eu havia chegado no posto junto com a equipe. Como ninguém da equipe havia me apresentado para aquelas pessoas, decidi eu mesma me apresentar.

Levantei dali mesmo onde eu estava sentada e disse: *licença, gente, bom dia, vocês não me conhecem, aí eu vou me apresentar (...)*. Eu disse que era de Recife e que estava acompanhando as equipes de saúde, estava acompanhando a enfermeira, que ontem eu tinha ido para Travessão do Outro e essa semana estaria por Pipipan. Todas pararam para me ouvir. Afinal de contas todas tinham notado a minha presença. E nesse caso acho que é muito pior quando você não fala nada e /ou não se apresenta, não dizem quem você é e porque está ali. Digo isso porque de toda forma as pessoas atribuem uma explicação para você estar ali, quem é você, o que você faz. E aí você fica a mercê disso, das ideias que fazem a respeito de você. (Caderno 6, dia 13/08/19).

Tendo em vistas essas limitações e desafios que conheci em campo, esforcei-me para potencializar ao máximo os momentos com os profissionais fora das entrevistas, momentos de informalidade e fora do espaço estritamente institucional. Todos eles foram de extrema valia para a geração dos dados. Nesse sentido, os momentos de observação participante foram cruciais para desenvolver conversas informais com os sujeitos, tanto para conhecê-los como para permitir que eles também me conhecessem a fim de se “quebrar um pouco do gelo” e poder gerar uma relação de confiança entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa.

### 3.7 O CONTATO INTENSO E DIRETO COM O MATERIAL DE CAMPO: COMO ANALISEI OS DADOS

Os registros no caderno de campo e diários de campo foram minhas principais fontes na fase de análise dos dados. No processo de escrita desta dissertação, sempre que necessário, retomei cada um dos materiais brutos a fim de resgatar falas, trechos, sensações e impressões do campo. Através de um quadro esquemático<sup>23</sup>, mantive os objetivos da pesquisa de forma acessível e visível a mim.

---

<sup>23</sup> O Quadro 2 - “Quadro esquemático da dissertação” é uma reprodução do original feito a mão por mim em cartolina e lápis hidrocor.

Quadro 2 - Quadro esquemático da dissertação



Este quadro serviu como guia e auxílio na procura por padrões, conexões e contradições tanto nas anotações dos diários de campo como entre as falas dos entrevistados (GASKELL, 2002). Tornar os objetivos da pesquisa visíveis também foi fundamental para o próprio ordenamento e estrutura dessa dissertação; para o exercício mental de confrontar teorias e outros trabalhos científicos na área com as informações e compreensões que obtive em campo.

Seguindo as orientações de Angrosino (2009) e Minayo (2014), fiz a leitura panorâmica ou a chamada leitura flutuante de todo o material: diários de campo, entrevistas transcritas e fotos. Esse “apanhado geral” das anotações - parte do que Angrosino (2009) denomina como análise descritiva - antecedeu a fase de análise mais formal (ANGROSINO, 2009). Segundo Angrosino (2009) a leitura dinâmica ajuda no exercício de “refrescar a memória” com o objetivo de relembrar detalhes esquecidos desde a primeira coleta das informações (ANGROSINO, 2009). Essa leitura se tornou um incentivo para que eu pudesse refletir sobre o que eu pensava sobre o campo no presente e ao mesmo tempo me questionasse sobre o quê eu ainda precisaria entender (ANGROSINO, 2009).

Segundo Minayo (2014) a leitura flutuante corresponde a uma leitura do conjunto de comunicações.

Este momento requer que o pesquisador tome contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo. A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar à sensação de caos inicial. (MINAYO, 2014, p. 316).

Com base nessas orientações de Angrosino (2009) e Minayo (2014) realizei a leitura panorâmica/flutuante dos sete diários de campo que havia escrito; escutei todas as entrevistas e fiz a leitura de suas respectivas transcrições.

Especificamente no que se refere à análise das entrevistas, inspirada em Saez (2013, p. 160), antes mesmo do processo de classificá-las em “boas”, “más” ou “regulares”, busquei entender o que aconteceu durante cada uma: em que contexto ocorreram; qual a relação que eu possuía com o/a entrevistado/da; o local da entrevista; o tempo de duração; presença ou não de pessoas ao redor. Todos esses fatores se tornaram variáveis para que eu pudesse compreender as perspectivas êmicas e éticas; entender a validade e/ou relativizar os dados obtidos. Nos próximos capítulos os leitores irão perceber que optei por compartilhar alguns trechos longos das entrevistas. Essa escolha se deu pela dificuldade e desafio de simplesmente retirar e cortar as falas dos contextos em que foram ditas. Visto isso, nas citações e comentários sobre as entrevistas tentei preservar os contextos em que ocorreram.

Simultaneamente ao exercício da leitura de todo o material, surgiram às primeiras ideias para o esqueleto da dissertação. Neste momento passei a elaborar o quadro esquemático mostrado anteriormente com os objetivos da pesquisa, os tópicos que pretendia desenvolver, sugestões do que abordar, sugestões de que dados utilizar para responder cada uma das questões.

Terminado este momento de análise descritiva e leitura panorâmica/flutuante escolhi e defini as categorias/temas e tarjetas coloridas para auxiliar na visualização dos dados.

Figura 10 - Exemplo de diário de campo aberto com as referidas tarjetas.

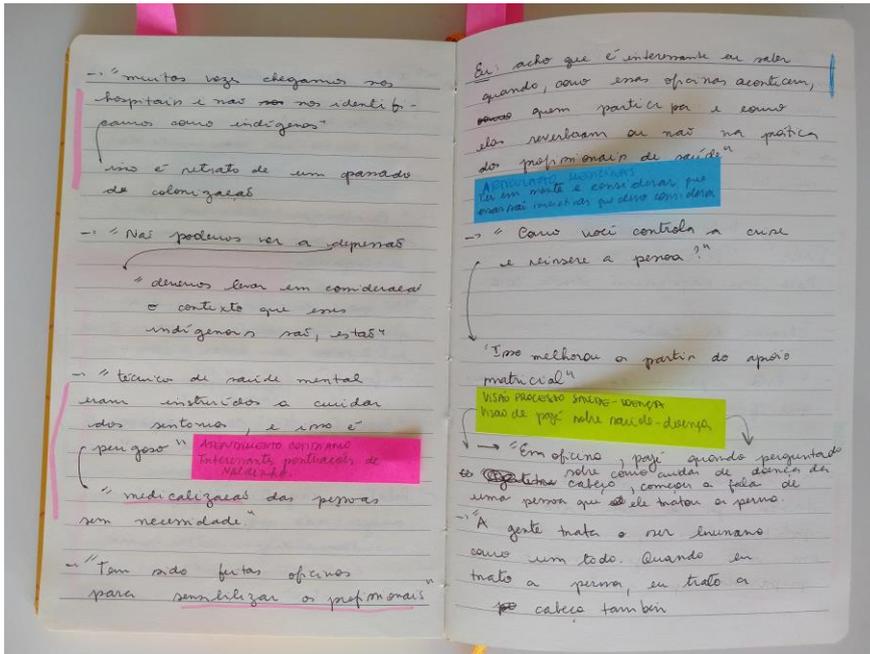


Foto: Flávia Vieira.

#### Nas palavras de Minayo (2014):

A exploração do material consiste essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso o investigador busca encontrar *categorias* que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização – que consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas – é uma etapa delicada, não havendo segurança de que a escolha de categorias *a priori* leve a uma abordagem densa e rica. (MINAYO, 2014, p. 317, grifo da autora).

Defini as seguintes categorias de análise para o material: 1) metodologia; 2) definições de biomedicina e medicina indígena; 3) atendimento cotidiano/rotina de trabalho; 4) articulação de medicinas/saberes; 5) ser indígena; 6) relatos de experiência; 7) visões sobre o processo saúde-doença; e 8) relações de poder/hierarquia.

Relacionei e agrupei algumas das categorias aos objetivos específicos do trabalho. A categoria 1 (um) usei de maneira transversal para todas as referências e considerações metodológicas sobre o trabalho de campo. A categoria número 2 (dois) utilizei principalmente para responder ao primeiro objetivo específico sobre o que os profissionais entendem por biomedicina e medicinas indígenas. As categorias 3 e 4 utilizei para reunir situações, falas e comentários sobre o atendimento cotidiano das equipes. Na categoria 5 reuni considerações sobre os indígenas que são profissionais de saúde. Com as categorias 6 e 7 busquei agrupar os relatos de experiência dos profissionais para compor a resposta ao meu último objetivo específico referente a reelaboração das compreensões dos profissionais acerca dos processos

de saúde e doença. Por último, com a categoria 8, agrupei situações e falas que revelassem questões de poder e hierarquia nas relações entre todos os sujeitos da pesquisa.

Após essa definição das categorias, retomei a leitura de todos os diários de campo e entrevistas e iniciei a análise formal do material. Angrosino (2009) denomina este momento de análise teórica. Após a análise descritiva (que busca padrões), a análise teórica ganha espaço para o entendimento dos significados dos padrões. Nos registros de campo, estiveram presentes as perspectivasêmicas e éticas (ANGROSINO, 2009). Nesse sentido, percebo que as informações reunidas nos diários de campo e nas entrevistas me conduziram a um exercício pendular e desafiador de compreender essas diferentes perspectivas ora êmicas, ora éticas, ora entrelaçadas.

Ainda sobre a análise teórica dos dados ancorei-me em referências como Clifford Geertz (1989), José Magnani (2009) e Mariza Peirano (2015). Busquei analisar os dados de modo a interpretá-los, me opondo a ideia de que os dados “falam por si” (ANGROSINO, 2009, p.90). “Os dados coletados precisam ser analisados para que surja algum tipo de sentido de toda aquela informação.” (ANGROSINO, 2009, p.90).

Baseando-me epistemologicamente em Geertz (1989), mas especificamente sua obra *Interpretações da Cultura*, construí interpretações de segunda mão (GEERTZ, 1989, MARQUES e VILLELA, 2005). Tanto durante a escrita dos diários de campo, como na fase de análise formal dos dados, busquei elaborar a chamada descrição densa. Apesar de todo o esforço para transcrever as impressões da forma mais detalhada possível, como afirma Magnani (2009), a descrição densa não se resume a detalhismo. Como afirma Peirano (2015): etnografia é descrever analiticamente, não é apenas descrever, não é apenas analisar, mas sim “descrever analiticamente” (PEIRANO, 2015, p.3). Para isso, na elaboração desta dissertação busquei os significados das ações, das falas, das interações. Além disso, as compreensões que construí sobre os dados se deram de forma vagarosa e a partir de um acúmulo e esforço engajado em entender o contexto e elementos da pesquisa. Com base em todas as escolhas e percursos metodológicos que compartilhei neste capítulo, ofereço nas próximas páginas um entrecruzamento dos dados gerados com os referenciais teóricos apresentados no primeiro capítulo.

#### **4 DAS COMPREENSÕES ÀS ARTICULAÇÕES ENTRE MEDICINAS INDÍGENAS E BIOMEDICINA: considerações sobre o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde**

Neste capítulo, dediquei-me principalmente aos percursos e dados de campo que me ajudaram a compor considerações sobre dois objetivos específicos desta dissertação: 1) Identificar o que os profissionais entendem por biomedicina e medicinas indígenas, e 2) Explicar como os profissionais relacionam diferentes medicinas no atendimento cotidiano aos povos indígenas. Dividi o capítulo em subtópicos intitulados com frases que escutei em campo ou questionamentos que me mobilizaram durante o trabalho de campo e análise de dados.

De forma a costurar os referenciais teóricos que apresentei no capítulo um com os dados da pesquisa, escolhi uma linha de argumentação que me possibilitasse destacar pontos que considero que complexificam e desafiam a construção de uma atenção à saúde indígena articulada com outros sistemas de saúde, visto a proposta da PNASPI. Na compreensão que estabeleci sobre o campo estudado, diversas questões são vivenciadas pelos profissionais de saúde e têm implicância no entendimento que constroem sobre as relações, aproximações e distanciamentos entre as medicinas indígenas e biomedicina. Refiro-me aqui especificamente as questões de: formação acadêmica e profissional dos interlocutores; uso de medicamentos pelas populações indígenas; compreensões sobre o que é a atenção diferenciada e a articulação entre medicinas; rotina de trabalho e metas a serem cumpridas pelos profissionais.

##### **4.1 O QUE OS INTERLOCUTORES ENTENDEM POR BIOMEDICINA E MEDICINAS INDÍGENAS?**

Depois de alguns dias morando no município de Floresta, consegui agendar a primeira ida ao polo base Pankararu Entre Serras mediante o contato com a enfermeira de polo responsável, Fabiana<sup>24</sup>. O polo se caracteriza como uma unidade administrativa e está localizado no município de Tacaratu, a 83 km de Floresta e a 392 km da capital, Recife. Chegando ao polo, fui recepcionada por Fabiana que já havia sinalizado por e-mail que poderia me receber, fazermos a entrevista e conversarmos sobre a pesquisa. Eu havia me planejado para aquela – de certa forma - primeira incursão a campo; estava munida de meu

---

<sup>24</sup> De acordo com o TCLE assinado por todos os entrevistados, foram usados nomes fictícios para os interlocutores da pesquisa.

caderno de campo, gravador, tópicos guias para entrevistas, termos de compromisso (TCLE) e GPS para marcar o trajeto realizado até o polo e também marcar a localização do polo.

Como explicitado no capítulo anterior, uma das técnicas escolhidas para iniciar o trabalho de campo com os profissionais de saúde em seus ambientes e rotinas de trabalho foram as entrevistas individuais semi-estruturadas. Logo que cheguei ao polo base Pankararu Entre Serras, Fabiana levou-me até sua sala e lá demos início à entrevista. Foi a primeira entrevista que realizei em campo; percebi-me de certa forma apreensiva para conduzir aquele momento e também iniciar uma relação de abertura e confiança com aquela profissional que havia se disposto a colaborar com a pesquisa. A entrevista com Fabiana foi rápida, durou cerca de 30 minutos e logo que terminamos ela disse: “já que você está aqui, não quer aproveitar e fazer entrevistas com outras pessoas do polo também não?”.

Fabiana recrutou 3 pessoas para que eu fizesse entrevistas: uma Agente Indígena de Saúde (AIS), uma odontóloga e uma técnica de enfermagem. Aceitei a proposta, apesar de considerar que aquela forma de recrutamento para entrevista não seria ideal para o campo (refiro-me ao fato de uma terceira pessoa fazer recrutamento de interlocutores que eu não havia contatado previamente). Aceitei como forma de poder estar mais tempo ali no polo e assim, conhecer outros profissionais que ali trabalhavam. Essa forma de recrutamento se repetiu em outros momentos de campo. Mais de uma vez, quando estava em campo conversando com algum profissional ou sozinha fazendo observações algum interlocutor dizia: “tem uma pessoa ótima que você tem que entrevistar para sua pesquisa!”, “Essa moça tá fazendo uma pesquisa, conversa aqui com ela!”. Como disse, não eram as condições planejadas nem ideais, mas se tornaram uma das formas que encontrei para construir as relações de confiança com os interlocutores.

Através da mediação de Fabiana, neste primeiro dia em campo realizei um total de 4 entrevistas no polo base Pankararu Entre Serras. Mesmo havendo este imprevisto na forma do recrutamento dos interlocutores, trago essas primeiras experiências de entrevistas aqui, pois as mesmas possibilitaram perceber algumas questões a respeito de categorias que havia escolhido para entender em campo. Refiro-me aqui aos termos biomedicina e medicinas indígenas. Como parte de um dos objetivos desta pesquisa, iniciei o trabalho de campo buscando entender o que os profissionais de saúde compreendiam pelos termos medicinas indígenas e biomedicina.

Na elaboração do tópico guia para as entrevistas individuais semi-estruturadas, com a intenção de reunir elementos para compor as respostas para o primeiro objetivo específico desta pesquisa, elaborei as seguintes perguntas: o que é para você medicina indígena? O que é

para você a biomedicina? As categorias medicina indígena, biomedicina foram termos escolhidos como categorias de análise para tratar sobre o tema da pesquisa, no entanto, a partir destas primeiras entrevistas pude perceber que não eram esses os termos majoritariamente usados pelos interlocutores. Isso também se confirmou na medida em que passei a conviver com as equipes de saúde em seus cotidianos de trabalho.

Durante estas primeiras entrevistas e também conversas informais ao longo de todo o trabalho de campo, escutei diversas formas das pessoas se referirem ao que eu havia denominado medicina indígena e biomedicina. Por exemplo, para medicina indígena escutei os termos: “medicina tradicional”, “sistema tradicional”, “remédio tradicional”, “remédio caseiro”. Para se referir ao que denomino nesse trabalho de biomedicina, escutei: “medicina de branco”, “medicina do médico”, “medicina ocidental”, “medicina da caneta”, “remédio do branco”, “remédio da farmácia”. À medida que fui conhecendo esses outros termos para as categorias que eu havia escolhido, fui incorporando-os a meu vocabulário e perguntas para os interlocutores.

Em experiências de trabalho de campo sobre saúde e povos indígenas aqui de Pernambuco, Liliane Souza (2004) percebeu em campo diferentes terminologias usadas pelos próprios indígenas para se referirem a doenças, saberes, biomedicina e a medicina indígena, por exemplo “doença que rezador cura” e “doença que médico cura” (SOUZA, 2004). Percebi, no contato com os profissionais de saúde, que uma diversidade de termos para se referir a medicina, doenças, práticas de saúde, também é experienciada por eles.

Ainda tratando sobre os diferentes termos falados pelos interlocutores, destaco uma questão. Por vezes, a principal diferença apontada por eles entre a biomedicina e a medicina indígena foi no que se refere ao caráter “científico” da biomedicina. Nesse caso, para os interlocutores, a biomedicina, enquanto um saber considerado científico estaria distante das medicina indígena por essas últimas serem consideradas “religião”. Na fala de duas entrevistadas fica expresso:

A biomedicina é você trabalhar o científico, né? É trabalhar com o embasamento científico de acordo com as pesquisas que estão, de acordo com as biografias, bibliografias que você tem na sua formação acadêmica. (Entrevista 1, Fabiana, dia 20/06/2018).

É uma medicina que é mais voltada pra parte científica, muita ciência né, é diferente da parte da religião, entendeu? Não tem muito a questão de usar as plantas medicinais. (Entrevista 6, Ivete, dia 28/06/2018).

Nas falas das entrevistadas e os contextos em que foram ditas, não esteve presente uma intenção explícita de afirmar que a biomedicina seria necessariamente superior ou

“melhor” que as medicinas indígenas. No entanto, sabe-se que classificar algo ou algum conhecimento como “científico”, legitima um poder e autoridade a esse conhecimento.

Para as entrevistadas o fato de ser “científico” implica em uma ausência do religioso. Sobre isso, a autora Madel Luz afirma que, historicamente, a “medicina ocidental” (LUZ, 2000) negou o sobrenatural, o espiritual. E isso se deveu em parte ao rompimento da ciência moderna com a teologia judaico-cristã. Para se afirmar como ciência, “a ciência moderna negou o viés religioso de compreensão sobre o mundo” (LUZ, 2000, p.192). Dessa forma, compreendo que a biomedicina, enquanto componente do pensamento ocidental (mas não permanecendo estrita a ele), negou o sobrenatural, o espiritual, o místico. “A continuidade de ‘mundos’ individual, natural, social e espiritual” seria, portanto, impensável” (LUZ, 2000, p.192). Em outro momento da entrevista, a interlocutora Ivete afirmou:

Realmente eu me formei acreditando só, vâmo dizer, na parte científica, mas quando a gente vai pra área<sup>25</sup> e a gente se depara com isso<sup>26</sup>, (...). Então eu digo: oxente...fez o tratamento espiritual e a pessoa tá ótima lá. E aí? Cadê a ciência né? Como é que vai explicar isso? (Entrevista 6, Ivete, 28/06/2018).

A partir dessas falas e de situações de campo que serão apresentadas ao longo do capítulo, compreendo que a biomedicina aparece como um forte norteador do entendimento dos profissionais de saúde sobre os processos de saúde e adoecimento e também sobre as relações entre diferentes medicinas. Sobre isso, esta última fala de Ivete (médica psiquiatra) elucida um pouco de seu impacto quando se deparou com situações em que o “tratamento espiritual” foi realizado e a pessoa ficou “ótima”. É como se nesse ponto, a explicação “científica” da biomedicina chegasse a uma fronteira, a um limite (PEREIRA, 2012) e não desse conta de explicar o que Ivete presenciou no cotidiano de trabalho como profissional de saúde. Nesse sentido, devo destacar que, ao mesmo tempo em que percebo que os interlocutores fazem uma distinção entre o que seria científico (biomedicina) e o que seria considerado religioso (medicinas indígenas), eles também apontam relações entre essas medicinas. Fazem isso não de forma a hierarquizar-las, mas sim, percebendo-as em coexistência no contexto de atenção à saúde indígena.

A seguir, apresento falas de mais alguns interlocutores:

Medicina indígena que é os sistemas tradicionais que nós chamamos, né? (...) É você trabalhar a cultura e os costumes que o povo tem, né? Como, não só do uso de ervas, do uso dos chás, mas também as rezas, os rituais dentro dos salões. Aqui tem os salões de praia que eles fazem os rituais. Então é você trabalhar, estimular e

<sup>25</sup> Ivete se refere aqui à área indígena.

<sup>26</sup> A entrevistada estava se referindo aqui aos tratamentos e conhecimentos dos indígenas na promoção da cura de alguma doença ou mal-estar.

respeitar esse processo que o indígena entende como, que está dentro do processo de cura dele. Como, por exemplo, às vezes quando o paciente tá doente que ele vem pra gente no atendimento, ele diz: *fui pro rezador*, aí: *o rezador disse o que?* aí ela: *que era pra fazer isso e isso*, aí eu digo: *pronto, depois que você tomar o remédio aí você faz o que o rezador mandou também*. Associa. A gente nunca exclui a tradição indígena. (Entrevista 1, Fabiana, dia 20/06/2018).

Eu vejo como um conjunto de saberes, que nós indígenas<sup>27</sup> temos. Tem relação ao uso de ervas e plantas, quanto a questão de trabalhar o lado espiritual e aprender a respeitar isso né? Que vê a doença diferente do olhar que outra pessoa tenha e de respeitar isso. A gente se depara muito com isso quando vai fazer consulta: *por que você não me procurou?, porque você não foi procurar o médico ou a enfermeira?, por que isso aqui é coisa de índio?*. E quando você escuta de alguém falando assim: *que é coisa de índio*, então você sabe que ali ele tá usando da medicina indígena se tratando com o curandeiro, com o pajé, com um rezador, com uma garrafada, ou com uns chás, ou com banhos. Então isso determina que existe esse universo que precisa ser considerado pela medicina indígena. (Entrevista 5, Kaio, dia 27/06/2018).

Medicina indígena é um pouco diferente da medicina não indígena por causa da cultura deles. Vou dar um exemplo prático: tem caso de psicose que a gente tem que perguntar se eles querem se tratar, entendeu? Porque muitos deles tem a parte religiosa; então, a pessoa de branco, o profissional de branco que eles falam, que é o médico, não vão tomar remédio, vão fazer suas rezas, vão tomar banho, entendeu? E isso é espiritual. Aí a gente tem que sair: *tudo bem, você faça, se não resolver procure a gente*. Acontece muito com psicose, os transtornos mentais, principalmente. Quando eles não resolvem com a parte espiritual, que realmente tem muita coisa que é espiritual aí eles chamam a gente: *não, agora é coisa pra vocês resolverem*. (Entrevista 6, Ivete, 28/06/2018).

Pra mim, assim é uma coisa<sup>28</sup> bem fundamental pra estrutura, até psiquicamente, assim. É a tradição, é o costume, é algo que mantém, que organiza um pouco do dia a dia deles, visto que a sociedade envolvente acabou entrando demais, né, da forma que trouxe muitos prejuízos, inclusive um pouco da perda da medicina tradicional. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

As falas acima se tornam muito interessantes, pois os interlocutores expressam um entendimento a respeito das medicinas indígenas referindo-se a elas como: “conjunto de saberes”, “universo”, “algo que mantém e organiza o dia a dia”. Para esses interlocutores as medicinas indígenas não se restringem a “rezas” ou “chás”, elas compõe também os “rituais”, “os salões”, o “lado espiritual”. Esses profissionais demonstram ter uma percepção de que as medicinas indígenas também são um sistema médico e não se restringe a uma compreensão biológica dos processos de saúde, adoecimento e cura. As medicinas indígenas não são “práticas” especializadas sobre corpo ou sobre saúde. Essas medicinas indígenas também são entendidas pelos profissionais como um elemento ordenador da vida social. Em suas falas, percebe-se que as medicinas indígenas estão presentes no cotidiano dos atendimentos e estão totalmente vinculadas aos contextos socioculturais das populações indígenas atendidas.

<sup>27</sup> Kaio é enfemeiro e se identificou na entrevista como indígena.

<sup>28</sup> A entrevistada estava se referindo aqui às medicinas indígenas.

Fabiana, por exemplo, refere-se a uma “associação” entre os tratamentos ao contrário de uma “exclusão” das medicinas indígenas.

Ivete, Kaio e Fabiana fazem referência expressa a diálogos com pessoas atendidas a respeito do uso (ou não) tanto das medicinas indígenas como também da biomedicina. Nesse sentido, compreendo que, no cotidiano, as intersecções e as referidas zonas de contato e de intermedicalidade (FÓLLER, 2004) são traçadas pelos próprios indígenas e percebidas e dialogadas com os profissionais de saúde.

Como expus no primeiro capítulo, historicamente, a biomedicina e as medicinas indígenas estabeleceram relações desiguais de poder. No entanto, as medicinas indígenas não foram absolutamente apagadas do cotidiano. As falas dos profissionais apontam justamente que as medicinas indígenas estão no cotidiano da população e em constante interação e diálogo com os referências biomédicos. Por mais que os profissionais apontem uma distinção entre “científico” e “religioso” ao se referirem as diferentes medicinas, eles as percebem em interação cotidiana e dialogam com isso.

As primeiras entrevistas que realizei em campo e as respectivas respostas dos entrevistados balizaram os passos e abordagens que fiz nos momentos posteriores do campo, visto que através desse primeiro contato com os interlocutores, pude: conhecer a multiplicidade dos termos usados para se referirem à biomedicina e às medicinas indígenas; escutar as próprias narrativas dos interlocutores sobre uma compreensão ampla dos processos de saúde, adoecimento e cura; começar a entender (pelos dados de campo) que medicinas indígenas e biomedicina permanecem em constante interação e negociação. Para entender melhor e aprofundar essas primeiras noções sobre biomedicina e medicinas indígenas também percebi que era imprescindível no trabalho de campo o acompanhamento da rotina dos profissionais. Tratarei disso a partir do tópico a seguir.

#### 4.2 “DOUTOR, PASSE ESSE TAL REMÉDIO PRA MIM, DOUTOR, SOLICITE TAL EXAME PRA MIM?”

Dia 29 de junho de 2018, sexta feira, foi o primeiro dia em que acompanhei a equipe do polo base Pipipan para o posto Travessão do Ouro. Segundo Clara, enfermeira responsável do polo, haveria uma reunião de entrega de produção de equipe e esse momento seria uma oportunidade para que eu fosse apresentada aos profissionais e pudesse dar prosseguimento a mais uma etapa da pesquisa. Ao final da manhã, eu já havia me apresentado e a reunião com todos já havia terminado. Fiquei sentada em um banco dentro do posto junto com a

enfermeira de área, Bárbara, sentada à mesa, e um senhor idoso da própria comunidade. Estávamos aguardando que Clara terminasse de passar algumas orientações para o restante da equipe no lado de fora do posto.

Nesse momento, sentada à mesa, Bárbara preenchia com atenção uma das planilhas de produção que completa rotineiramente. Enquanto ela escrevia, iniciou um diálogo comigo que reproduzo a partir das anotações que fiz no diário de campo:

Bárbara comentou que estava lembrando de mim mesmo, só que não lembrava de que setor que eu era. Eu falei que também lembrava deles. Aí ela me perguntou: *essa tua pesquisa é mais com enfoque sobre medicina tradicional é?*. Aí eu disse: *não, eu dou enfoque nas duas, quero saber como os profissionais percebem isso na prática*. Aí ela fez comentários interessantes. Disse que às vezes quando as pessoas chegam para o atendimento dela, ela indica que a pessoa vá no rezador. Mas ao mesmo tempo muita gente chega pra ela querendo o remédio. *Principalmente com as crianças, tem mãe que já chega pedindo amoxicilina* (Bárbara, Caderno 3, dia 30/06/2018).

Essa fala de Bárbara traz vários elementos sobre o campo estudado, no entanto, o que quero destacar nesse momento é justamente a fala da interlocutora sobre sua impressão de que as pessoas solicitam muitos remédios a ela. Esse apontamento foi algo que se repetiu na fala de outros profissionais de saúde tanto durante as incursões etnográficas como durante as entrevistas. Destaco um trecho de minha observação pessoal em outro posto de saúde do polo base Pipipan, posto de saúde da aldeia Faveleira:

Davi e Rúbia ficam conferindo as receitas passadas pelos médicos e entregam os remédios. Penso que todo mundo saiu de lá com pelo menos 2 caixinhas de remédio. Acho que quem não saiu foi porque o remédio não tinha. (...) Escutei a palavra amoxicilina muitas vezes. E pelo que entendi estava em falta. Também escutei dipirona e paracetamol. (...) Todo mundo saía com uma sacolinha de remédio (Davi e Rúbia, Caderno 4, 03/07/2018).

Como afirmei no primeiro capítulo, essa rotina de entrega e distribuição de remédios fez parte das primeiras relações entre profissionais de saúde e povos indígenas (DIEHL e GRASSI, 2010; DIEHL e RECH, 2004; LANGDON, 2005). A distribuição e uso de medicamentos em área indígena são representações da biomedicina (LANGDON, 2005). E essas relações entre profissionais, indígenas e medicamentos seguem se reconfigurando.

Davi e Rúbia, por exemplo, são indígenas Pipipan, técnico de enfermagem e AIS, respectivamente. No registro de campo que descrevi acima, eram eles que estavam fazendo naquele dia essa distribuição de medicamentos, no caso, profissionais de saúde que também são indígena Pipipan. Ser indígena e profissional de saúde também foi uma questão que apareceu durante o campo e direcionou a pesquisa a uma complexificação do lugar do profissional de saúde. Sobre isso tratarei mais adiante no capítulo 4.

A rotina de entrega e distribuição de medicamentos é algo que se repete diariamente e em todos os postos de saúde que pude realizar as incursões etnográficas. Após as consultas com o médico, a enfermeira ou dentista, caso a pessoa atendida tenha recebido alguma prescrição de medicação, ela procura o AIS, o técnico de enfermagem ou o farmacêutico (nem sempre é o mesmo profissional que fica responsável pela caixa térmica com os remédios vindos do polo base) e solicita a medicação. Havendo a medicação na caixa térmica, ela é entregue a pessoa que solicitou.

Como disse, para além das observações que realizei, os relatos dos profissionais a respeito da grande procura por remédios do sistema biomédico foi algo recorrente em campo. Além disso, os profissionais também relataram algumas de suas tentativas (frustradas ou não) de não prescrever remédios do sistema biomédico, assim como indicar chás, lambedores, remédios mais “naturais”, segundo suas palavras.

Destaco a seguir outra fala que escutei durante uma reunião entre os enfermeiros de polo, enfermeiros de área e equipe da DIASI ocorrida em agosto de 2018, no município de Belo Jardim. A enfermeira de polo, Clara, afirmou o seguinte:

Tem gente que só sai satisfeito se sair com comprimido! As pessoas às vezes reclamam se a equipe receita um lambedor, manda/sugere que a pessoas procurem um rezador. (Clara, Caderno 6, dia 08/08/2018).

A fala de outro interlocutor, Lúcio, farmacêutico de EMSI, também segue na direção de afirmar que as pessoas atendidas “requerem muito a medicina científica”. Registro de meu diário de campo:

Logo no início da conversa, quando eu expliquei a minha pesquisa/ o meu tema, ele falou que aqui (...) as pessoas requerem muito a medicina científica, falou que esses conhecimentos tradicionais devem ser resgatados, e disse que trata disso em suas palestras. Contou também que às vezes as pessoas chegam e nem contam o que tem, elas já vão pedindo determinado remédio. (Lúcio, Caderno 4, dia 04/07/2018).

Em um trecho mais longo da entrevista que fiz com Renata, odontóloga de uma EMSI, o tema sobre uso de medicamentos surge novamente. Renata comentou sobre sua frustração em tentar passar menos remédios do sistema biomédico, e ao mesmo tempo ser cobrada pelos pacientes para que prescrevesse a medicação desejada pelo próprio paciente. Outra questão que surge em sua fala é sua percepção de que a comunidade atendida por ela estaria “impregnada”, em suas palavras, pelo uso da “medicina ocidental”:

Renata: vou falar da minha experiência também. Quando eu comecei a trabalhar aqui, é muito interessante pra gente aqui; Eles perderam muito essa parte de tradicional, não da cultura, mas de recorrer à medicina indígena, às curas deles das ervas, das plantas. Quando eu vim pra cá, quando eu fazia: *não, não precisa passar remédio, faça um bochecho disso*. Aí diziam: *a senhora está querendo economizar dinheiro da FUNASA*, porque na época era FUNASA, *não quer passar remédio pra gente*. Então assim, eu tinha uma noção dessa medicina tradicional, não por ser

medicina indígena, mas porque aqui no interior no sertão, a gente tem muito, não só o indígena, mas a gente tem as pessoas, as parteiras, né? Que não são indígenas, mas que vivem essa parte. Os rezadores que não são indígenas, mas que vivem essa parte. Eu vivi muito isso aqui porque minha vida foi aqui, então até hoje eu sou muito seleta pra medicação, eu gosto dessa parte mais natural, inclusive comigo. Então eu acho que é isso, a pessoa pergunta *o que é medicina indígena?* Eu acho que é você partir da sua própria essência pra se curar sem precisar estar vivendo esse mundo de propaganda de remédio, de remédio. E foi um choque pra mim, assim, eu vim, eu não sou indígena, entrei na área indígena achando que...aí tinha, tinha aqueles das garrafadas ...tem aqueles que diziam assim: *não, eu quero que senhora passe o remédio.* Eu dizia: *não, que não precisa passar remédio.* Assim, e eu vi, não foi uma ou duas vezes não: *a senhora está querendo economizar dinheiro da FUNASA pra gente não pegar remédio na farmácia,* ouvi muito isso.

Flávia: e como foi esse diálogo, como você, quando você disse: *não, mas eu... pode tomar esse chá, não tem problema,* a pessoas ainda assim queriam o remédio?

Renata: queria o remédio. Mas eu conseguia assim, claro tem casos que a gente tem que passar medicação, mas muitas vezes...também o inverso, por exemplo, hoje a gente faz uma extração, então não se deve fazer bochecho de nada. Então ao mesmo tempo que eu indico bochecho pra umas pessoas: *pelo amor de deus não faça bochecho de plantinha nenhuma, só daqui há dois dias,* porque pode levar a uma hemorragia, né? Então tem que ter esse, essa ligação. Mas eu sempre consegui trabalhar bem com eles essa questão, mas eu ficava muito triste quando eu via assim, poxa, eu via meu primo<sup>29</sup> lá: *tá aqui a folhinha do anador, a folhinha do não sei o quê, a folhinha do não sei o quê,* e aí você tenta implantar onde é para ser e não consegue, né... e não conseguia.

Flávia: sim, e como é que tu vê a medicina ocidental, a biomedicina?

Renata: altamente... impregnada. muito, muito. Assim, pronto, hoje especificamente eu tava atendendo aí uma senhora disse assim: “olha, tem uma paciente, tem uma menina lá da minha área que era pra vim hoje, mas ela não veio porque o dente dela tava inflamado e ela pediu pra senhora passar um remédio pra ela”. Aí eu disse: “primeiro, que sem eu ver eu não posso medicar, eu não posso prescrever. Mesmo se eu conhecesse ela e soubesse quem era, eu já não poderia e sem eu nem saber o que é”. Então assim, já vem isso: passa um remédio. Toda dor de dente eles acham que é remédio, e não é. Tem dor de dente que você pode usar o antibiótico e o analgésico do mundo e não vai pegar se você não for pro consultório pra gente mexer no dente. Mas eles já chegam assim: me dê remédio, pro médico: *doutor, passe esse tal remédio pra mim, doutor, solicite tal exame pra mim,* porque assim, é muito impregnada essa questão da medicina ocidental, demais. Tem verdadeiras farmácias nas casas aí (Renata, Entrevista 4, dia 20/06/2018).

Em sua fala, Renata associa ao que ela denomina de “medicina ocidental” a procura exacerbada da população por medicações. Segundo Renata “a medicina ocidental está altamente impregnada”. Além disso, é interessante perceber que as tentativas de Clara e Renata de indicar “bochechos” e “lambedores” ao invés de prescrever uma medicação eram recebidas com insatisfação pelas pessoas atendidas.

Quando Renata nega a prescrição de alguma medicação ela é acusada de “querer economizar o dinheiro da FUNASA”. Penso que, nesse sentido, pode-se compreender, mais

<sup>29</sup> Durante a entrevista Renata se referiu a um primo que conhecia as funções de algumas plantas medicinais e compartilhava isso com ela.

uma vez, os medicamentos como um elemento símbolo da biomedicina (LANGDON, 2005). Estenderia essa reflexão para afirmar ainda que as medicações do sistema biomédico também podem se tornar símbolo de um “direito à saúde” e “acesso à saúde”. Na situação vivenciada por Renata, as pessoas atendidas não compreenderam sua negação ao uso de medicamentos biomédicos como um respeito às medicinas indígenas ou uma articulação entre essas medicinas. A negação de Renata ao uso de “remédios da farmácia” foi entendida como uma negação ao serviço público de saúde, a “FUNASA”.

É importante ainda observar que esta procura de forma direta por medicamentos como “doutor, passe esse tal remédio pra mim” não é algo que se restringe às populações indígenas. Como afirmado no primeiro capítulo, segundo Paim (2012), faz parte do modelo biomédico hegemônico a “medicalização dos problemas”. Nesse sentido, não se deve entender aqui a “medicalização” como um termo que se refere estritamente ao uso demasiado de medicamentos. Segundo Mattos (2008), existe um processo mais longo e global “de invasão da vida social pela medicina, ou melhor, pelo saber médico. (...) Esse processo é anterior ao padrão de uso atual dos medicamentos, e continua vigente” (MATTOS, 2008, p.326). A lógica de simplesmente “medicar” ou ser “medicado” residiria nesse contexto e seria parte do processo de “medicalização do social”, não no sentido de apenas “tomar o remédio”, mas num sentido amplo e histórico do social (MATTOS, 2008; PAIM, 2012).

O processo de “medicalização do social” não é, portanto, exclusivo de uma atenção à saúde dos povos indígenas. No entanto, não se deve perder de vista que no processo histórico de colonização e interações entre indígenas e não indígenas, a oferta e distribuição de medicamentos se fez presente (DIEHL e RECH, 2004), sendo uma das formas de subjugação de conhecimentos, práticas de saúde e medicinas indígenas.

Mesmo neste contexto de “medicalização do social” entre as populações indígenas atendidas pelos interlocutores da pesquisa, esses profissionais demonstram saber que existem outras medicinas e tratamentos usados (no presente ou passado) pela população atendida. Nesse contexto, apesar de relações históricas desiguais, biomedicina e medicinas indígenas permanecem em interação dinâmica (FÓLLER, 2004; DIEHL e RECH, 2004).

Devido à recorrência, nos relatos dos profissionais, de solicitação por “remédios da farmácia” pela população indígena, compreendo que essa questão merece um olhar cuidadoso para se entender como essa percepção dos profissionais pode estar conectada a suas compreensões sobre as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina. Quando eles afirmam: “tem gente que só quer comprimido e reclama se receitamos um lambedor”, compreendo que eles se veem de certa forma ativos no processo de estimulação para o uso de

“remédios naturais” ou “medicinas tradicionais”. Renata e Clara se mostraram frustradas em relação a isso. Durante conversas informais que tive com o farmacêutico Lúcio, ele contou, por exemplo, que faz palestras nas escolas sobre o uso de plantas medicinais. Na sua fala já citada anteriormente, ele afirma: “os conhecimentos tradicionais devem ser resgatados” (Lúcio, Caderno 4, dia 04/07/2018).

Destaco esse contexto de atendimento dos profissionais porque ele traz implicações tanto para o objeto de estudo deste trabalho, como também para a proposta de articulação entre medicinas presente na PNASPI. Percebo que nas narrativas dos interlocutores da pesquisa, uma das maneiras que eles compreendem que estão agindo no sentido de articular as diferentes medicinas refere-se a indicação de chás, de “lambedores”, de “bochecho”, realização de palestras sobre “plantas medicinais”.

Nesse ponto, percebo existir alguns encontros e desencontros entre: 1) o que propõe a PNASPI; 2) o que os próprios profissionais entendem sobre a articulação entre as medicinas; 3) o que cada categoria profissional é responsável por fazer no modelo de atenção à saúde indígena. Sobre isso, na reunião com os enfermeiros do DSEI-PE em Belo Jardim, a chefe da DIASI afirmou categoricamente para os presentes que não corresponderia a função deles receitar remédios, medicamentos que não fossem aqueles que os cabem prescrever enquanto profissionais de saúde.

O que podemos entender do entrelaçamento dessas questões? Onde residiria então a articulação entre as medicinas? Como o profissional que tenta seguir uma proposta da PNASPI faz a leitura desse campo, desse contexto? Diante das falas e relatos dos interlocutores que apresentei até aqui, compreendo que, para eles, a articulação entre medicinas residiria não na indicação de medicamentos do sistema biomédico (o que caberia a sua responsabilidade como profissional de saúde). A articulação entre medicinas residiria numa incorporação, nos atendimentos cotidianos, das “medicinas tradicionais”, do “lambedor”, dos “chás”.

Para seguir o aprofundamento da discussão e análise sobre o trabalho de campo trago abaixo o registro de campo de uma conversa que realizei com Gustavo, médico de EMSI. Conheci Gustavo por intermédio de Lúcio<sup>30</sup> e esse registro acrescenta alguns elementos para o entendimento dos dados de campo no que se refere às percepções dos profissionais de saúde sobre as relações entre medicinas indígenas e biomedicina.

---

<sup>30</sup> Lúcio foi um interlocutor muito importante durante a pesquisa. Sempre que estava comigo me apresentava para os outros profissionais de saúde e também para as pessoas que estavam no posto de saúde aguardando serem consultadas. Essa disponibilidade e gentileza de Lúcio me ajudaram a entrar e estar cotidianamente em trabalho de campo e assim, poder expandir o círculo de interlocutores para a pesquisa.

Na primeira semana de julho de 2018, acompanhada do farmacêutico Lúcio, pude ir uma vez ao posto Pankará Serrote dos Campos. Eu havia conhecido Lúcio dias antes no polo base Pipipan, pois ele compõe as duas EMSI. Já no posto Pankará Serrote dos Campos, Lúcio apresentou-me ao médico Gustavo, que me convidou para entrar no consultório e conversarmos um pouco antes de iniciar os atendimentos do dia, pois Lúcio havia informado que eu era antropóloga e estava fazendo uma pesquisa.

Gustavo disse que fez o introdutório<sup>31</sup>, mas que quando chegou em área<sup>32</sup> viu algo que não esperava. Não era aquele fenótipo do índio amazônico. (...) Gustavo contou que trabalhou em PSF. Fez o introdutório e se surpreendeu com os padrões dos indígenas sobre medicalização. *São iguais ou muito próximas de outras populações.* Falou do hábito de outros profissionais que “educaram” para ser uma consulta rápida. Isso *afeta* o trabalho dele. Às vezes falam que ele conversa demais. *Tem gente que nem senta, já pede remédio* (Gustavo, Caderno 5, dia 05/07/2018)

Mais adiante, no dia 09/07/2018 eu fiz novas observações:

Outra coisa que me chamou atenção em relação ao médico foi que ele disse que tinha outra expectativa em relação aos indígenas. Pelo introdutório, aprendeu as questões sobre a população ser específica e diferenciada, mas Gustavo disse que quando chegou em área para trabalhar no posto, encontrou uma população e seus hábitos diferentes do que ele esperava. *Pessoas pedindo remédio direto, nem sentam.* Até nessa hora ele falou: *Elas ficam igual a você assim, nem se sentam.* (Gustavo, Caderno 5, 09/07/2018).

O relato de Gustavo passa mais uma vez pelo tema da solicitação e uso de medicamentos pela população. O que quero destacar de sua fala, no entanto, refere-se ao fato de Gustavo afirmar que a população indígena é “específica e diferenciada”, mas em seu cotidiano de trabalho, ele identifica que os padrões de medicalização “são iguais ou muito próximos a populações não-indígenas da região”. Segundo Vieira, Oliveira, Neves (2013), os indígenas Truká (com território no sertão de Pernambuco),

por ser um grupo de contato permanente com os não índios, encontram-se em situação de saúde e sanitária semelhante aos grupos da região. Mesmo assim, diferentemente da população em torno, os Truká possuem especificidades que os inserem em um contexto diferenciado de compreensão sobre saúde, doença e processos de cura (VIEIRA, OLIVEIRA e NEVES, 2013, p. 569).

Como então trabalhar com uma população que é diferenciada sim, mas também se aproxima de outras realidades de comunidades e povos que esses profissionais trabalham ou trabalharam? Parece que, para Gustavo, o entendimento sobre o que seria essa atenção “diferenciada” ainda seria turvo ou não se justificaria.

A respeito dessas compreensões sobre o adjetivo “diferenciada”, Dias da Silva (2014) traz uma interessante pontuação. Suas interlocutoras compreendiam que a atenção

<sup>31</sup> Chamam de “Introdutório” um curso oferecido pelo DSEI-PE a todos os profissionais que ingressam na instituição.

<sup>32</sup> Gustavo se referiu a “área indígena”.

diferenciada não se dava em função da população específica atendida. A atenção diferenciada seria uma especificidade do trabalho delas enquanto enfermeiras na saúde indígena. Devido às condições particulares do serviço das enfermeiras em área indígena a atenção à saúde seria, portanto, diferenciada. Mas como afirma Cardoso (2015), a atenção à saúde indígena seria justamente adjetivada como “diferenciada” por pressupor uma articulação entre as medicinas indígenas e a biomedicina. No entanto, esse permanece ainda como um dos grandes desafios vividos dentro do tema da saúde indígena no Brasil (CARDOSO, 2015).

A cada interlocutor que conheci e pude conversar sobre o tema da pesquisa, somaram-se novos questionamentos ou maneiras de entender o campo. Agora, no momento da escrita e análise de dados, percebo que os profissionais vão construindo diferentes compreensões sobre o que é a atenção à saúde indígena e como ela deve ser posta em prática. Da mesma maneira, a compreensão dos profissionais sobre a articulação entre medicinas indígenas e biomedicina ocorre de maneira diversificada em cada contexto indígena, para cada profissional de saúde e para suas respectivas equipes.

Ainda no mês de julho de 2018 pude acompanhar durante uma semana as EMSIs que compõem o polo base Pankararu, com sede em Itaparica, município de Jatobá. Em um dos dias que eu estava no carro oficial retornando de uma manhã em campo, vim acompanhada de um dos dentistas das EMSI, Rodolfo. Aproveitei a oportunidade para me apresentar, contar o motivo de estar ali e perguntar quais eram as impressões dele sobre os usos das medicinas indígenas e da biomedicina pela população que ele atendia. Fiz o seguinte registro no diário de campo:

Ele comentou que na área dele, na odontologia, 90% usa remédio, comprimido. As duas coisas tradicionais, naturais que ele indica é o chá da casca do caju roxo (disse que é ótimo cicatrizante) e escovar/ limpar os dentes com juá. Ele comentou que na área da saúde mental é que daria para eu perceber mais essa interação da *medicina científica* com a *tradicional*. Falou de caso de uma pessoa que, pelo que entendi, foi ou pôde ser curada com os remédios tradicionais, mas usa ou usou *remédios caríssimos, que o posto nem despacha, e a pessoa fica dopada*. Outro exemplo que ele deu e ele mesmo disse que não sabia responder. Ele disse assim: *se disser, divulgar, que vai ter atendimento do pajé, vão aparecer umas 30 pessoas. Agora se disser que vai ter atendimento do médico, vão aparecer 100!*. Ele disse: *taí, uma pergunta que eu mesmo fiz e eu mesmo não sei responder!* (Rodolfo, Caderno 5, dia 16/07/2018).

Ao mesmo tempo em que Rodolfo relatou um caso sobre uma pessoa que foi curada através de “tratamento tradicional”, ele afirmou de forma veemente que um atendimento hipotético de um pajé seria preterido em relação a um atendimento oferecido por um médico. No momento desta fala, Rodolfo transpareceu ficar realmente inquieto com o questionamento

que de alguma forma ele havia direcionado para mim. Permanecemos os dois sem uma resposta “definitiva”.

O que consigo compreender a partir dos dados apresentados nesses últimos tópicos é que, ao longo do trabalho de campo, se tornou evidente que os profissionais de saúde sabem da existência e uso das medicinas indígenas pela população. Alguns deles, inclusive buscam no cotidiano incentivar que as pessoas as utilizem. No entanto, de certa forma entrando em desencontro com o que eles “entendem” por medicinas indígenas, eles relatam serem bastante requisitados para prescrição de remédios do sistema biomédico; os profissionais, como afirmou Gustavo, encontram nessas populações padrões de saúde e de comportamento que se assemelham ao de uma população atendida em um PSF de um município da região. Essas aproximações e distanciamentos entre sistemas médicos podem nos levar a pensar em limites e diálogos possíveis nos contextos indígenas onde diferentes medicinas e práticas de saúde estão em interação. Da mesma forma, pode-se perceber as relações dinâmicas (e não bloqueadas ou bipolarizadas) tanto na forma dos profissionais compreenderem o que são essas medicinas como na forma de percebê-las em interação no cotidiano de trabalho.

#### 4.3 A SALA DE ESPERA: ZONA DE CONTATO E INTERMEDICALIDADE

Ao mesmo tempo em que escutei esses relatos dos profissionais sobre a procura da população atendida sobre os remédios do sistema biomédico, percebi, durante as horas que ficava nas salas de espera dos postos de saúde, que os pacientes conversavam ali sobre tratamentos feitos em casa, sobre o porquê de estar no posto, que medicamento ou comprimido estavam tomando, faziam comentários sobre os profissionais de saúde.

Posso considerar que boa parte das horas que desprenhi em campo foi nas salas de espera nos postos de saúde. Poder estar cotidianamente nesses espaços me possibilitou conhecer parte população atendida e, conseqüentemente, entender melhor o contexto em que se davam os atendimentos da EMSIs e as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e indígenas.

Durante as semanas acompanhando a EMSI do polo base Pipipan, chegávamos nos postos de saúde por volta da 9 horas da manhã e só retornávamos para o polo base entre 13 horas e 16 horas tarde. Foi muito comum ao chegarmos já encontrarmos 10 mães com crianças. Principalmente nos dias em que a enfermeira e o médico estavam presentes. Nessas horas em que fiquei nas salas de espera, pude conversar com algumas pessoas, saber por que

elas estavam ali no posto, pude brincar com as crianças e os bebês, observar e ser observada a todo o momento.

Os diálogos e falas que ouvi nas salas de espera dos postos de saúde compõem o “cenário” em que o atendimento cotidiano dos profissionais de saúde se realiza. Apesar de, para esta pesquisa, eu não ter acompanhado os itinerários terapêuticos dos pacientes para além do espaço dos postos, percebi que ali, o momento de espera para o atendimento no sistema biomédico, era também um momento de compartilhamento do dia a dia local, fofocas, silêncio e queixas. Abaixo reproduzo um trecho do diário de campo:

As mulheres chegam sozinhas, com filhos, umas com as outras. Conversam sobre o que os filhos tem, comentam sobre os remédios tanto caseiros, como da farmácia. Trocam indicações de receitas<sup>33</sup>. Também falam sobre outros assuntos, sobre alguém que está doente, sobre colocar o feijão no fogo para fazer o almoço. (Posto Faveleira, Caderno 4, dia 03/07/2018).

Em um dos dias em que eu estava no posto de saúde da aldeia Faveleira (território Pipipan), conheci Damares. Abaixo, trecho de meu diário de campo:

Damares disse que sempre vai para o Auricurí, momento dos Pipipan na Serra Negra. (...) Damares também contou que é hipertensa, que vem no posto por causa disso. Disse também que quando não vai para o Auricuri, sente falta. Eles ficam de noite dançando toré. Esse relato de Damares me diz que o uso dos medicamentos no posto a participação/crença nos rituais é simultânea. Coexistem, não sem encontros, nem desencontros, mas existem. (Damares, Caderno 6, dia 14/08/18)

A partir destas narrativas compreendo que estar ali no posto não significa obrigatoriamente que as pessoas recorrem apenas às práticas e aos medicamentos da biomedicina, assim como não significa que, por estarem ali, não utilizam os recursos e conhecimentos das medicinas indígenas. A conversa com Damares, como registrado em diário de campo, me fez atentar para dinamicidade que os sujeitos dão para as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina. A presença de Damares ali no posto de saúde para receber o seu remédio para pressão não está separada da sua ida ao Auricurí e consequente manutenção de seu bem-estar. Como afirma Cardoso (2007):

Do ponto de vista indígena, não há incongruências entre dois sistemas terapêuticos porque a “medicina dos brancos” não é vista sob esse ângulo, mas sim como um conjunto de procedimentos e ações técnico-profiláticas cuja incorporação às técnicas locais não necessariamente afeta o sistema terapêutico mais geral no qual a exegese nativa das doenças é referida. (CARDOSO, 2007, p.97).

Em outro dia em campo, desta vez no posto Travessão do Ouro, conheci Paula:

Ela falou do Auricurí, como que me convidando. Disse que é muito bom, que ela sempre vai. Ela diz que sempre que fica doente usa plantas medicinais, os chás, os

---

<sup>33</sup> Referiam-se às receitas dos remédios feitos por elas mesmas.

xaropes que uma senhora faz ou ela mesma faz. Disse que às vezes vai na Serra Negra<sup>34</sup> de moto com seu esposo. (Paula, Caderno 7, dia 16/08/2018).

Através do trabalho de campo e das observações participantes e não-participantes, compreendo que as salas de espera podem ser entendidas como uma zona de contato e intermedicalidade (FÓLLER, 2004). Os conhecimentos e práticas das medicinas indígenas e da biomedicina não se restringem, portanto, a espaços (como os postos de saúde) ou a pessoas (profissionais de saúde e população atendida). Em uma interação dinâmica (DIEHL e RECH, 2004; LANGDON, 2004) e contínua, os próprios indígenas seguem articulando esses diferentes conhecimentos e práticas de saúde e construindo as zonas de contato e intermedicalidade (FÓLLER, 2004). Essa consideração sobre as interações em campo entre as diferentes medicinas também reitera as compreensões dos interlocutores sobre biomedicina e medicinas indígenas que apresentei no primeiro tópico deste capítulo. Refiro-me aqui as compreensões de que as medicinas indígenas são um “conjunto de saberes”, são um “sistema”, “organiza o dia a dia” da população.

Mesmo com encontros e desencontros, as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina são costuradas por instituições, relações entre profissionais e indígenas, idas ao posto e ida aos rituais. Tudo isso ocorrendo não sem conflitos, relações de poder, limites e diálogos. Os profissionais durante seus relatos apresentaram ter ciência de que os pacientes “circulam”, na busca pela cura, entre os diferentes sistemas médicos, assim como afirmou Rodolfo, em trecho já citado anteriormente, quando relatou que uma pessoa da comunidade havia sido curada com os “remédios tradicionais”. Nesse sentido, não se poderia considerar que os profissionais de saúde estão alheios a esses outros conhecimentos, sistemas médicos e formas de cura. Através das narrativas já citadas compreendo portanto que as diferentes medicinas, formas de tratamento e de percepção do processo saúde doença seguem se entrelaçando no cotidiano das pessoas (profissionais de saúde e população indígena atendida).

#### 4.4 “A POLÍTICA DÁ OS INGREDIENTES, MAS NÃO ENSINA A RECEITA: PRECISAMOS CONHECER AS ESPECIFICIDADES DE CADA POVO”

Em entrevistas e depoimentos, os interlocutores relataram que seus conhecimentos a respeito da saúde dos povos indígenas e do respectivo sistema de atenção a saúde indígena, só ocorreu a partir do momento em que começaram a trabalhar nesta área específica como profissionais: no DSEI-PE, atuando nos polos base e postos de saúde. Nenhum dos

---

<sup>34</sup> Anualmente, durante o mês de outubro, o povo Pipipan realiza o ritual Auricurí na Serra Negra.

interlocutores afirmou ter apreendido, durante a trajetória acadêmica e profissional, outros sistemas de saúde para além do modelo biomédico. Eles relataram justamente o contrário: uma ausência do tema “saúde indígena” em seus processos formativos. Essa ausência da temática da saúde indígena nos processos formativos já foi apontada por Athias e Machado (2001) e Langdon (2004).

Em referência já citada no primeiro capítulo desta dissertação, Souza Lima (2014) questiona: “como que se aprende a trabalhar com índios?”. Uma das profissionais de saúde entrevistadas por Pereira (2012) também fez um questionamento nesse sentido: “como lutar pela saúde e pela vida se não se compreende o que é saúde e o que é vida para quem as práticas de saúde são direcionadas?” (PEREIRA, 2012, p. 519). Mais um questionamento se soma aqui: “como esses profissionais vão dialogar com um sistema de saúde que não conhecem?” (Caderno 6, dia 09/08/2018). Essa última pergunta foi proferida pelo professor Saulo Feitosa, doutor em bioética pela Universidade de Brasília, durante o V Encontro de Pajés, Parteiras e demais Detentores de Saberes Tradicionais Indígena de Pernambuco promovido pelo DSEI PE. A partir do trabalho de campo que realizei, considero que o aprendizado e conhecimentos dos profissionais sobre a saúde indígena se dá na prática, no cotidiano. Por mais que exista a PNASPI desde 2002 e que ela e que ela lance diretrizes para o trabalho dos profissionais na atenção à saúde indígena, eles afirmam que ainda não é suficiente. Fazendo referência a PNASPI, um enfermeiro de área disse em depoimento: “a política dá os ingredientes, mas não ensina a receita” (Bruno, Roda de Conversa 1, dia 28/06/2018).

Em Belo Jardim, em um momento a parte da reunião com os enfermeiros do DSEI PE, pude conversar com um enfermeiro que trabalha na CASAI do DSEI-PE, Nivaldo. Reproduzo abaixo anotações do meu diário campo sobre esta conversa:

Ele fez enfermagem na FENSG<sup>35</sup> e disse que lá não aprendeu nada sobre saúde indígena. Ele disse que foi aprendendo na prática, na rotina. Também falou sobre a PNASPI, disse que *ela fala de uma atenção específica e diferenciada, mas quando você chega lá, cadê?, você procura e não acha*. Ele perguntou sobre qual foi a minha impressão sobre o trabalho das equipes em área. (...) Mas disse: *Vou responder a pergunta que eu te fiz: o trabalho da gente é muito burocratizado. Você vai na faculdade aprender tudo como deve ser feito, os protocolos, etc. E quando chega em área você fica inseguro de conduzir um tratamento, um atendimento seguindo uma regra, um método que você não aprendeu como o certo da faculdade. Como é que você vai justificar que usou uma medicina tradicional? Quem foi que disse que chá de chuchu baixa a pressão? E se não baixar, como é que vai ser?. O profissional se vê amarrado pelo Conselho e pelo que aprendeu na faculdade.* (Nivaldo, Belo Jardim, Caderno 6, dia 09/08/18).

---

<sup>35</sup> FENSG – Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – Universidade de Pernambuco.

Outro depoimento interessante sobre a ausência da temática da saúde indígena nas formações profissionais é a fala da médica Soraya. Ela trabalhou no DSEI PE ainda no ano de 2018, e fez o seguinte relato durante Seminário<sup>36</sup> realizado na sede do DSEI, em maio de 2018:

Estou representando os profissionais que ficam em área. (...) Trabalhar na atenção básica já é um ato político. Mas quando chegamos em área a gente não é preparado para isso. (...) Existem dificuldades estruturais e logística. (...) Para isso os espaços de conversa são fundamentais. (...) Eu conheço o povo com quem eu vou trabalhar? (...) Isso não está no introdutório. (...) Você conhece o povo? Quem vai nos ensinar? (...) Na graduação não conhecemos isso, isso não é estimulado nem na saúde coletiva. (...) O DSEI precisa fazer uma formação continuada (...) Precisa existir oficina nos polos base para capacitar esses profissionais para serem um profissional diferenciado. (...) A universidade precisa pensar e formar esses profissionais, ter estágios, ter residências na área da saúde indígena. (Soraya, Seminário no DSEI, Caderno 2, dia 03/05/2018).

Nivaldo e Soraya afirmam não terem tido acesso aos conhecimentos sobre a saúde indígena durante suas formações acadêmicas. Segundo Nivaldo, esse déficit de conhecimento implica em uma sensação de insegurança ao se trabalhar no atendimento à população indígena. Durante a nossa conversa, quando Nivaldo afirmou que “não achava” a atenção específica e diferenciada ao começar a trabalhar na saúde indígena, referiu-se justamente a esse certo “desamparo” ou falta de respaldo que suas formações acadêmicas lhes oferecem. Além de não aprender sobre outros sistemas médicos, Nivaldo afirma se sentir “preso” por esse conhecimento que teve acesso na faculdade. A fala de Soraya, ao mesmo tempo que reitera a ausência da temática em seu processo formativo, aponta a necessidade dos profissionais conhecerem as especificidades de cada povo indígena com que trabalham. Nesse sentido, compreendo que os profissionais, apesar de reconhecerem um déficit em seu processo formativo, ao iniciar o trabalho como profissionais de saúde em área indígena, percebem uma necessidade fundamental de conhecer a população atendida. Penso que essa fala de Soraya se conecta justamente com o que Langdon (2005) comenta sobre “competência cultural” (LANGDON, 2005). Conhecer as especificidades de cada povo corresponderia, portanto, a uma competência cultural-profissional que seria somada a sua competência clínica.

Sobre este apontamento de Soraya no que se refere ao exercício de conhecer as especificidades de cada povo indígena atendido, trago a seguir outras duas falas das enfermeiras de polo, Vilma e Fabiana:

Isso não é uma receita de bolo(...). Cada povo é específico (...). Temos que respeitar a verdade do outro (...). A medicina ocidental fica no juízo 5 anos durante a faculdade. (...) Temos que fazer reflexões antes de atender o nosso paciente (...). O indígena diz que não vai tomar o remédio da pressão, mas eu peço para a técnica de

---

<sup>36</sup> I Seminário sobre Práticas de Saúde e o Modelo de Atenção Diferenciada no âmbito do DSEI – Pernambuco.

enfermagem ir regularmente aferir a pressão dele. (...) Precisamos de um olhar carinhoso, delicado (Vilma, Belo Jardim, Caderno 6, dia 09/08/18).

Sou Atikum, mas atuo em Pankararu Entre Serras, temos que ter cuidado porque cada etnia é de um jeito, a forma de conduzir os casos.(Fabiana, Caderno 6, dia 09/08/18, Belo Jardim).

Durante uma manhã pude acompanhar o trabalho de Eloisa, assistente social, e Ivete, médica, no atendimento nos postos de saúde. Aproveitei o tempo que estive com elas dentro do carro, no percurso entre um posto de saúde e outro para poder conversar sobre o tema da pesquisa. Elas falaram que:

Dependendo da aldeia, a medicina tradicional é bem forte. Só vão tomar (no caso, os pacientes) medicamento depois de terminar o tratamento com a reza. Eloisa usou a palavra “convencimento” para dizer que, mesmo sabendo, percebendo que a pessoa seguirá o tratamento tradicional, ela também precisa do remédio<sup>37</sup>. Elas falaram bastante da necessidade de conhecer o contexto, de a família apoiar no tratamento dos pacientes (Eloisa e Ivete, Conversa no carro, Caderno 5, dia 18/07/2018).

Os relatos das interlocutoras reafirmam a necessidade de se conhecer as especificidades de cada povo indígena atendido. Por mais que a “medicina ocidental fique 5 anos no juízo” (Vilma, Belo Jardim, Caderno 6, dia 09/08/18) desses profissionais, Vilma aponta que é preciso “respeitar verdade do outro” (Vilma, Belo Jardim, Caderno 6, dia 09/08/18).

É preciso que os profissionais relativizem a biomedicina, seu conhecimento e, ainda mais importante, as noções sobre doença e cura, reconhecendo que é um sistema cultural de saúde entre outros. Não se está negando a sua eficácia instrumental, nem argumentando contra a necessidade de interferência. Porém, nossa biomedicina é um saber entre muitos e é importante reconhecer os seus limites (LANGDON, 2005, p.129).

Nesse sentido, o conhecimento e formação acadêmica baseada na biomedicina podem passar a ser questionados por esses profissionais ao começarem a trabalhar na saúde indígena (PEREIRA, 2012). Compreendo que ao não se sentirem contemplados pelo que aprenderam na faculdade, podem relativizar o saber biomédico como “verdade” e assim como Vilma, de maneira reflexiva (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012) se disporem a conhecer “a verdade do outro”.

Eloisa e Ivete, durante a conversa que tivemos, reforçaram bastante a necessidade de se conhecer o contexto em que se está trabalhando. É interessante perceber que, para além das especificidades de cada povo, Eloisa e Ivete percebem que existem variações entre as aldeias. A depender da aldeia, haverá um maior ou menor uso das “medicinas tradicionais”. Assim como Vilma, Ivete e Eloisa falam sobre os diálogos com os pacientes e profissionais da EMSI

---

<sup>37</sup> Eloisa se referiu aqui a remédio do sistema biomédico.

no que se refere ao uso das “medicinas tradicionais” e dos medicamentos do sistema biomédico. Nesse sentido, compreendo que, cotidianamente, esses profissionais fazem articulações e negociações entre o que aprenderam na faculdade e o que aprendem na prática de atenção à saúde indígena.

Retomando a provocação do professor Saulo Feitosa: como esses profissionais irão lidar com sistemas de saúde que não conhecem ou que passam a conhecer apenas a partir do momento que trabalham com a população indígena? A partir do trabalho de campo, considero que tem sido de fato no cotidiano que esses profissionais tem desenvolvido esse aprendizado. Ainda assim, esta é uma pergunta desafiadora para os profissionais. É também uma pergunta desafiadora para a reflexão que tento construir nesse trabalho e, ao mesmo tempo, esse questionamento nos remete a um passado e presente de formação do Brasil e dos profissionais de saúde que não alcançam uma formação desejada.

Os autores e os dados apontam que existe um déficit na formação desses profissionais sobre o tema da saúde dos povos indígenas. No entanto, esses profissionais reconhecem, assim como Langdon (2004; 2005), que as especificidades das populações indígenas devem ser conhecidas pelos profissionais de saúde para que possam qualificar a atenção à saúde indígena. Apenas o modelo biomédico aprendido pelos profissionais durante as formações acadêmicas não dá conta do contexto do trabalho em áreas indígenas (PEREIRA, 2012). Da mesma forma, apesar de a PNASPI lançar diretrizes sobre a atenção diferenciada e articulação entre medicinas, ela também não dá conta de necessidades cotidianas dos profissionais de saúde.

#### 4.5 FRANCISCA: “É MUITO CORRIDO O MEU TRABALHO”

Durante as semanas que acompanhei a EMSI do polo base Pipipan, sempre chegava cedo ao polo e encontrava Clara, enfermeira de polo. Por volta de 7h Clara já estava em sua sala, com pilhas de papeis, trabalhando. Diariamente. Às vezes que conversamos ou trocamos algumas palavras ela nunca parava de fazer o trabalho. Estava sempre ocupada, preenchendo papeis ou escrevendo no computador ao mesmo tempo em que falava comigo, de cabeça baixa resolvendo alguma demanda.

No espaço dos postos de saúde ou nos polos base foi comum também encontrar murais ou cartazes com metas cumpridas ou a serem atingidas por toda a equipe. São informações expostas a todos, para controle e acompanhamento. Ao longo de todo o campo, principalmente conversando com as enfermeiras, técnicas de enfermagem e AIS, foi muito

comum eu estar conversando com um profissional e ao mesmo tempo ele/ela estar preenchendo alguma planilha ou formulário. Por vezes não chegavam a conversar olhando para mim, mas sim para a pilha de papéis a serem preenchidos em sua mesa.

As metas, consolidados, planilhas, formulários, protocolos são uma constante na rotina dos profissionais de saúde. Desde o início do trabalho de campo em que comecei a acompanhar as EMSIs em área ou nos polos base, essa rotina de trabalho dos profissionais havia sido motivo de estranhamento da minha parte. A fala de uma das interlocutoras que entrevistei, fornece algumas cores para a observação sobre a rotina dos profissionais.

Eu tenho que passar os informes pra família, tenho que fazer o acompanhamento de idoso. E esse acompanhamento eu tenho que fazer no domicílio. (...) É muito corrido meu trabalho. (...) Só que eu já me acostumei né? Eu tô tão adaptada a isso que nem me cansa mais assim... a questão de produção já sei diferenciar, (...) já dou meu tempo certo, pra no dia da entrega já tá tudo consolidado e é só passar pra enfermeira. Eu me organizo, tal dia eu tô no posto, tal dia vou pra área, tal dia eu vou separar só pra consolidar minhas produções. Pra eu consolidar as produções, eu tenho que fechar todas as visitas da comunidade. No último dia que eu fechei tudo, de acompanhar criança menor de 5, de idoso, de tudo quando eu termino, aí é que vou consolidar. Já jogo mais lá pro final do mês, para dá tempo de eu percorrer a área toda, visitar todo mundo... aí no finalzinho, faltando uma semana, aí eu fico no posto para fazer só o consolidado, para não ficar com pendência. Não gosto de deixar pendência nas minhas produções. Quando Clara manda o cronograma dizendo: “tal dia eu quero a produção”...pronto, tal dia eu chego com minha produção sem pendência para ela um cronograma. (...) Por que é muito corrido, muita preocupação, eu não tenho como dar conta de tudo, é muita cobrança. Mas, eu quero fazer tudo do jeito que for nos conformes, pra não sair prejudicando nem a mim nem aos outros.

(...) O que me cansa não é meu povo é o trabalho que é muito acumulado é muita coisa (...). É tudo, preto no branco. Você tem que dar contas, é com metas e a gente trabalha e aquela preocupação que você tem que atingir no final do ano. E a gente tem que correr atrás de tudo isso. Eu, eu digo assim: é uma honra pra mim? É. Mais uma vez eu digo a você: pra mim é maravilhoso. Esses anos que eu estou aqui só tenho que agradecer a deus e a minha comunidade, aprendi muito com eles. O que sou hoje sou grata a eles, o meu próprio povo. (...) (Entrevista 7, Francisca, dia 11/07/2018).

Francisca foi uma das interlocutoras que pude construir vínculo durante o trabalho de campo. Ela é técnica de enfermagem e AIS há 18 anos atendendo o povo Pipipan. Consegui ter algumas conversas informais com Francisca e também realizei a entrevista. Sempre nos momentos em que conversávamos, Francisca era interrompida e chamada para resolver alguma outra demanda: verificar se tinha algum medicamento; ajudar o paciente a entender o que o médico estava falando; responder aos que estavam em espera quantos ainda havia na sua frente.

As metas e o fechamento da produção mensal são, para Francisca, motivo de preocupação. Em sua narrativa, ela demonstra aplicar toda uma organização diária, semanal e mensal, para que não fique com nenhuma “pendência”. Dialogando com Fischborn e Cadoná (2018), esta fala de Francisca assim como de outros interlocutores, conduzem-me a

compreender que os profissionais de saúde no Brasil estão inseridos em um contexto de políticas de gestão centradas em certa racionalização. Nesse sentido, o ritmo e as relações de trabalho vêm sendo cada vez mais regidos por uma lógica de custo/benefício/efetividade (PEREIRA, 2008) e isso contribui sobremaneira para uma precarização e flexibilização dessas relações de trabalho (SANTOS, 2012). Diante de tal rotina racionalizada e burocratizada, qual o tempo que se tem para conhecer o outro?

Visto isso, através do trabalho de campo etnográfico, busquei exercitar a escuta, aproximar-me dessas rotinas, vocabulários e formas de agir dos profissionais de saúde. O exercício de familiarização com o estranho (DAMATTA, 1978), enquanto um exercício que visa uma produção científica, fez-se presente aqui, de modo a me ajudar na construção de uma reflexão antropológica sobre a rotina desses profissionais de saúde e as implicações disso para uma proposta de articulação entre medicinas.

#### 4.6 O CONVITE DE BÁRBARA: “PODE ENTRAR, NÃO TEM PROBLEMA NÃO”

Um dos momentos significativos para mim como pesquisadora foi o dia em que Bárbara me convidou para entrar e ficar na sala de atendimento com ela. Foi a primeira oportunidade que tive de poder acompanhar mais de perto o trabalho de uma enfermeira no atendimento a gestantes. No que se refere a minha inserção em campo foi um momento significativo para a observação e exercício etnográficos.

Reproduzo a seguir um trecho relativamente longo do registro em diário de campo sobre o dia em que acompanhei Bárbara em atendimento pela primeira vez. Optei por apresentar o trecho quase na íntegra buscando contextualizar o momento em que o convite de Bárbara foi feito. Não era a primeira vez que eu estava naquele posto de saúde, mas ainda assim sentia algumas dificuldades de “estar em campo”. Por isso o convite de Bárbara e a experiência em acompanhá-la tornaram-se tão significativos para mim enquanto pesquisadora.

Hoje aconteceu algo novo: Bárbara me chamou para ficar com ela na sala de atendimento durante as consultas das 4 gestantes. Foi uma possibilidade que se abriu em campo que considere super significativa. (...) Hoje, como pude estar com ela em atendimento percebi um pouco, pude ver como ela atende. (...) As suas coisas ficam espalhadas na mesa: caneta, prontuário, caixa de luvas, sua água, sua nécessaire. Percebi que mais de um momento ela respirava fundo e soltava o ar pela boca. Li esse movimento como um sinal de agitação, cansaço e muitas coisas para fazer. Hoje ela estava responsável pelos PCCU, pré-natal e consulta. Ela ainda tinha vacinação, mas para adiantar, Tiago quem fez a vacinação. Hoje eu não consegui ficar muito do lado de fora do posto porque batia muito sol em todo canto. Bárbara falou do preventivo e DST na sala de espera e logo em seguida olhou para mim, para eu me apresentar. Ela disse que algumas pessoas já me conheciam, mas outras não. Eu falei que estava fazendo mestrado em antropologia, sou de Recife, estudante.

Estou pesquisando sobre o tema da Saúde Indígena. E aí estou acompanhando a equipe de saúde, conhecendo um pouco da sua rotina de trabalho. As pessoas na sala de espera me olharam, mas não acenaram, não falaram. Continuaram me olhando. Eu tentei interação com um bebê, J. de 1 ano, faz aniversário no mesmo dia que eu. A mãe dele com uma cara e um corpo de adolescente. O sol estava esquentando muito. As mulheres que estavam fora resolveram entrar. Eu fui atrás e sentei no banco. Não consegui fazer interação com ninguém. Mas sempre tinha alguém me olhando. A todo momento eu observo e também sei que sou observada. Tem gente que me encara mesmo. Os/as adolescentes são mais simpáticos. Os bebês também. Mas as crianças com 7, 8, 9 anos não sorriem para mim. Me observam muito, mas não sorriem se eu brinco. Acho que elas não dão confiança. Quando eu resolvi ficar dentro do polo, sentei perto da balança. Tiago ficou dando as vacinas na sala da esquerda e Bárbara na sala direita. Acho que não deu 15 minutos. Bárbara abriu a porta, me viu e disse: *Flávia, se quiser entrar agora enquanto eu atendo as gestantes, pode entrar, não tem problema não.* Eu fui. Já tinha uma mulher lá sentada. Fui atrás de uma cadeira para mim. Perguntei a paciente M. P. se ela se importava que eu ficasse na sala. Ela disse que não tinha problema. Não sorriu, permaneceu séria. Fiquei sentada mais perto do lado de Bárbara. (...) Acho que para as pessoas eu sou alguém da equipe. Afinal de contas eu estou entrando em área pela equipe, por estar na sala, e eu acho que Bárbara se sentiu a vontade comigo, ela me pediu alguns favores, e eu mesma fui e venho me prontificando a ajudá-la. Ajudei a abrir a caixa com os equipamentos dos testes rápidos para sífilis. Cronometrei 15 segundos para Bárbara auscultar os bebês das gestantes com o sonar. No atendimento domiciliar eu saí da casa da puérpera e fui buscar o termômetro e uma pasta branca onde Bárbara guarda as fichas de evolução e outras fichas. Sempre tenho me prontificado a carregar as caixas, pastas e bolsas e tem dado certo. É um serviço que me deixam fazer. Ao mesmo tempo tenho que tomar cuidado por que se eu derrubar alguma coisa dessa eu acho que eu estou lascada. Bárbara explicou que têm que preencher três documentos, fichas do paciente. Tudo isso para o controle da saúde do bebê e da mãe. Além de auscultar o coração do bebê, ela também mede a barriga da mulher ainda deitada na maca. Anota e calcula as semanas gestacionais, confere os ultrassom, exames de sangue e urina. Faz o teste rápido também. Ela também explicou que quando fosse dar o resultado para as mulheres eu tinha que sair da sala. Eu pedi a ela que me avisasse quando, em que momento eu teria que sair. As fichas que ela preenche tem uns campos e umas palavras bem pequenas, acho que é para economizar espaço. Foi um total de 4 gestantes. (Caderno 7, dia 16/08/2018).

Nesse registro de campo é possível observar a quantidade de atividades que Bárbara executa durante uma consulta de pré-natal que dura cerca de 15 minutos. Enquanto Bárbara realizava o atendimento das gestantes havia pelo menos umas 15 pessoas (adultos e crianças) aguardando por uma consulta. Seu trabalho cotidiano envolvia realização de PCCU; vacinação; preenchimento de diferentes fichas e planilhas; ausculta dos batimentos cardíacos fetais; cálculo de semanas gestacionais; realização de testes rápidos tanto com a gestante como com o seu respectivo parceiro. Nas oportunidades que estive na sala de espera ou na sala de atendimento, penso que a demanda de pacientes era, na maioria das vezes, para as enfermeiras. Essa demanda ainda aumentava caso o médico não estivesse presente por algum motivo.

Um dos dias acompanhando Bárbara e Francisca (técnica de enfermagem e AIS da EMSI do polo base Pipipan) na puericultura e na vacinação de crianças aproveitei um

intervalo entre um paciente e outro e perguntei a Bárbara o que ela mais gostava de fazer em sua profissão. Nesse momento Bárbara relatou que gostaria de ter mais tempo para “poder atender com mais calma, com mais qualidade, poder perguntar e orientar mais coisas as mães”. Ela disse que gostava de fazer “tudo, só queria mais tempo para poder fazer com mais qualidade”.

A partir do acompanhamento do dia a dia do trabalho de Bárbara como enfermeira e também a partir de sua expressão sobre desejar fazer um trabalho com “mais qualidade”, compreendo que seu trabalho seja predominantemente técnico (preencher planilha, fazer cálculos, auscultar, vacinar). Para cumprir e dar conta das demandas que cabem a ela como enfermeira, parece não haver tempo hábil para que ela, além dos serviços que já compõem sua rotina, conheça mais os pacientes e faça mais perguntas ou dê mais algumas “orientações às mães”. Nesse sentido, compreendo que a precarização da rotina de trabalho da enfermeira residiria talvez no fato dela desenvolver habilidades extremamente técnicas de forma não associada ao desenvolvimento de habilidades reflexivas. Quero dizer com isso que, na rotina dos profissionais, parece existir escasso tempo para que desenvolvam uma “competência cultural” apontada tanto por Langdon (2005) como pelos próprios relatos dos profissionais apresentados anteriormente.

Como afirmei na introdução a esta dissertação, não faz parte de meu objetivo entrar em um debate ou avaliação sobre a qualidade do trabalho dos profissionais de saúde. No entanto, devo considerar que o ritmo e responsabilidades de trabalhos vivenciados pelos interlocutores podem trazer implicações para as suas compreensões sobre as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

Dialogando com Fischborn e Cadoná (2018), penso que essa organização das demandas e da rotina de trabalho dos profissionais é influenciada por uma visão econômica e administrativa que corresponde a uma lógica de mercado (FISCHBORN e CADONÁ, 2018). Essa lógica traz implicações para o processo reflexivo desses profissionais em lidarem com as populações indígenas e as articulações entre as diferentes medicinas. Retomando a discussão do início deste capítulo, compreendo que, ao mesmo tempo em que os profissionais afirmam que não aprendem em suas formações a temática da saúde indígena, eles também apontam a necessidade de se conhecer as especificidades locais. No entanto, a partir do trabalho de campo, parece haver pouco “tempo” disponível ou um “tempo estrangulado” para que os profissionais se dediquem ao tema.

#### 4.7 “É PRA ATENDER TODO MUNDO COM CALMA PARA FAZER O SERVIÇO BEM FEITO”

O curioso do acompanhamento que realizei com Bárbara é que, por mais que eu percebesse que ela tivesse uma grande demanda de trabalho (desde número de pacientes a formulários a serem preenchidos) e que tentasse agilizar a conclusão de sua atividade para que os outros da equipe não ficassem a sua espera, eram constantes as queixas que ela recebia dos outros afirmando que “Bárbara é muito devagar”. De certa forma, era “como se o tempo dela não fosse compatível com o tempo dos outros, do posto e da profissão” (Caderno 7, dia 16/08/2018).

Sáimos do polo 08h e chegamos às 16h. Fomos eu, Gabriel, Bárbara, Roberto e a esposa de Gabriel. Roberto ficou no Travessão do Ouro. Desceu do carro pedindo para Bárbara não demorar porque ele teria às 16h uma reunião em Floresta. Achei que ela ficou meio sem jeito quando ele pediu isso e foi logo dizendo que tinha muita coisa hoje: *Clara colocou tudo hoje, HIPERDIA, vacina, PCCU. Você deveria ter falado isso antes pra ela, que ela colocaria menos coisas para hoje, estou sozinha, Lúcio não veio.* Lúcio faria o Hiperdia, mas ficou em Pankará para poder contribuir com a Conferência local que será dia 16/08. Bárbara também explicou que talvez ainda tivesse que fazer busca ativa porque as “ampolas” das vacinas tem uma certa dosagem, depois de aberta tem que ser usada em 6h. Se não usar é desperdício. (...) Nesse dia percebi que Bárbara se esforçou de algum modo para agilizar ou demonstrar que estava tentando/ ou sendo rápida. Até Gabriel que é motorista reclama, se queixa: *Bárbara é muito devagar (...)* (Caderno 6, dia 15/08/2018).

Nesses dias que ela está voltando de férias e da cirurgia as pessoas abraçam ela quando a veem, perguntam se está tudo bem. Ela sempre fala com as pessoas com sorriso, abraça, acho que ela é bem quista. Antes de sairmos para o almoço, a gente, ainda na sala de espera, Gabriel disse de alguma forma que *estava demorando* ou que *Bárbara era devagar*. A mulher com bebê no colo (que havia sido atendida por Bárbara) disse: *não. É pra atender todo mundo com calma para fazer o serviço bem feito* (Caderno 6, dia 15/08/2018).

Percebi em campo as diferentes demandas que existem para cada profissional da EMSI e isso implica também em diferentes formas que cada um irá lidar com o seu tempo pessoal e ajustar isso ao trabalho em conjunto em equipe. Ao mesmo tempo, existem as cobranças de prazos dados pela própria instituição, como já falado, os protocolos, as metas, planilhas, consolidados. Mais de uma vez, pelo fato de Bárbara “demorar” em atendimento ou em alguma outra atividade no dia, outros profissionais da EMSI falaram “Bárbara quer dar uma de psicóloga, demora muito em área” (Caderno 6, dia 09/08/2018), se referindo ao fato de, às vezes, Bárbara conversar com as pessoas, ou querer escutá-las ou ajudá-las. Para além de um *modus operandi* do modelo biomédico que influencia o modelo de atenção à saúde indígena, a nível local, existem as próprias regulações, entre os profissionais, sobre o tempo de trabalho despendido para as atividades.

Concatenar esses diferentes “tempos” pessoais e institucionais me pareceu ser um desafio para o cotidiano desses profissionais de saúde. Além disso, também se tornou um desafio para a pesquisa entender como esses “tempos” existentes nas rotinas de trabalho implicam em compreensões dos profissionais de saúde acerca das relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

#### 4.8 “QUE METAS DE FATO DEVEMOS ATINGIR?”

Em entrevista com a psicóloga Juliana, também integrante de EMSI, ela contou que “todo mundo sofre com as metas” (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018). Na mesma fala, ela também faz uma ponderação sobre a necessidade das metas para a organização e responsabilidade com o trabalho na saúde indígena:

Juliana: a meta ela é importante, principalmente para o profissional que não tem ... responsabilidade. Ela guia também a saúde indígena de uma forma importante, por exemplo, não cabe nunca aqui aquele profissional que não aparece...como outros órgãos, que eu não vou citar o nome, mas eu sei que tem alguns que o profissional não pisa. Isso não cabe dentro da saúde indígena de Pernambuco, digo isso sem medo. O profissional que chegar aqui (...) e simplesmente não aparecer para trabalhar, ele não vai ficar, não vai ficar. Não existe isso, minha filha, é meta todo mês, no final do ano se não atingiu a meta, já era. Claro que isso sufoca a gente, principalmente, a gente precisa de uma atenção diferenciada, mas também se você justificar corretamente você consegue, entendeu? Mas não é nada assim que eu não possa ser sensível. (...) mas eu também não vou me descuidar não, se eu perdi uma tarde com uma pessoa no outro dia a gente tem que se esforçar pra atender uma quantidade legal de pessoas, né? Porque, eu não acho...tá entendendo que é um negócio tão complicado... (...) que de uma certa forma eu acho que é importante, mas ao mesmo tempo limita a gente. Quando a gente chega de manhã, na aldeia, que tem mais de trinta pessoas pra ser atendida. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Essa fala Juliana estabelece justamente a ponte entre assuntos que estou buscando aproximar aqui: a rotina rígida com metas no trabalho em saúde e as nuances disso dentro de uma reflexão sobre a atenção a saúde diferenciada. Juliana compõe a equipe de saúde mental do DSEI-PE e relatou também que chegam a ter casos que demandam uma semana de grande dedicação da equipe. Ela se questiona e sabe que é questionada institucionalmente: “como justificar a produção no final do mês?” Como ela mesma afirma, “se perdeu a tarde com uma pessoa, no outro dia vai se esforçar para cumprir um número de atendimentos ‘legal’”. Ao final de sua fala, Juliana pontua justamente que as metas são importantes mas ao mesmo tempo são um fator limitante. Como pensar em uma atenção diferenciada tendo, em uma manhã, 30 pessoas para atender? A demanda é grande, as pessoas necessitam de atendimento,

os profissionais tem as metas para cumprir e os tempos (em diversos níveis) para serem conciliados.

No modus operandi do modelo biomédico, a rede privada em saúde segue se articulando cada vez mais com o modelo e ações do sistema público de saúde no Brasil (PEREIRA, 2008), então onde residiria espaço para uma profícua atenção diferenciada em saúde? Segundo Cardoso (2015), o problema parece “residir na flexibilização do modelo<sup>38</sup> e da racionalidade técnica (burocrática e clínica) que (ele) institui para fazer face à demanda por cuidados médicos que se articulam, de fato, com questões outras, muito mais abrangentes, de cunho social e cultural” (CARDOSO, 2015, p. 99). Nas palavras de Cardoso (2015):

O problema está localizado no modelo e na sua não flexibilização para atender à demanda que é feita, porque mesmo que se reconheça e se proclame a aceitação da diversidade e dos “determinantes socioculturais que estariam na base do processo saúde doença”, a racionalidade epistemológica e clínica inerente ao modelo e às ações em saúde não permite essa flexibilização e procura instaurar outro tipo de normatividade não só no que concerne aos cuidados com a saúde, mas que, potencialmente, reflete-se sobre a própria ordem cultural e social; por exemplo, ao serem criadas determinadas necessidades como o consumo de medicamentos e a internação hospitalar. (CARDOSO, 2015, p. 99).

Para Cardoso (2015), os próprios princípios que compõem a clínica médica e a ideia de universalização do sistema de saúde entrariam em choque com a proposta de uma atenção à saúde diferenciada (CARDOSO, 2015). Ainda assim, para autora, como afirmei no primeiro capítulo desta dissertação, a atenção diferenciada residiria na questão da articulação entre as medicinas indígenas e a biomedicina. No entanto, pelas falas dos interlocutores desta pesquisa, compreendo que alguns “moldes” e metas do modelo biomédico hegemônico são transpostos para o referido modelo de atenção à saúde diferenciada. Penso que essa “transposição de modelos” pode ser considerada problemática a partir do momento em que, por exemplo, Juliana aponta que se sente “sufocada” ou “limitada”. Para continuar a discussão, tratarei a seguir mais algumas situações de campo e falas de duas profissionais de saúde.

Durante uma das semanas que eu estava acompanhando trabalho de Bárbara e da EMSI de Pipipan, Bárbara me convidou para sairmos juntas. Ela mora durante a semana em Floresta, mas aos finais de semana viaja para ficar com a filha pequena em outra cidade. Naquele fim de semana especificamente, Bárbara ficaria em Floresta por estar impossibilitada de dirigir, pois havia realizado uma cirurgia. Aceitei o convite e saímos juntas no sábado a noite para o Grêmio Estudantil em Floresta.

---

<sup>38</sup> Modelo biomédico hegemônico.

Entre uma conversa e outra conversamos tanto sobre a minha pesquisa como também sobre o trabalho de Bárbara. A certa altura de nossa conversa, Bárbara tocou justamente neste tema das metas a serem atingidas em seu cotidiano de trabalho. Segundo Bárbara,

Todo ano as metas mudam para a puericultura e também para os testes rápidos. Ela disse que na atenção básica, os prazos e metas não são tão exigentes, mas na saúde indígena são. (Caderno 7, dia 19/08/2018).

Bárbara continuou sua fala relatando que a “a gestante tem que ter sete consultas de pré-natal” (Caderno 7, dia 19/08/2018), no entanto, uma das gestantes atendidas por Bárbara naquele período, só havia realizado três consultas. No momento da conversa, Bárbara se queixou e “contou que deixou tudo organizado antes de sair de férias, avisou ao médico e a outra enfermeira. Disse que caso a moça não fosse, era pra fazer busca ativa”. (Caderno 7, dia 19/08/2018). Segundo Bárbara, o não cumprimento da meta não é visto de forma positiva pela instituição. Ela contou ainda:

Que as vacinas tem meta na saúde indígena e tem gente que não quer tomar. Mas se não tomar, nós temos problema com as metas, as metas não sendo atingidas, isso nos prejudica, então a gente tem que arrumar um jeito de convencer aquela pessoa a tomar a vacina. (Caderno 7, dia 19/08/2018).

Outra fala que escutei em campo foi: “Final do ano tem que dar todo o vapor para bater meta!” (Belo Jardim, Caderno 6, dia 08/08/2018). Alguns dias depois, em mais uma ida a campo junto com a EMSI de Pipipan,

Fui com Bárbara fazer visita a gestante M. Ela já está com 39 semanas e Bárbara estava preocupada em visitá-la. Nesse dia fizemos a chamada busca ativa. A meta de sete visitas tem que ser batida (e isso Bárbara já havia me explicado). A gestante já tinha ido a consulta no posto na quarta passada, tanto é que Bárbara, eu acho, que hoje nem pesou novamente M., ela calculou uma média. A visita à gestante não foi nem por necessidade, foi por protocolo e regra da meta que Bárbara precisa cumprir. Novamente eu contei os 15 segundos para Bárbara auscultar os batimentos fetais. (Caderno 7, dia 21/08/2018).

Compreendo que, ao mesmo tempo em que as metas são uma consequência do trabalho realizado, elas também ditam o ritmo do trabalho. No contexto da situação de atendimento à gestante descrita acima, a preocupação de Bárbara era maior no que se refere ao cumprimento da meta do que uma necessidade “real” de atender a gestante. No entanto, se alguma meta não é cumprida, algum profissional ou a EMSI como um todo pode ser prejudicada perante a instituição em que trabalham. A articulação entre as medicinas indígenas e a biomedicina é uma diretriz orientadora do trabalho dos profissionais, mas não se tornou uma “meta” que é calculada semanalmente e possui resultados a serem apresentados mensalmente. Uma profissional de saúde fez os seguintes questionamentos:

Quem ou o quê é complementar? As medicinas tradicionais indígenas ou a biomedicina? Precisamos qualificar, repensar, reconstruir isso dentro das nossas

comunidades. Se eu vou trabalhar em Atikum, eu tenho que respeitar e conhecer, se for permitido o conhecimento Atikum. E as metas? Que metas são realmente, que metas nós de fato devemos atingir?. Aí uma pessoa na plateia disse: *agora chegou onde eu queria!*. Andreza continuou falando: nós podemos colocar o médico e o pajé em conjunto, conversar, colocar isso em nosso planejamento. (Caderno 6, dia 25/07/2018).

Andreza é funcionária da CASAI do DSEI-PE e fez essa fala durante o V Encontro de Pajés, Parteiras e demais Detentores de Saberes Tradicionais Indígenas de Pernambuco, em julho de 2018. Pude registrar a sua fala em meu diário de campo e considero que nela Andreza reúne pontos essenciais que sigo tratando neste trabalho: ela questiona a própria relação (desigual) entre a biomedicina e as medicinas indígenas; o quê seria complementar ao quê?. Andreza afirma ainda a necessidade de se conhecer os contextos específicos de cada comunidade indígena; questiona o “porquê” e “para quê” das metas estipuladas para a saúde indígena; e, por último, sugere que médico e pajé trabalhem em conjunto. Afinal, o que essas metas devem atingir e qual a sua efetividade na ponta do serviço quando queremos pensar em uma articulação entre medicinas indígenas e biomedicina? Através do depoimento de Andreza, aparentemente, as metas que existem não respondem a essa pergunta.

Esses relatos conduzem-me a refletir que esta “atenção diferenciada” que adjetiva a saúde indígena requisite um “tempo” que, a nível estrutural, organizacional e burocrático parece ter dificuldades de existir no cotidiano dos profissionais. Por mais que eles identifiquem que conhecer as especificidades locais seja necessário para o trabalho em saúde indígena, aparentemente, diante do modelo de atenção, torna-se difícil colocar isso em prática. A partir dos exemplos que pude escutar e observar durante o trabalho de campo, compreendo que na rotina de trabalho dos profissionais de saúde a articulação entre as medicinas indígenas e a biomedicina não se torna ausente ou imperceptível aos interlocutores. No entanto, ela exige um esforço constante de profissionais e equipe que decidem se dedicar ao tema.

Com um tempo escasso, com a própria equipe inquieta com a “demora” do atendimento da enfermeira, compreendo que se configura um contexto árduo (mas não infértil) para que as reflexões sobre o trabalho aconteçam, para que os profissionais sejam estimulados ou tenham um mínimo tempo para planejar e executar ações que estimulem a articulação entre biomedicina e medicinas indígenas. Eles sabem pelo quê devem ser cobrados ao final do mês, e isso já consome grande parte de seu tempo despendido no trabalho. Refletir sobre a articulação e executá-la de alguma forma na prática torna-se tarefa árdua.

Ainda assim, a fala de Juliana aponta um caminho de compreensão sobre a questão quando afirma que, mesmo com os “limites” impostos pelas metas, ainda daria para ser

“sensível”. Nesse sentido, entendo que a rotina de trabalho com certa racionalidade não deve ser compreendida como um absoluto sufocamento de sensibilidades. Essa rotina do trabalho na atenção à saúde indígena pode ser analisada, na verdade, como um elemento que implica em certa sensibilidade e reflexividade nas experiências dos profissionais de saúde. Como afirmei no início deste capítulo, os interlocutores da pesquisa não se mostraram alheios ao contexto em que as diferentes medicinas estarão em interação. Ao mesmo tempo em que se referem às medicinas indígenas como um “conjunto de saberes” também identificam uma intensa procura da população por medicamentos do sistema biomédico. No próximo capítulo, a partir de alguns relatos específicos, aprofundo uma compreensão sobre situações em que uma sensibilidade e reflexividade estiveram presentes na rotina dos profissionais de saúde.

## 5 “EU VOU ESCUTAR ESSE POVO!”

A frase-título desse capítulo foi dita por Nivaldo, enfermeiro da CASAI-PE, durante conversa que tivemos em Belo Jardim, ocasião da reunião com os enfermeiros do DSEI-PE. A frase inaugura esse capítulo apontando caminhos para uma análise sobre situações em que os profissionais de saúde, interlocutores desta pesquisa, vivenciaram uma reelaboração de suas compreensões sobre processo saúde-doença. Reúno nesse capítulo os dados e reflexões de campo que compõem um dos objetivos da pesquisa: compreender como os profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde-doença a partir do trabalho em contextos indígenas.

Devo alertá-los que aproximar-me de relatos pessoais e significativos no que tange às experiências desses profissionais não foi tarefa fácil. Foi um objetivo durante todo o trabalho de campo, no entanto, permaneceu de certa forma inconcluso, devido à dificuldade de “encontrar esses dados”. Ao longo do trabalho de campo também me questioneei sobre possíveis “erros” ou “falhas” que eu estaria cometendo por não “encontrar” os dados esperados. No diário de campo, escrevi:

O que eu sinto que ainda não alcancei é o objetivo específico 3: compreender como os profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo de saúde e doença a partir do trabalho em contextos indígenas. Estou com dificuldade de elaborar perguntas que me levem a essa resposta. (Caderno 6, dia 29/07/2018).

Fazendo uma retrospectiva sobre o trabalho de campo, as articulações e vínculos que consegui construir com alguns interlocutores e compartilhando minhas impressões e inquietações com outros colegas, chego a algumas pistas de uma compreensão sobre minha dificuldade de acessar os dados almejados. Questiono-me nesse sentido se, até que ponto, a rotina estrangulada de tempo e espaço de reflexão dos profissionais de saúde não seria uma forte razão para que eles mesmos encontrassem dificuldade de refletir e compartilhar (comigo ou com outras pessoas) suas práticas cotidianas. A dificuldade de visualizar e compreender os dados de campo poderia ter suas raízes tanto no meu olhar como antropóloga (enquanto um olhar dentro outros possíveis) como também no próprio contexto estudado.

Como afirmei anteriormente, talvez a própria forma como o trabalho, a distribuição de tempo de atividades, as metas a cumprir, as cobranças das próprias instituições inibiriam possibilidades de “respiro”, não deixando um espaço necessário para a reflexão dos profissionais sobre o que fazem, como fazem, por que fazem. Um dos meus interesses em campo era justamente acessar essas reflexões e inquietações desses profissionais a partir de suas próprias narrativas.

Não quero com isso me eximir de um esforço que, como antropóloga e pesquisadora, devo assumir para interpretar os dados que são postos. Fazendo uma ponderação, posso supor que um acompanhamento mais longo e talvez direcionado a profissionais específicos pudesse me conduzir a esses relatos mais pessoais dos profissionais sobre suas compreensões reelaboradas dos processos saúde-doença. Mas bom, ressalvas feitas, seguirei a partir daqui com os dados que de alguma forma provocaram reflexões iniciais sobre o terceiro objetivo específico desta dissertação.

Como estratégia de exercitar a escuta para acessar os relatos dos interlocutores, uma das perguntas que eu optei por fazer durante as entrevistas e durante as conversas em campo foi sobre experiências marcantes para esses profissionais. Minha ideia, através desta pergunta, foi poder acessar esses momentos de virada, de afetações, de transformação, de decisão que fossem importantes e significativos para eles. A ideia foi conhecer essas experiências marcantes e, a depender dos relatos, entender suas compreensões sobre os processos de saúde e doença e as relações entre as medicinas indígenas e biomedicina aí implicadas.

### 5.1 NIVALDO: EXERCÍCIO DA “ESCUTA”

Como desenvolvi no capítulo anterior, o cotidiano é o espaço-tempo privilegiado de um aprendizado dos profissionais sobre o trabalho de atendimento aos povos indígenas. Nesse processo é que surgem momentos de frustração, vitória, transformação, dilemas pessoais, limites e possibilidades da atuação como profissional de saúde.

Durante a conversa com Nivaldo, ele contou ter podido participar do IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais (ocorrido no território do povo Kapinawá em 2017). A participação no evento o fez afirmar para si: “eu vou escutar esse povo” (Nivaldo, Caderno 6, 09/08/2018). Em vários momentos de nossa conversa ele falou em “escuta”. A seguir, trecho do diário do diário de campo:

Nivaldo falou demais em ESCUTA. Disse que depois do Encontro em Kapinawá ele falou para si mesmo: eu vou escutar esse povo. (...) Disse que: *a pessoa não chega apenas com uma morbidade; ela não é uma morbidade*. Falou isso apontando para mais de um dedo da mão, complementando e falando ainda que existem várias coisas, questões que aquela pessoa está vivendo, não apenas a morbidade (Nivaldo, Caderno 6, 09/08/2018).

A fala de Nivaldo aponta para uma mudança pessoal de atitude de Nivaldo em relação as pessoas atendidas por ele na CASAI. Penso que esse trecho enfatiza uma decisão pessoal importante do profissional a partir de uma experiência vivida no IV Encontro de Pajés e

Detentores de Conhecimentos Tradicionais. Em conversa, entendi que para Nivaldo, o evento se mostrou como um espaço para diálogo, para possibilidades de escuta sobre outros conhecimentos, saberes e medicinas.

Outro destaque para a fala de Nivaldo é a “escuta”. O exercício da escuta, que o interlocutor afirma ter incorporado em seu cotidiano, passou a extrapolar uma visão restrita sobre as morbidades de pessoas atendidas, como ele mesmo afirma: “a pessoa não é apenas uma morbidade”. Ela é uma pessoa. Penso que isso é fundamental e extremamente fértil para lidarmos com o processo de saúde e doença. Em um caminho inverso ao de uma objetificação da doença, presente na biomedicina (PEREIRA, 2012), Nivaldo opta pelo exercício da escuta e diálogo e apresenta uma reflexão e atitude diante da realidade em que trabalha e, portanto, convive.

Quando perguntei a Nivaldo sobre experiências ou momentos que haviam sido marcantes para ele, ele respondeu: “Nossa, têm vários, poderíamos passar a semana conversando” (Nivaldo, Caderno 6, dia 09/08/2018). Nivaldo contou-me sobre uma situação que vivenciou na CASAI. Uma pessoa que disse estar com dor de cabeça e o procurou solicitando um “dipirona”.

*A pessoa estava na CASAI, procurou Nivaldo e pediu dipirona. Nivaldo perguntou: Mas o que é que você está sentindo? A pessoa: estou com dor de cabeça. Nivaldo: você comeu o que hoje? A pessoa: comi de manhã, saí bem cedo, passei o dia na rua. Nivaldo: então você vai fazer assim, vai tomar um banho de cabeça, vai me prometer que vai ficar uns 10 minutos com a cabeça debaixo do chuveiro. Depois disso, você vai bater um prato, vai encher a barriga (Nivaldo falou isso dando tapas sutis em sua própria barriga). Se depois disso sua dor de cabeça não passar, eu te dou o dipirona. A pessoa aceitou, seguiu as orientações de Nivaldo e melhorou. Eu perguntei para ele: e como foi que você se sentiu? Ele disse: vitorioso. Ele se sentiu vitorioso por ter dado certo. Ele também falou rapidamente que existem casos que a dor não passa e então ele dá o remédio para a pessoa (Caderno 6, dia 09/08/2018).*

Ainda refletindo sobre o que Nivaldo havia me relatado sobre a “escuta”, escrevi no mesmo dia em diário de campo:

*Estou pensando agora que o meu 3º objetivo de pesquisa, sobre como os profissionais reelaboram suas compreensões do processo saúde-doença. Acho que passa pela palavra e experiência que Nivaldo falou muito em escuta. Escutar o quê? Os outros problemas dos pacientes? Escutar os outros tratamentos que a pessoa está seguindo ou que acredita? A escuta passa/dialoga muito bem com a antropologia, com o exercício de conhecer o outro. Acho que aqui reside uma grande contribuição da Antropologia para pensarmos a atenção diferenciada (Nivaldo, Caderno 6, dia 09/08/2018).*

Penso que o exercício de escutar, além de ser muito próximo do ofício antropológico, torna-se fundamental na experiência de Nivaldo e sua compreensão sobre o processo de saúde e doença ali vivido. Mas escutar o quê? Os outros problemas dos pacientes? Escutar os outros tratamentos que a pessoa está seguindo e/ou acredita? No relato, compreendo que Nivaldo não

considerou apenas a informação “dor de cabeça” como suficiente para dar o “dipirona” solicitado pela pessoa. Ele perguntou e se dispôs a escutar o que aquela pessoa tinha vivido naquele dia. A partir disso, prosseguiu com a orientação.

Em sua fala, Nivaldo não caracterizou o “tomar banho” e “encher a barriga” como parte das medicinas indígenas. Nesse sentido, compreendo que a situação vivida por Nivaldo não seria, especificamente, de uma articulação entre a biomedicina e as medicinas indígenas. No entanto, a situação se apresenta como um movimento do interlocutor no sentido de compreensão ampla e contextualizada da “dor de cabeça”. Movimento esse que, segundo Nivaldo, foi engatilhado através de sua participação no IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais.

Com a resolução positiva da situação, Nivaldo se sentiu “vitorioso”. Nesse sentido, por mais hegemônico que se configure o modelo biomédico, a narrativa de Nivaldo aponta que, num processo reflexivo (MINAYO e GUERRIERO, 2014), os profissionais de saúde modificam o campo e são modificados por ele. Nivaldo se dispôs a escutar e dialogar e, a partir disso, agiu em campo através da orientação ao paciente.

## 5.2 JULIANA: “ESTAMOS JUNTOS”

Durante este IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais ocorrido em Kapinawá, evento marcante para Nivaldo, tive uma conversa interessante com a psicóloga Juliana, que relatou uma experiência marcante para sua relação com as pessoas da comunidade indígena em que atende. Ela se referia a primeira vez que foi ao Acampamento Terra Livre<sup>39</sup> (ATL) que ocorre anualmente em Brasília. Meses depois, quando iniciei o trabalho de campo especificamente para o mestrado, lembrei-me desse seu relato e decidi abordar durante a entrevista concedida por ela.

Juliana contou que sua ida e participação no ATL foi um marcador de mudança na sua relação com pessoas da comunidade indígena que ela atende como profissional de saúde. Em suas palavras, ela teria deixado de ser apenas uma “funcionária”, passou a ter uma sensação de, em suas palavras: “estamos juntos, uma integração”. Reproduzo o trecho de nossa entrevista:

Flávia: Juliana, tem outra coisa que eu lembro que tu já comentou. Foi quando você foi no Acampamento Terra Livre, disse que foi marcante e tal. Tu foi esse ano e ano passado?...Eu lembro que te encontrei ano passado...

Juliana: foi demais. Foi ano passado, esse ano ninguém foi daqui...

---

<sup>39</sup> Acampamento Terra Livre é uma mobilização nacional a favor dos povos indígenas que ocorre anualmente em Brasília-Brasil.

Flávia: ah, não foi não.

Juliana: eu ia de novo, eu vou todos os anos se deus quiser! Menino, foi tão fantástico pra mim aquilo ali! (...) O Acampamento pra mim, trouxe muitas essa concepção assim de uma integração... de estamos juntos. Sabe, você não é só funcionária, que nunca foi né? Mas assim... que pra muita gente fica só a pessoa que quer ser só funcionária. E nunca foi só isso pra mim. (...). Eu acho que pra mim também... no Acampamento Terra Livre teve o resgate de muita coisa assim, sabe? Dessa coisa da produção acadêmica, do contato com as etnias, que é uma coisa que eu gosto, mas não sei por quê (Juliana, Entrevista 8, dia 17/07/2018).

Um pouco mais adiante na entrevista eu faço outra pergunta e Juliana fala novamente sobre a experiência no ATL, aprofundando um pouco as reverberações que a participação no evento trouxe para ela.:

Flávia: (...) Teriam outros momentos que tu percebeu que foram marcantes que nem esse do Acampamento, na tua relação com povos que tu atende...

Juliana: teria. Teve várias coisas assim, mas eu acho que esse foi o principal assim... Assim, não foi só o contato com eles, é uma coisa interna minha também sabe, porque despertou muita coisa assim, acordou muita coisa, que tava adormecida porque essa coisa meio do querer estudar é difícil, sabe quando a gente mora no interior, casa e tem filho, trabalho e não posso deixar de trabalhar mais e...pelo menos não por enquanto, pra querer fazer as coisas, mas pelo menos é...acordou isso e me trouxe mais força, além disso que eu falei, na questão do texto, da integração, do fazer parte, isso também foi muito forte pra mim, e aquele momento ali, com três mil índios do Brasil inteiro, é uma experiência inacreditável...acho que vale a pena.

Flávia: eu nunca fui...

Juliana: se um dia você tiver vontade, é fantástico assim, tem uma hora que a gente faz a caminhada né, e antes da caminhada, cada um no seu ritual é lindo de morrer, assim pra quem gosta né? Eu sei que você gosta também e tal, é uma coisa linda...imagina cada povo no seu ritual, só de pensar eu fico arrepiada, muito lindo, muito, muito... você chora de tanta emoção assim. Caramba, menina tá ali o povo do Xingu, tá o povo do norte, né, do amazonas e o povo do nordeste e o povo do sul...aquele som, é um negócio assim, é impressionante...impressionante. Você fica: *meu deus do céu, graças a deus e aos encantados que eu estou aqui*. Fantástico! Eu gostei demais, demais. O dia a dia também...é fascinante. a pessoa pra ir tem que...tem que...sem nem o que tem que ter, eu, graças a deus, sou muito tranquila, sabia que eu ia aguentar, mas não é todo mundo que aguenta não. (Juliana, Entrevista 8, dia 17/07/2018).

Somado a essa experiência no ATL, para Juliana, o fato de ela gostar e se interessar pela cultura dos povos indígenas a aproxima da comunidade como pessoa:

Juliana: (...) o fato de gostar da cultura indígena me aproxima não só como psicóloga, me aproxima como pessoa, como pessoa que gosta, gosta de andar com eles, gosto de debater com eles, gosto de ir para os movimentos em Recife, que às vezes, psicologicamente, eu não sei se é tão positivo, embora eu só vá com as lideranças né, mas é assim; mas eu adoro (...) (Juliana, Entrevista 8, dia 17/07/2018).

Mesmo que a sua participação no ATL não tenha sido como parte do seu trabalho como integrante da EMSI, essa participação trouxe implicações para como as pessoas a viam no cotidiano como profissional. A vivência de Juliana em um espaço fora do cotidiano de trabalho mudou positivamente a sua relação com a população atendida. Ela deixaria de ser apenas “funcionária”.

O relato de Juliana não se trata exatamente de uma narrativa sobre sua mudança na forma de entender o processo de saúde-doença das pessoas que atende. Seu relato aponta para uma mudança na relação da comunidade com Juliana, num reforço do “gostar de andar com eles” e também em sua sensação de maior “integração” com a comunidade. Essa relação e gosto pessoal de Juliana pela temática indígena conectam-se com o trecho que analiso a seguir, pois são vistos por ela como fonte de uma sensibilidade que ela acionaria no trabalho cotidiano em área indígena.

### 5.3 JULIANA E O CASO DO BEBÊ COM MALFORMAÇÃO

A certa altura da entrevista, quando perguntei a Juliana se ela percebia em seu dia a dia que as pessoas utilizavam tanto os remédios tradicionais como os remédios ditos “da farmácia”, Juliana me ofereceu uma resposta longa e detalhada sobre uma situação vivenciada por ela e a EMSI. É uma narrativa longa, no entanto, Juliana retoma, de modo a reforçar, questões que tratei no capítulo anterior sobre diálogo e articulação entre medicinas e formas de tratamento; sobre o diálogo entre profissionais e população atendida.

Juliana: (...) você acredita que tem várias situações que eles dizem: *não dá pra tomar medicação agora, que a gente já tá fazendo um tratamento tradicional ...e a gente faz aquela orientação: mas pode conciliar os dois e tal...mas a gente tem certeza que a pessoa não vai começar...*(risos)

Flávia: tá...(risos)

Juliana: a gente faz o que é devido, mas a gente sabe que não vai ser feito, pelo menos naqueles três dias, geralmente três, quatro dias, aí alguns chegam dizem: *não, termina no sábado*. A gente já sabe que a medicação só vai começar no domingo ou na segunda (risos). Isso acontece demais aqui (...). Não aceitar ser socorrido porque está no tratamento tradicional, não aceitar mesmo: *não vou de jeito nenhum, não tem quem faça eu ir*. E vai enfermeiro e muitas vezes a gente é chamado para casos que não é nosso, vamo dizer, não faz parte de pessoas que tem transtorno mental e a gente é chamado por uma questão de conversar de tentar explicar por outro meio de outra forma, porque a enfermeira já tentou, a técnica já tentou, (...) chama a psicóloga, a psiquiatra pra conversar com essa pessoa vê se consegue, algumas vezes a gente consegue, com crianças já consegui, vários casos, mas não é fácil não.

Flávia: sim, imagino...

Juliana: e eu vou, sento converso, e eu gosto também de ir nesses casos.  
(Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Juliana afirma que existem casos em que as pessoas utilizam as diferentes medicinas, mas não simultaneamente. Juliana percebe isso em seu cotidiano e relata que as pessoas esperam acabar um tratamento para poder iniciar outro. Ela, enquanto integrante da EMSI e psicóloga, se coloca e é colocada por outros nesse lugar de dialogar com os pacientes para que utilizem determinada medicação indicada pela EMSI.

A meu ver, aqui residiria uma situação de zona de contato e intermedicalidade (FÓLLER, 2004). Como pano de fundo, uma negociação entre medicinas indígenas e biomedicina e, visivelmente, um exercício de Juliana e equipe em articular os diferentes tratamentos, dialogar com a pessoa atendida, entender e saber como ela deseja prosseguir.

A seguir, continuando a entrevista eu pergunto a ela como é ter que lidar com esse tipo de situação. Ela responde comentando sobre o limite dessas situações e relata um caso de um bebê com malformação. O limite para Juliana não estaria numa falta de compreensão dela sobre a situação vivida, mas sim um limite na sua atuação como profissional, um limite de até onde a pessoa atendida aceita o tratamento ou instrução dada pela EMSI. Em sua narrativa, Juliana parece reconhecer um limite em seu lugar como profissional e também na efetivação de uma articulação entre medicinas.

Juliana: eu converso, eu falo quando oriento, mas eu acho que existe direito de você continuar seu tratamento... entende?

Flávia: entendo...

Juliana: se não tiver passando mal e dizer que: *eu não vou pro hospital, eu não vou*. Quantas e quantas pessoas sabem que não tão bem e não falam pra ninguém porque não vai pro hospital. É quase que um direito né, então é um limite...

Flávia: mas que é difícil pra vocês...

Juliana: entendo, é difícil sim, é muito. Teve um caso que depois até quero sentar com a...conversar, foi bem difícil esse caso, que ela tava com um bebê muitas malformações, muitas mesmo e os médicos eles não tem preparação para conversar com a pessoa, alguns né? Aí o médico acha de dizer a ela, na cara dela, na ultrassom que ela foi pra fazer, pra provavelmente saber o sexo do bebê, ele vai explica que: *o bebê dela só o milagre e são tantas más formações*. O quê que acontece? Ela vai no rezador e o rezador diz que o bebê não tem nada, que tá tudo bem. Aí entra a psicologia, veja: diante do meu desejo do meu filho estar bem, eu fico com a opinião de quem? Fora o que eu sou crente naquele meu sistema tradicional de cura, uma coisa se junta a outra e fica extremamente forte, só que, aí veja a complexidade disso, pro médico, enfermeiro sabe que provavelmente ela ia sofrer um aborto porque o bebê não ia se desenvolver... e aquele aborto podia matar ela, sem uma, sem uma assistência né? É uma assistência adequada, e aí: *chama Juliana*. Nesse dia eu fui só. Vamo tentar convencer ela a ir pro hospital porque Ivete já tinha trabalhado na ultrassom e disse: *esse bebê aqui não tem condições não, é nascer e chegar nos nove meses. Nasce e morre*. Aí eu sei que a gente foi lá porque ela

primeiro ...porque o rezadeiro disse que não tinha nada então ela nem pré-natal queria fazer mais, tava tudo bem, aí vamo lá conversa, e ela muito nervosa, se percebia que tava um conflito mental na cabeça dela... de quem ela acredita e qual nosso papel? Não tinha que você ficar ali: *tem que ir tem que ir*, nem psicologicamente isso faz sentido.... e aí eu expliquei tudinho que: *acreditava na questão da medicina tradicional achava que era muito importante, mas que também não impedia dela ir se referenciada no IMIP pra fazer só uma avaliação*. Ela: *não vou, não, não vou*. Depois a mãe chegou arretada. A mãe dela foi que chegou virada mesmo, a gente respeita, deixou lá..falou, falou, falou... e aí quando eu vi o tanto de resistência, eu disse assim: *veja, quando a gente procura um médico que a gente não acredita nele, a gente não procura um outro?, eu não tô dizendo que você não acredita no outro, o benzedeiro, mas porque você não procura um outro rezador da aldeia pra você escutar segunda opinião e você ficar cada vez mais tranquila e também tranquilizar a gente, mas que seria muito importante*. Aí ela ficou assim e não disse nada. Eu disse: *a gente não vai forçar você a ir pra lugar nenhum porque isso é um direito seu, mas eu quero que você saiba que a gente tá a disposição, não é porque você disse que não ia, que a gente nunca mais vai se interessar por você*. Isso é importante, porque eles acham isso: *ah, eu não fui, não fui naquele momento, agora elas não vai querer que eu vá*.

Flávia: aaa..entendi.

Juliana: eu percebi isso, venho percebendo isso: *mas isso não quer dizer que se amanhã de manhã você chegar e dizer: eu quero ir, chama a gente que a gente vem e lhe levo*. eu senti que ela ficou mais tranquila, sabe, quando a gente disse isso, porque fica aquela coisa de sair com raiva da gente e não tem nada a ver né? Mas pensa assim. Aí eu sei que.... ela: *não sei, não sei*. Toda resistente. Eu disse: *bora simhora, o que a gente tinha a fazer já foi feito*. Ela foi de fato pra outro rezador seguiu o conselho e o rezador que ela foi disse: *vá agora imediatamente ao hospital*. E ela já veio abortando, foi simhora pra Recife porque aqui não fazia, não sei como foi, eu sei que o menino realmente não ia, um menino ou uma menina, parece que era uma menina, não lembro. Tinha uns cinco meses, seis meses. É um tanto de informação que eu realmente não ia registrar. E aí depois ela veio falou com a gente bem. Até hoje ela fala com a gente bem simpática e tal. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

A seguir, Juliana fala sobre uma sensibilidade necessária para lidar com situações como essa do bebê:

Juliana: são essas coisas que a gente se depara, mas se você não tivesse sensibilidade pra isso... não rola não. E eu vou ser sincera assim, que o fato de gostar da saúde indígena da questão indígena muito antes deu entrar, eu penso, que pra mim faz toda a diferença, é diferente de alguém entrar na saúde indígena com outras intenções, que é um emprego federal... e, mas eu acho que você...isso também não impede, claro, de outra pessoa entrar com outros objetivos e ter sensibilidade né? Lógico, vai de pessoa pra pessoa. Mas tem pessoas que não se adaptam, eu acho, tanto que não fica. Eu acho que é importante você ter essa visão antropológica que muita gente também não se interessa, entra faz seu trabalho ali como só existe aquilo e não dá importância pra questão antropológica, cultural, de tempo, de memória, de tanta coisa.... não tem essa, esse objetivo. Você vim reproduzir uma medicina ocidental e só? eu acho isso prejudicial. (...) Eu saí depois conversando até com a gente de saúde daqui. Isso é muito mais importante que a gente acolha, dizendo que a gente está aqui pra decisão que ela quiser, porque ela vai se sentir segura quando for o momento dela do que a gente sair dizendo: *que fez o nosso papel que agora não tem mais nada por fazer*. A gente sabe que tem esse discurso. E é claro também que a gente usou da questão: *olha, você tem o direito de seguir a decisão que você quiser, mas de fato você vai ter que assinar um termo de responsabilidade*. Porque é um jogo de mão dupla sabe, porque, se essa mulher morre, cadê a assistência? Cadê a enfermeira? Cadê a equipe de saúde mental, Cadê... Cadê todo mundo?

Flávia: vem as cobranças, né?

Juliana: mas o discurso que é importante: *não a gente tá aqui pra lhe ajudar no que você quiser, não se preocupe. Se você disser não vai, não vai! Mas a gente continua aqui, na hora que você quiser, na hora que você precisar e tal...* Isso deixou ela muito mais aliviada pra pensar com tranquilidade do que pensar pressionado. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Ainda relatando o caso do bebê com malformação, os limites e negociações entre EMSI e a gestante, Juliana aponta ser necessária uma sensibilidade para lidar com esses contextos. Compreendo que uma competência cultural (Kleinman et al. (1978) apud LANGDON, 2005, p. 129) é acionada por Juliana através de sua sensibilidade a situação. Ao mesmo tempo em que existe o limite em sua atuação como profissional de respeitar a decisão da paciente, Juliana afirma acionar essa sensibilidade para saber como uma questão como essa deve ser conduzida. A gestante já havia sido consultada por um médico (o que afirmou que o seu bebê “só milagre”), pelo rezador e depois estava sendo orientada pela EMSI a ir ao hospital novamente. O limite que o lugar de profissional impõe a Juliana anda de mãos dadas com a sensibilidade que ela diz acionar nessas situações. Compreendo que o fato de Juliana conduzir a situação com o que denomina de sensibilidade, a fim de conseguir êxito da resolução do caso, se torna possível na medida em que ela se distancia, nos termos de Pereira (2012), de concepções estritamente biomédicas sobre o processo saúde e doença.

Talvez, se a EMSI fosse seguir a rigor um protocolo de condução do caso, a gestante seria levada imediatamente para o hospital. Mas não era essa ação que Juliana considerava que deveria ser realizada, uma compreensão sobre o contexto daquela gestante, o itinerário que ela já havia percorrido, suas frustrações, tudo isso parece ter sido considerado por Juliana e EMSI. Sua narrativa evidencia uma abordagem contextual e específica através do diálogo e também de um exercício em entender os limites do seu lugar como profissional de saúde.

Para Juliana, sua sensibilidade não está atrelada a sua formação como psicóloga, baseada no saber biomédico. A sensibilidade estaria atrelada ao seu “gosto” e interesse antigo e pessoal pelo tema da saúde dos povos indígenas. Para ela não é suficiente, como profissional, simplesmente vir e “reproduzir a medicina ocidental”. Pois isso seria “prejudicial”.

Outro destaque dado por Juliana se refere à importância do acolhimento para a gestante se sentir segura com a condução da EMSI. Ao mesmo tempo, compreendo que em sua fala há outra questão em jogo: Juliana e EMSI precisam se respaldar acerca da decisão da gestante. Esse seria um “jogo de mão dupla” nas palavras de Juliana. É um jogo, a meu ver, entre essa sensibilidade que ela tem que acionar para lidar com a situação e as cobranças

institucionais. “Quem” cobra o resultado no final do mês? São as instituições e modelos de atenção a saúde permeados pela lógica de um modelo biomédico. Não será um rezador pertencente àquele povo indígena que cobrará algum consolidado ou planilha de Juliana ao final do mês.

Seguindo com a entrevista, pergunto a Juliana se haveria outra experiência marcante que ela gostaria de compartilhar e ela aprofunda um pouco mais suas sensações e impressões sobre o caso do bebê com malformação:

Flávia: tem algum exemplo, experiência na saúde indígena que te marcou mais que tu gostaria de compartilhar, na tua trajetória?

Juliana: essa que eu contei foi muito marcante pra mim assim, porque...da bebê...porque é complicado você tá ali querendo fazer a pessoa ir pro hospital, mas ao mesmo tempo querendo respeitar a decisão dela. Né fácil não....

Flávia: imagino...

Juliana: é bem complexo, assim, e você fica naquela de: *o que fazer, né?* E assim, a forma que eu achei na hora, na hora viu? não tem essa coisinha de se preparar não, quem sabe faz ao vivo (risos) é comum você imaginar...

Flávia: se vira nos trinta...

Juliana: é...na hora é que você tem que ficar vendo a reação da pessoa, vendo as possibilidades que ela dá, se ela dá alguma brecha, se aquela emoção não é um conflito que fazer pra você entrar... Não é fácil não, porque não tem essa historinha de receita de bolo e você chegar lá e agora você...nada disso. Ou você é sensível a tudo aquilo que ela está ali demonstrando ou então nada feito. E é por isso que muitas vezes é que chama a psicóloga, porque já foi tentado e muitas vezes é tentado de uma forma não adequada, não é nem por nada, porque obviamente as pessoas não tem o curso de psicologia né? A gente não pode exigir, isso é fato né? Acaba sendo arrogante e grosseiro querer que todo mundo tenha um conhecimento específico da fala que a gente querendo ou não, a gente vai tendo um pouco nas entrelinhas né? A brecha que a pessoa dá, a contradição e tal que são coisas bem típicas do próprio trabalho do processo terapêutico né? Isso facilita, logicamente.  
(Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Juliana também se referiu ainda a “conflitos” vivenciados por ela como profissional ao lidar com situações que são vistas pela população como “espirituais”, mas que em sua visão como psicóloga, a medicação (do saber biomédico) ajudaria aquele paciente:

Flávia: e vê, Juliana, tu já falou um pouco também, mas se tu pontuaria harmonias e conflitos que tu vê na relação entre medicina dita ocidental e medicina tradicional?

Juliana: é como eu falei mesmo, a gente vê esses conflitos na resistência né? Ser socorrido, na resistência à adesão ao tratamento da medicina ocidental... a gente tem, a gente tem... é basicamente isso assim, de ir pro atendimento no consultório, a gente tem vários casos. A gente falando e vai lembrando, muitos casos de pessoas, às vezes até, assim, que tem o conhecimento bom, que não tô negando que exista influência espiritual, não tô. Eu acredito mesmo, mas eu também acredito que pode haver as duas coisas, inclusive assim, uma pessoa amiga que é espírita kardecista,

ela disse uma coisa assim pra mim uma vez. Faz tempo isso, que o transtorno mental ele deixa a pessoa vulnerável à espiritualidade... (...) Eu acredito nisso. Sendo que pra gente, minha filha, botar na cabeça que pode ter as duas medicinas às vezes não funciona porque na cabeça das pessoas é só espiritual. Então, esse é um dos conflitos que a gente vivencia, e como eu disse, tem vezes que é só espiritual mesmo, mas tem vezes que a gente percebe que uma medicação ajudaria... bastante... e às vezes, por exemplo, tem casos que a pessoa resistiu, resistiu, resistiu... quando viu que realmente precisava da medicação aí chega até a gente, acontece muito. A gente tem, não em relação a esse conflitos das duas medicinas, a gente tem o preconceito, o estigma da saúde mental, a loucura...a gente tem muita resistência de chegar até a gente pelo preconceito: *vão dizer que eu tô doida*. Doido uma vez, doido sempre, né?

Flávia: é pau...

Juliana: é.. muito sério. são essas coisas que a gente vivencia sabe? No dia dia, mas nada também que a gente não... às vezes angustia, mas dá pra ir superando, sabe? (Entrevista 8, Juliana, 17/07/2018).

As falas de Juliana aqui trazidas são longas, no entanto, compõem o seu entendimento e maneira escolhida para lidar com processos de saúde e doença, mas especificamente, com os diálogos e negociações com a paciente e seu bebê com malformações. Nas palavras de Juliana, também não existe uma “receita de bolo”, é tudo na hora. A sensibilidade a esse tipo de situação é acionada por Juliana mediante sua afeição pela temática, pelas pessoas. Essa sensibilidade que, a meu ver, em alguma medida lhe afasta do saber biomédico, lhe abre brechas diante das limitações de sua posição como profissional de saúde, aproximando-lhe, como pessoa, da situação, da gestante e da comunidade.

#### 5.4 KAIO: ENTRE A “VISÃO CIENTÍFICA” E O “LADO INDÍGENA”

Um dos enfermeiros entrevistados, Kaio, relatou um caso de atendimento que havia sido marcante para ele e ocorrido dias antes de realizarmos a entrevista.

Kaio: essa indígena que eu visitei esse final de semana...ela estava com o ferimento no pé e... eu tive lá na residência dela e disse: *olha...precisa ir no hospital onde tem mais suporte, para desbridar esse tecido que estava morto aqui e fazer a limpeza*. E aí ela no primeiro momento concordou e... porque... enfim, aí na sequência ela disse: *não posso ir*. Eu disse: *oxe, porque você não pode ir? é final de semana, o posto tá fechado, a gente só vai abrir na segunda então...* Ela disse: *eu não posso ir porque mandei rezar nele... e aí tem que completar os três dias*. E aí eu tive que compreender que ela tava no processo de cura e tratamento ali... que ela tava respeitando aquilo. Então eu tinha que respeitar também, mesmo minha visão científica dizendo que ela poderia piorar e ter um processo de infecção. Enfim, veio um monte de coisa na minha cabeça na hora. Mas aí eu parei e disse: *não*. Meu lado indígena também pensou e eu disse: *tá certo, quando terminar o tratamento de reza, a senhora fala para fazer a limpeza do ferimento no hospital*. (Entrevista 5, Kaio, dia 27/06/2018).

Neste relato de experiência marcante para Kaio, destaco alguns pontos: ele se refere ao fato de “ter que compreender” o processo de cura da senhora; ter que respeitar esse processo; e ainda se refere ao fato de parar e pensar entre seu “lado indígena” e sua “visão científica”. Durante a entrevista Kaio não apontou essa situação como um divisor de águas em sua conduta como enfermeiro, ou como um momento que interferiu nos atendimentos que se seguiram. No entanto, a própria situação vivida por Kaio e a forma como ele agiu e contou ter refletido acrescentam alguns elementos para a discussão que proponho aqui.

Na narrativa de Juliana ficou em destaque a negociação que ela realizou junto com a equipe, com a paciente e sua família. Já nesta narrativa de Kaio, destaco o diálogo que ele “travou” com ele mesmo, com o lugar de profissional de saúde e indígena ao mesmo tempo. Ele não chegou a se referir a essa situação como “dilema”, “desafio”. No entanto, pela maneira como ele relatou a situação durante a entrevista, compreendo que houve uma hesitação no momento entre seguir com o modo de agir do saber biomédico ou respeitar a decisão da paciente em não ir ao hospital devido ao tratamento com reza que ela estava submetida. De modo a articular a biomedicina e medicina indígena, Kaio equacionou a situação aconselhando a senhora a, quando terminasse o tratamento da “reza”, ir ao hospital “fazer a limpeza do ferimento”.

Compreendo que nas experiências dos profissionais aqui analisadas, talvez em especial aqueles que são indígenas, os diálogos e negociações ocorrem para além de relações entre: profissionais indígenas X não indígenas; profissionais X protocolos; profissionais X instituições; profissionais X pessoas atendidas. Os diálogos e negociações se dão também a um nível pessoal que os fazem reconfigurar, para além das concepções biomédicas, a condução dos processos de saúde e doença.

A meu ver, os interlocutores em suas narrativas enquanto indígenas e profissionais de saúde se mostram como agentes ativos dentro de um contexto de intermedicalidade. Eles se tornam ativos numa situação de negociação entre a “visão científica” e o “lado indígena”. Ainda sobre ser indígena e também profissional de saúde, trago a seguir o relato de mais uma interlocutora.

### 5.5 FABIANA: O “DILEMA” E O “CHOQUE”

Em outra entrevista, desta vez com Fabiana, também enfermeira, a referência ao ser indígena e também profissional de saúde foi colocado como um dilema. Ela faz essa afirmação e em seguida conta a experiência que vivenciou:

Flávia: (...) assim, o caso que eu consegui tentar assimilar que foi um caso grave, que eu já falei várias vezes, que eu achei que foi um caso que foi um dilema pra mim enquanto profissional e indígena. Eu tava atendendo, na puericultura e chegou uma criança pequenininha com vômito e diarreia. Aí eu tava sem a viatura, no momento em que viatura tinha saído. Aí, e eu vi que o bebê não tava bem, só que eu não queria preocupar a mãe. Aí eu pedi pra ela esperar um pouquinho até avaliar, mas eu já vi que ele tava com desidratação grave, é uma urgência não é uma emergência na realidade, né? Aí eu não quis agoniar a mãe, aí eu fiquei, eu disse: *espera só um pouquinho, daqui a pouco eu atendo*. Porque o que era o que eu dizer: *eu tenho que levar esse menino pro hospital*. Ela ia se agoniar, né? Aí eu esperei mais um pouquinho e eu esperando a viatura chegar, e eu atendendo o povo.

Flávia: certo.

Fabiana: *vá pra tua casa dê um leite a ele, dê o peito a ele e daqui a pouquinho eu te chamo, quando chegar a vez dele*. Aí nisso ele vomitou e eu não sabia que ele tinha vomitado. Aí a avó chegou bem irritada, eu já tava atendendo a última pessoa, esperando a viatura chegar, que eu tinha combinado com o técnico: *vou ter que ir pro hospital que ele não tá bem não tá com desidratação*. Aí ela disse: *vai na viatura né?* Eu disse: *é. Assim que a viatura chegar eu deixo o médico terminando de atender e vou embora*. E nisso ele tinha o quê, dois meses, esse bebê. Aí quando ele vomitou que a avó viu, aí a vó já veio irritada: *Fabiana, porque você não atendeu ele ainda?* Eu disse: *porque eu tô esperando o carro chegar*. A avó: *e se ele morrer você vai fazer o quê?* Aí tirou a criança da aldeia, eu fiquei louca. Isso dez horas da manhã. Aí a viatura chegou umas onze horas, mais ou menos e nada. Aí eu: *minha gente, cadê a menina? Cadê? (...) Botaram esse menino no carro e saíram, não sei pra onde*. E eu fiquei preocupada, né?. Eu disse: *eu não posso deixar essa criança na aldeia do jeito que tá, se não ela vai morrer, no final de semana*. E nisso eu fiquei de dez da manhã até três da tarde esperando... ela chegar. Aí eu: *só saio daqui quando eu levar essa criança pro hospital, nem que eu saia de noite*. E isso a equipe todinha lá aí eu: *se quiserem ir embora podem ir, mas eu vou ficar aqui*.

Flávia: e tu não sabia pra onde eles tinham levado?

Fabiana: não, ninguém sabia. Disseram que tinham ido rezar, agora aonde? Aí quando foi umas três horas da tarde e eu lá esperando, no ponto de apoio, do lado da casa dela, né? Aí ela chegou, aí quando ela me viu ela já começou a chorar: *Fabiana, me desculpe que mãe ficou agoniada*. Aí eu disse: *eu sei, eu entendo sua preocupação e eu tava muito preocupada aqui também, eu tava angustiada porque eu não podia sair da aldeia e deixar ele desse jeito, porque ele vai morrer*. Eu falei logo assim: *seu filho não tá bem, ele não tá grave, mas se eu deixar ele aqui do jeito que ele tá, ele morre*. Aí ela foi e disse: *o rezador disse que não era pra tirar... ou...que era pra terminar o trabalho com ele*. Aí eu disse: *você vai terminar o trabalho com ele, mas eu vou precisar levar ele pro hospital hoje*. Eu disse a ela: *sou sincera a você, do jeito que ele tá aqui hoje... uma criança com dois meses... Ele tava com todos os sinais de desidratação grave*. Aí eu disse: *se eu deixar ele aqui na aldeia hoje, segunda feira seu filho não vai estar mais vivo*. Aí eu disse: *ele precisa tomar um soro. remédio eu nem digo nada, mas soro ele precisa*. Aí ela começou a chorar. Aí eu disse: *mas não se preocupe não, o caso dele vai ser resolvido no hospital, não se preocupe*. Aí eu disse: *ele tá tomando o quê? nessa mamadeira?* Aí ela disse: *tá tomando chá*. Aí eu disse: *coloca açúcar dentro dessa mamadeira aí*. Aí eu botei açúcar pra evitar a hipoglicemia, né? Aí eu: *bota açúcar nessa mamadeira*. Porque ele tava bem...letárgico, já tava...ele tava irritado (...) Quando ela chegou de três horas da tarde ele já tava letárgico, já tava bem molezinho (...) que é o olho bem fundo, sinal da prega muito...tava com todos os sinais mesmo. Aí eu peguei botei o pai e as meninas no carro e fui (escuta-se estalar de dedos da entrevistada) para Petrolina.

Flávia: isso já era que horas?

Fabiana: era umas três e meia da tarde já. Aí que eu evolui né? *Eu não vou nem mandar encaminhamento, eu mesma vou levar.* Aí levei. Aí quando chegou lá na emergência, na urgência eu entrei falei com médico: *doutor, eu trouxe essa criança por causa de disso disso e disso.* Aí ele examinou e disse: *é realmente vai ter que ficar aqui.* Aí eu voltei com o pai. E nisso ela não tava dando peito, tava dando um leite errado. Aí a Agente de saúde: *eu vou insistir pra voltar a usar o peito.* Aí eu: *mulher esqueça o peito, vamos utilizar o leite certo que ela não vai dar o peito ao menino, aí vai acontecer de novo e a gente pode perder essa criança.* Aí eu orientei o pai a usar o leite correto eu disse: *ó, infelizmente era pra estar dando só o peito, mas já que sua esposa não quer dar o peito, vamos dar pelo menos o leite certo porque eu não vou mais trabalhar aleitamento materno por conta de leite, que ela tava dando leite errado, quase matou seu filho.* Aí ele: *não, não vou mais deixar não ela dar esse leite aí.* Aí eu ensinei usar o leite correto, aí o menino cresceu bem. Aí no outro mês da puericultura, ela voltou. Aí ela disse: *o rezador reclamou, porque tiraram o menino da aldeia, que não podia ter tirado da aldeia.* Aí eu disse: *olhe, termine o tratamento do jeito que o rezador pediu, agora se ele tivesse ficado na aldeia, ele teria morrido, porque tem coisas que vai além do espiritual, tem coisas que tem que intervir fisicamente mesmo na criança.* Aí ela disse: *não eu percebi que..o médico disse mesmo que se ele não tivesse vindo, ele tinha morrido em casa.* Eu disse: *porque seu menino é pequenininho, qualquer coisinha ele desidrata e morre.* Aí ela disse: *foi, eu disse ao rezador, mas o rezador disse que foi errado ter tirado a criança da aldeia.* Aí é meio que um choque né? Aí eu disse mulher, eu sou indígena também, mas eu sei quando tenho que tirar. Agora tem rezador também que tem o bom senso, tem um nosso que eu entrevistei no tempo da pós e ele disse: *Fabiana, eu observo, se eu ver que eu não consigo resolver na aldeia, eu mando ir pro hospital, eu mando ir pro médico. Porque já não é espiritual, aí já é um problema físico que tem que os médicos intervirem.* Aí as vezes alguns não têm esse bom senso.

(Fabiana, Entrevista 1, dia 20/06/2018).

Nesse relato de Fabiana pode-se acompanhar suas reflexões e percursos escolhidos para lidar com a situação de atendimento. O dilema, em sua narrativa, está no fato de ser indígena e ser profissional de saúde. A partir da entrevista, compreendo que Fabiana buscou dialogar com a mãe do bebê que, segundo sua avaliação, não estava bem e precisaria ir para o hospital. Ao mesmo tempo em que Fabiana relatou certeza de que a criança precisaria de um atendimento hospitalar, ela não rechaçou a escolha da mãe do bebê pela reza e procurou o diálogo. Interessante que ela relata que “foi um choque” saber que o rezador havia contraindicado a ida da criança ao hospital. A partir disso, Fabiana argumentou com a mãe do bebê que ela era indígena e por isso sabia distinguir os momentos em que se deve tirar a criança da aldeia ou não. Utilizando os termos de Pereira (2012), nessa situação não haveria, para Fabiana, uma zona de opacidade em sua compreensão. Pelo contrário, apesar do dilema pessoal, o fato de ser indígena lhe conferiria uma competência cultural (Kleinman et al. (1978) apud LANGDON, 2005, p. 129) para entender e saber lidar com a situação da melhor forma.

Um das questões que penso ser interessante de abordar a partir desse caso é a importância dada a vida e a sobrevivência daquele bebê que estava em jogo ali. Como destacam Pereira (2012) e Dias da Silva (2014), assegurar e saber lidar com a vida é um dos

carros chefes do que rege a ética do saber biomédico, se tornou mote no discurso sanitaria e no discurso indigenista no Brasil. As enfermeiras são formadas para “salvar vidas”. Para Fabiana, não conduzir aquele bebê naquele momento para o hospital ocasionaria o seu falecimento durante o fim de semana. Na narrativa de Juliana, exposta anteriormente, ela também comenta que, caso a pessoa atendida viesse a falecer, a equipe seria cobrada por isso. Nesse ponto, a partir de Cardoso (2015) compreendo que ocorre uma coalisão entre o que se propõe como atenção específica e diferenciada e o modelo biomédico hegemônico. Por mais que Juliana e Fabiana, nas duas situações, estivessem empenhadas em dialogar com os outros tratamentos seguidos pelas pessoas atendidas, ao final das contas, elas também sabiam que, poderiam ser cobradas (e talvez prejudicadas) posteriormente como profissionais.

#### 5.6 SER INDÍGENA E PROFISSIONAL DE SAÚDE: “TANTO A INSTITUIÇÃO COMO A POPULAÇÃO DEPOSITA UMA CONFIANÇA EM VOCÊ”

Assim como Kaio e Fabiana, outros profissionais de saúde que se tornaram interlocutores da pesquisa também se identificaram como indígenas. Não foi objetivo específico desta pesquisa analisar as experiências dos profissionais indígenas, no entanto, a partir do trabalho de campo, considero oportuno destacar algumas questões que essa intersecção (profissional de saúde e indígena) permite para a reflexão sobre a categoria de intermedicalidade, sobre o cotidiano dos profissionais e as articulações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

Através de entrevistas e conversas informais com os profissionais, percebi que alguns deles associam a identidade indígena como determinante para as orientações e relações de confiança que estabelecem com a população indígena atendida. Nos relatos anteriores de Kaio e Fabiana, ambos fizeram referência ao fato de ser indígena como um fator importante no momento de diálogo com as pessoas atendidas e decisão sobre como prosseguir com os tratamentos. Esse lugar ocupado pelos profissionais indígenas, a meu ver, talvez possa ser visto como um elo de confiança e legitimação, por parte dos indígenas atendidos, ao sistema público de saúde ofertado a eles. Nas palavras de Kaio ser indígena e profissional de saúde:

É uma responsabilidade enorme, porque é você ter uma responsabilidade maior, porque você tem que fazer aquilo acontecer, entendeu? Não tem aquela coisa de você dizer *não*, *eu não tou entendendo* ou *eu não quero* ou *não aceito*, é... porque tanto a instituição quanto a população deposita uma confiança em você. E espera de você uma atitude diferente de outros, que já passaram, que não eram indígenas, enfim...entendeu...? É muita responsabilidade, é você ter esse olhar de indígena, de conviver mesmo, de entender, de saber como as pessoas esperam e até onde você poder ir, aí...é... tá envolvido. Agora mesmo, semana passada, estávamos em Recife

como eu te disse, na luta pela terra entendeu? Então... é você tá também atuando em outros setores, inclusive como liderança, representando a saúde, é tá na luta da terra né...porque eu não posso me fechar só, *sou polo base, sou saúde e não tenha nada haver com isso*, tá tudo ligado, e como tá tudo ligado você acaba extrapolando essa questão de referência, você acaba se tornando mesmo uma referência para tudo e para todos, então é uma responsabilidade muito grande, mas graças a deus tá dando certo aí, esses 4 anos que..., a deus e aos encantados né. Eu sempre digo que quando eu recebi a ligação dos meninos me chamando para vim, eu disse: *é uma convocação*. (Entrevista 5, Polo Pankararu, dia 27/06/2018)

Para Kaio, o fato de ser um indígena profissional de saúde implica em maior responsabilidade na sua atuação. Tanto a instituição, como a população atendida, depositam uma confiança nele. Dessa forma, compreendo que as responsabilidades profissionais e indígenas estão interligadas por uma relação de confiança com a população e uma expectativa da instituição. Não haveria espaço para Kaio dizer que “não entendeu”. Segundo Kaio, não existiria uma separação entre ele ser um representante da saúde e ao mesmo tempo ser uma liderança e estar na luta pela terra, está “tudo ligado”. Nesse ponto, há um entendimento sistêmico de Kaio sobre o contexto indígena em que se situa e atua como profissional de saúde.

Outra interlocutora, Francisca (indígena, técnica de enfermagem e AIS), já citada anteriormente, também se referiu a sua relação de confiança com a comunidade. Quando perguntei-a sobre uma experiência marcante em sua experiência profissional, ela contou:

Na minha rotina tem muitas... o que mais me marcou foi quando eu cheguei numa casa que uma pessoa tava doente e ela disse pra mim: *eu não vou pra o hospital, vou fazer minha medicação caseira e quero seu apoio. tudo que você pedir pra mim fazer eu aceito fazer. Só não quero ir para o hospital. agora daqui, se você mandar eu beber veneno, eu bebo*. Eu entendi dessa pessoa que ele dedicou uma confiança em mim, que só não aceitava nada que viesse do branco. E ele tinha uma confiança em mim, quando ele disse: *se você me der veneno, sendo da nossa medicina eu considero como remédio*. A confiança que ele tinha em mim, e dentro da minha comunidade me marcou também a confiança que meus idosos depositaram em mim, era quando eles diziam pra mim assim: *eu só tomo esse remédio se você disser que eu posso tomar*, muitas vezes o médico passava a medicação pra eles e eles não tomavam. Se eu passasse um mês sem ir na casa, era um mês sem tomar o remédio. (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018).

Em seguida a essa resposta, perguntei a Francisca se ela achava que essa confiança depositada nela teria alguma ligação com o fato dela ser indígena. Ela afirmou ficar em dúvida sobre a questão e afirmou: “essa confiança que eles pegaram em mim, foi pela minha pessoa, (...), o meu jeito de ser no meu trabalho, em ser aquela pessoa atenciosa a eles, aquela pessoa de respeitar eles, aquela pessoa que nunca mentir pra eles.” (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018). Interessante que mais a diante, ainda na entrevista, ela conta que pelo fato de ser

indígena não haveria diferenças entre ela e a população atendida. O fato de ser indígena lhe atribuiria um conhecimento sobre os costumes da população.

Aqui a gente é... a comunidade é indígena e o profissional é índio também, indígena também... aí não tem uma diferença de um pro outro até porque eu sou índia e minha comunidade é índia. Então eu já sei os costumes deles, como eu sei o meu que é o mesmo deles, então eu não tenho uma diferença, um problema pra enfrentar com eles sobre essa questão indígena, meus conhecimentos indígenas. Agora pra você que vem de fora, você vai ter essa dificuldade, porque você vai ter que ter conhecimento indígena para poder você trabalhar com eles. Se você não trouxer esse conhecimento, essa experiência é difícil. (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018).

Através dessa relação de confiança, Francisca contou ainda que é consultada pelas pessoas atendidas quando estas ficam em dúvida sobre tomar a “medicação” ou “remédio caseiro”:

E eles ficam com aquela dúvida de não tomar a medicação, aí eles vêm a mim: *eu tou fazendo tal remédio, pra mim tomar pra tal problema, eu posso tomar os dois?* Aí tem pessoas que me faz essa pergunta e se eu disser: *tome, não tem problema de você tomar o remédio de pressão*, eles tomam, se eu disser: *não tome*, eles não tomam e tem outros que não tomam de jeito nenhum. Só tomam um e depois passa para o outro. Eles pode até fazer dois tratamentos. Eles faz o indígena e depois vai pro branco, mas não misturam um com o outro não. (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018).

Considero que a relação de confiança entre Francisca e a população atendida possui conexões com o fato dela também ser indígena e, portanto “não ter uma diferença de uma pro outro”. A frase: “se você mandar eu tomar veneno, eu tomo” é significativa de uma relação de extrema confiança no trabalho e condução de Francisca na situação narrada.

Enquanto indígenas e profissionais de saúde, compreendo que Francisca, Kaio e Fabiana, num contexto de intermedicalidade, tornam-se protagonistas de uma articulação diária entre as medicinas indígenas e a biomedicina. A partir dessas narrativas, compreendo que a intermedicalidade pode estar no próprio lugar e vivência desses profissionais de saúde que são indígenas. Tanto em suas relações institucionais como em suas relações com as próprias comunidades. Através da confiança, eles transitam entre os limites e compreensões das medicinas indígenas e da biomedicina. Ser indígena lhes confere uma determinada leitura sobre os processos de saúde da população atendida. Por mais que os relatos de Fabiana e Kaio apresentem dilemas e hesitações nessa intersecção entre ser indígena e profissional, é o que lhes garante pessoal, institucional e comunitariamente a compreensão do que deve ser feito.

## 5.7 VITÓRIAS, DILEMAS, CHOQUES E LIMITES: O QUE NOS DIZEM SOBRE O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA?

Os relatos de experiência que busquei reunir aqui de forma extensa e procurando realmente conceder espaço para as narrativas dos próprios interlocutores, são férteis de reflexões sobre os processos de saúde e doença.

Baseada em Fóller (2004) e Pereira (2012), afirmo que existem processos de limites, hesitações e encontros nessas situações marcantes vividas por Nivaldo, Juliana, Kaio, Fabiana e Francisca. Os processos dialogados sobre como conduzir os tratamentos e os encaminhamentos das pessoas atendidas passam por negociações desses profissionais com suas próprias concepções, formações, afeições, identidades. Além disso, existem as negociações com as próprias pessoas atendidas, com as cobranças institucionais ao final do mês, com os familiares da pessoa atendida, com os rezadores da comunidade.

Fóller (2004) nos fala sobre “o limite como uma instância do devir incessante de sentido, (...) local de passagem e de conflitos, de afirmações e de reafirmações de sentidos prévios e de hesitações constantes” (FÓLLER (2004) apud PEREIRA, 2012, p.526). Compreendo existir um diálogo desta afirmação de Fóller (2004) com os dados que apresentei. No relato de Kaio, ele refletiu, hesitou, escolheu acionar/afirmar seu “lado indígena”. Fabiana aponta a situação relatada como um dilema pessoal enquanto profissional e indígena; refere-se a um “choque” sentido a partir do posicionamento contrário do rezador com relação a condução do bebê ao hospital. Juliana aponta limites e conflitos de sua atuação e negociação em atendimento. Nivaldo aciona e passa a reafirmar a escuta na sua prática profissional, o que lhe proporcionou a resolução de um caso que o fez se sentir “vitorioso”. Em mais de uma narrativa, as diversas relações de confiança mostram-se decisivas no cotidiano de atendimento.

Ainda dialogando com a afirmação de Fóller (2004), compreendo que os limites estariam “dentro” e “fora” dos profissionais. Seriam limites enfrentados pessoalmente, entre suas concepções e formações pessoais sobre o processo de saúde e doença; seriam limites entre suas formas de pensar, de agir, de ser profissional e indígena. Os limites estariam “fora” dos profissionais na medida em que envolvem outros profissionais, pacientes, protocolos de conduta, instituições. Na “hora H”, como compreendo a partir da fala de Juliana, o profissional deve concatenar todos esses fatores e negociações para poder conduzir os casos.

No que se refere a uma reelaboração pelos profissionais de saúde sobre suas compreensões do processo saúde-doença, entendo, assim como Pereira (2012) que essas

situações de dilemas, desafios, vitórias e limites vividos e relatados pelos interlocutores estimulam e implicam em novas e/ou reformuladas formas de agir sobre o processo de saúde e doença. Diante do estranho, do novo, dos limites e possibilidades das situações, os profissionais se mobilizam, eles não passam incólumes. Em um caminho de mão dupla e exercício de reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014), os profissionais também são modificados pelo seu campo de trabalho.

Nos casos reunidos percebo, assim como Pereira (2012), que os discursos, mesmo realçando limitações, eles nos apresentam “situações em alguma medida refratárias às intervenções dos profissionais de saúde.” (PEREIRA, 2012, p. 522). Nos casos vividos por Juliana, Kaio e Fabiana, negociações entre as perspectivas biomédicas e as perspectivas locais sobre o tratamento a ser seguido foram colocadas em diálogo, não sem conflitos, não sem, talvez, uma relação desigual.

As ações dos profissionais tiveram êxito na medida em que foram dialogadas opiniões, pensamentos, tanto dos profissionais como da pessoa atendida, que nos casos de Juliana e de Fabiana não estavam sozinhas, estavam com familiares. Nesse ponto, lembro-me de uma fala incisiva dita por uma interlocutora no I Seminário sobre Práticas de Saúde e o Modelo de Atenção Diferenciada no âmbito do DSEI – Pernambuco: “Quando chegamos em área indígena, se tem doutores e doutoras. (...) A saúde indígena deveria reproduzir menos os modelos estáticos da biomedicina” (Caderno 2, dia 03/05/2018).

Ao trabalhar nas EMSIs, “os profissionais são chamados a atuar em nome de um conjunto de concepções e tecnologias (a biomedicina)” (PEREIRA, 2012, p. 525). No entanto, suas ações tiveram êxito na medida em que se afastaram, relativamente, de um protocolo biomédico, e se aproximaram de uma sensibilidade, como denomina Juliana. Como explicitado por Bruno e Vilma no capítulo anterior, a PNASPI não ensina a receita de como lidar com essas situações. Ao mesmo tempo, continuarão existindo cobranças por metas, prazos, consolidados, metas de vacina, planilhas a serem preenchidas e casos de pacientes que se negam a ir ao hospital.

Como já explicitado, no cotidiano desses profissionais de saúde estão em diálogo (com limitações ou não): indígenas e não indígenas, pacientes, comunidade, rezadores, concepções pessoais sobre saúde e doença. Dessa forma, haja vista às narrativas aqui reunidas, reitero que o empenho em aprofundar as compreensões dos cotidianos dos profissionais de saúde das EMSI, passa por um entendimento não estático e não dicotômico a respeito das medicinas indígenas e da biomedicina.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação tive como objetivo analisar como profissionais de saúde que atendem povos indígenas em Pernambuco compreendem as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina. Para isso, a partir de referências tanto do campo da Antropologia como do campo da Saúde Coletiva, busquei: identificar o que os profissionais entendem por biomedicina e medicinas indígenas; explicar como os profissionais relacionam diferentes medicinas no atendimento cotidiano aos povos indígenas; e, compreender como os profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde e doença a partir do trabalho em contextos indígenas. Todo o exercício analítico partiu de um entendimento sobre as experiências cotidianas desses profissionais de forma a percebê-las circunscritas aos contextos e percursos histórico-políticos da atenção à saúde indígena no Brasil.

Metodologicamente, considero que foi fundamental a oportunidade de residir no município de Floresta-PE. Essa escolha foi crucial para que eu pudesse acompanhar de forma mais aproximada o cotidiano de trabalho de algumas EMSI de polos base da região do sertão pernambucano. Toda a organização e planejamento de campo, mesmo que abertos e suscetíveis aos imponderáveis, também foram importantes para que o projeto e o desenvolvimento da pesquisa estivessem ancorados e entrelaçados com os objetivos e referenciais teóricos estabelecidos. A percepção do processo reverso em que eu também era observada em campo e os significados que eram atribuídos a minha presença ali também foram importantes para um caminho de amadurecimento pessoal como pesquisadora e antropóloga em formação.

Através do uso de mapas, quadros esquemáticos, uso do diário de campo, registros fotográficos e considerações sobre os desafios vivenciados na pesquisa, busquei compartilhar com os leitores não apenas os bastidores do trabalho de campo, mas também as bases e reflexões sobre as quais os dados puderam ser gerados. Não de forma linear, nem homogênea, a pesquisa foi sendo lapidada de modo a abraçar desafios e inquietações no sentido da construção de uma reflexão científica sobre as experiências dos profissionais de saúde interlocutores desta pesquisa.

Ao longo de cada capítulo e seus respectivos tópicos, busquei compartilhar minhas considerações e análises. Aqui, já finalizando o trabalho, faço alguns destaques sobre dados apresentados, entrelaçamentos com as referências teóricas e futuras questões.

Reiterando as considerações apresentadas no primeiro capítulo, a partir dos dados reunidos, entendo que as experiências dos profissionais de saúde não podem ser vistas de um

ponto de vista generalizante. A partir do trabalho de campo, considero que uma compreensão dicotomizada sobre as relações entre profissionais de saúde X povos indígenas e entre as medicinas indígenas X a biomedicina não dá conta de uma complexidade e profundidade que um debate antropológico permite à questão.

A partir das conversas e entrevistas, os profissionais apontam que existem diferenças entre a biomedicina e as medicinas indígenas, e uma delas diz respeito à cientificidade possível na biomedicina, na bibliografia, no respaldo da academia e da formação profissional desses interlocutores. Apesar das diferenças apontadas entre as medicinas, as narrativas dos interlocutores também seguiram em direção a um diálogo cotidiano entre elas. Essa relação entre as medicinas e as formas como os profissionais as entendem foi possível ser mais complexificada a partir de uma maior inserção que obtive em campo, indo além das entrevistas e conversas e dando atenção às observações participantes e não participantes.

Durante as observações nas salas de espera dos postos de saúde, pude perceber que as pessoas trocam informações e opiniões sobre os tratamentos seguidos, remédios caseiros utilizados e medicações que utilizam do sistema biomédico. As pessoas também falam sobre as idas aos rituais como o Auricuri entre os Pipipan. Nesse sentido, entendi as salas de espera como uma zona de contato e intermedicalidade a partir das discussões feitas por Fóller (2004). A presença da população no posto de saúde esperando atendimento médico convive com o uso das medicinas indígenas pela população. Dessa forma, na busca por manutenção da saúde, uma ida ao posto de saúde para receber a caixinha de remédio da pressão não está desvinculada da ida ao ritual do Auricuri.

Sobre isso, estive presente na narrativa de alguns profissionais uma compreensão acerca das medicinas indígenas como um “conjunto de saberes” como um “sistema que organiza o dia a dia” da população. Em alguns relatos, as medicinas indígenas não se restringiriam aos “remédios caseiros”, as medicinas indígenas também são os rituais feitos pela comunidade. Os profissionais percebem no dia a dia que as pessoas recorrem às diferentes medicinas e relatam situações em que dialogam sobre isso com as pessoas atendidas. Do ponto de vista analítico, compreendo que os profissionais estão inseridos em um contexto de intermedicalidade e têm percepção sobre isso por mais que não utilizem este conceito.

Nas narrativas, os interlocutores também afirmam ser necessário conhecer os contextos locais das populações. Junto a isso, os profissionais de saúde relatam perceber que muitas pessoas procuram os postos de saúde apenas para requisitar e receber medicação. Essa rotina e hábitos da população apontados pelos interlocutores aproximaria essa população a

situações de saúde e sanitárias de comunidades não indígenas da região. Ainda assim, com apontaram (VIEIRA, OLIVEIRA e NEVES, 2013), as populações indígenas terão diferentes noções sobre os processos de saúde, doença e cura.

Os profissionais também relatam que mesmo havendo a PNASPI e conhecendo suas diretrizes, eles não se sentem plenamente preparados para lidar com uma proposta de articulação entre medicinas e atenção à saúde diferenciada. Para entender essa questão, reporteime a própria formação acadêmica profissional dos interlocutores e também às influências que o modelo de atenção à saúde indígena sofre a partir do modelo biomédico hegemônico. Essa ausência na formação dos profissionais de um conteúdo e aprendizado sobre outras culturas e outras formas de se entender concepções dos processos de saúde e doença extrapola o contexto dos profissionais que decidem trabalhar em áreas indígenas. Essa lacuna nos processos formativos pode ser associada à própria hegemonia e influência do modelo biomédico que instaura uma certa racionalidade e lógica para o trabalho em saúde (FISCHBORN e CADONÁ, 2018; PEREIRA, 2008).

A rotina e as exigências de trabalho impõem um certo ritmo e uma racionalidade na organização do trabalho cotidiano dos profissionais. O dia a dia está permeado por prazos, metas e planilhas a serem preenchidas. Essa rotina, segundo alguns interlocutores, implica em preocupações, sensação de sufocamento e limites para o trabalho. Como destaca uma das interlocutoras, ao mesmo tempo em que a meta contribui ao trazer responsabilidades para o profissional, em certos momentos ela traz limitações para o trabalho que requer uma atenção diferenciada. Por vezes, alguns casos exigem mais tempo de dedicação dos profissionais em área, mas a meta no fim do mês ainda deve ser atingida.

De toda forma, a partir desta pesquisa, não considero que, em uma relação direta, pudesse afirmar que essa rotina impossibilitaria que esses profissionais se tornassem sensíveis ao contexto em que trabalham. A rotina exaustiva de certa forma cria obstáculos, mas não blinda os profissionais às situações vividas. A meu ver, em momentos particulares do cotidiano ou fora dele (como no Encontro de Pajés ou no ATL), os relatos dos profissionais apontam para situações em que acionaram uma competência cultural (KLEINMAN et al. (1978) apud LANGDON, 2005, p. 129) para lidar com as situações no atendimento à população. Refiro-me aqui, por exemplo, ao exercício da escuta comentado por Nivaldo, à compreensão sobre “a verdade do outro” falada pela enfermeira Vilma, à sensibilidade falada por Juliana.

A partir das narrativas dos interlocutores, compreendo que o aprendizado sobre a saúde dos povos indígenas se dá de fato no cotidiano. E é nesse cotidiano que os profissionais

irão se deparar com situações de limites, encontros, diálogos entre suas compreensões sobre os processos de saúde e doença e, conseqüentemente, sobre as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

Perceber a dinamicidade das relações entre diferentes medicinas e sujeitos no campo na saúde indígena pode trazer ainda rebatimentos para um nível mais pessoal e subjetivo das experiências dos profissionais de saúde. A partir de minha experiência de campo, concordo com Pereira (2012) e Fóller (2004) e afirmo que essas situações relatadas pelos profissionais os afetam e provocam reafirmações, mudanças, hesitações sobre as suas formas de pensar e agir na saúde indígena. Mesmo não passando por um processo formativo específico, esses profissionais relatam experiências em que se sensibilizaram, se sentiram vitoriosos, se sentiram em choque. Para entender os limites e para agir com sensibilidade, parece que os profissionais se afastaram, em alguma medida, das concepções da biomedicina, afastaram-se de uma mera objetificação da doença, por exemplo. Em um movimento que chamei aqui de reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012) e dialogando com o fazer antropológico (DAMATTA, 1978), percebo que esses profissionais ao mesmo tempo em que interferem no campo em que atuam, eles também são modificados e questionados por esse campo. Nesse sentido, mais uma vez, uma compreensão polarizada entre profissionais de saúde e indígenas não daria conta do debate.

Dentro do grupo de profissionais que se tornaram interlocutores desta pesquisa, especialmente os que se identificaram como indígenas apontaram uma relação de confiança com a população como uma questão importante no cotidiano de trabalho. Percebi que ser profissional de saúde e indígena se tornou um elemento crucial na experiência de alguns interlocutores para a articulação e diálogo entre as diferentes medicinas. A partir do momento em que esses profissionais indígenas estão num lugar de mediação e articulação entre as medicinas, entendo que eles são atores ativos nesse contexto de intermedialidade. A confiança depositada neles, pela população, contribui para que eles respeitem as escolhas de tratamento das pessoas e também sigam com orientações provenientes do modelo biomédico. Através da relação de confiança, esses profissionais transitariam nas fronteiras, limites e zonas de contato entre as medicinas indígenas e a biomedicina, mas não sem hesitações, dilemas e choques. Eles não estariam blindados, mas, a meu ver, adquiriram com a experiência uma competência cultural que contribui para a articulação entre as medicinas no trabalho cotidiano.

É possível afirmar, para trabalhos futuros que, um olhar mais específico sobre os indígenas que são profissionais de saúde contribuir para este campo de investigação. Sobre

isso, faço coro às observações de Fóller (2004) e Pereira (2012) quando afirmam que a partir dos contextos de intermedicalidade, das afetações dos profissionais e também da presença de indígenas nos cargos e funções dos postos e polos, a própria biomedicina e o modelo hegemônico biomédico podem ser incitados a transformações. Ainda para trabalhos futuros, acredito que um olhar dedicado a perceber as especificidades do trabalho em saúde no contexto dos povos indígenas no Nordeste também adiciona nuances ao debate. É importante ressaltar que mais que similitudes, o contato longo e permanente que os povos indígenas no Nordeste mantiveram durante todo o processo de colonização com outras populações, confere a esse campo híbrido entre a Antropologia e a Saúde Coletiva, especificidades sobre as compreensões dos processos de saúde e doença e dão pistas para efetivação de um diálogo intermédico.

Por fim, reitero que as experiências de profissionais de saúde em contextos indígenas merecem ser analisadas em sua complexidade, trazendo contribuições mais aprofundadas para o campo da Antropologia e da Saúde Coletiva no que se refere às interações que sujeitos e medicinas estabelecem historicamente, politicamente e cotidianamente.

## REFERÊNCIAS

ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre, Artmed Editora S.A. 2009.

ATHIAS, Renato. Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas. *In*: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.) **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 217-232.

ATHIAS, Renato e MACHADO, Marina. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

BERNARDES, Mana. **Encontrar pessoas por dentro das pessoas**. Disponível em: <https://adoro.farmrio.com.br/mulheres/farm-entrevista-mana-bernardes/> Acesso em 19 fev. 2019.

BEZERRA, Ada Kesea Guedes. **A pesquisa etnográfica e as especificidades de observação participante**. Disponível em: [http://www.academia.edu/24502157/A\\_pesquisa\\_etnogr%C3%A1fica\\_e\\_as\\_especificidades\\_da\\_observa%C3%A7%C3%A3o\\_participante](http://www.academia.edu/24502157/A_pesquisa_etnogr%C3%A1fica_e_as_especificidades_da_observa%C3%A7%C3%A3o_participante). Acesso em: 03 jan. 2019.

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf) . Acesso em: 16 abr. 2017.

BRASIL. **Lei nº 9.836**, de 23 de setembro de 1999. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm). Acesso em: 31 jan. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2011. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>. Acesso em: 2 out. 2017.

BRASIL, Ministério Público Federal. **Cartilha A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil**. Brasília, 2013. 28 p. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/cartilha-sobre-saude-indigena-cimi-1/cartilha-sobre-saude-indigena-cimi/view>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BUCHILLET, Dominique. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: CEJUP, 1991.

CANESQUI, Ana Maria. Temas e Abordagens – ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997-2007. **Ciência e saúde Coletiva** 15 (4), 2010, p.1955-1966.

CARDOSO, Marina D. O contexto alto-xinguano de incorporação de projetos e ações em saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto Vigisus II. Coordenação Técnica. Área de Medicina Tradicional Indígena. Medicina Tradicional Indígena em Contextos . FERREIRA, Luciane Ouriques; OSÓRIO, Patrícia Silva (Org.)

**Medicina Tradicional Indígena em Contextos** – Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007. p. 91-100.

\_\_\_\_\_. Políticas de Saúde Indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. *In*: LANGDON, Jean Langdon; CARDOSO, Marina D. (Org.) **Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. cap. 3, p. 83-106.

COIMBRA JR, Carlos. E. A.; SANTOS, Ricardo.V. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v.5(1), p. 125-132. 2000. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 de jul. de 2017.

\_\_\_\_\_. **Saúde indígena no Brasil: Persiste a carência de dados demográficos e epidemiológicos**. Matéria postada no site do IBGE. Disponível em [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Fx1cxbjLVUJ:https://www.ibge.gov.br/confest\\_e\\_confege/pesquisa\\_trabalhos/CD/mesas\\_redondas/277-8.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=br](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Fx1cxbjLVUJ:https://www.ibge.gov.br/confest_e_confege/pesquisa_trabalhos/CD/mesas_redondas/277-8.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=br). Acesso em: 17 de jul. de 2017.

COIMBRA JR, Carlos. E. A.; SANTOS, Ricardo.V. et al. Políticas Públicas de Saúde e Povos Indígenas. *In*: GIOVANELLA, Ligia (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ed. rev. E amp. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz. 2012. p.911-932. Disponível em [https://www.academia.edu/17506775/Pol%C3%ADticas\\_p%C3%BAblicas\\_de\\_sa%C3%BAde\\_para\\_os\\_povos\\_ind%C3%ADgenas](https://www.academia.edu/17506775/Pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas_de_sa%C3%BAde_para_os_povos_ind%C3%ADgenas) Acesso em: 17 de jul. de 2017.

DA MATTA, Roberto. O Ofício do Etnólogo ou como ter “Anthropological Blues”. *In*: NUNES, Edson de Oliveira (org.). **A aventura sociológica: Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DIAS DA SILVA, Cristina. **Cotidiano, Saúde e Política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena**. Brasil. 2010. 276f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, 2010.

\_\_\_\_\_. De Improvisos a cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. *In*: TEIXEIRA, C. E GARNELO, L. **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

DIEHL, Eliana. e GRASSI, Francielly. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní no litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(8):1549-1560, ago, 2010.

DIEHL, Eliana. e RECH, Norberto. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. *In*: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.) **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. cap.8, p.149-169.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. *In*: LANGDON, Jean Langdon; CARDOSO, Marina D. (Org.) **Saúde**

**Indígena:** políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. cap. 8, p. 217-246.

FERREIRA, Luciane Ouriques; OSÓRIO, Patrícia Silva (Org.) **Medicina Tradicional Indígena em Contextos** – Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

FISCHBORN, Aline F. e CADONÁ, Marco A., Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.27, n.1, p.227-237, 2018.

FÓLLER, Maj-Lis. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. *In:* LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.) **Saúde dos povos indígenas:** reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 129-148.

GARNELO, Luiza; MAQUINÉ, Aldemir. Financiamento e gestão do subsistema de saúde indígena: consideração à luz dos marcos normativos da administração pública no Brasil. *In:* LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. (Org.) **Saúde Indígena:** políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 107 – 144.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. *In:* BAUER, Martin W. (org.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som:** um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LTC Ed., [1973] 1989.

GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, Malden, v.25, n.4,p. 634-658, 1998.

HAHN, R. A.; KLEINMAN, A. Biomedical practice and anthropological theory: frameworks and directions. **Annual Review of Anthropology**, Palo Alto, v. 12, oct. 1983. p. 305-333.

KALAPALO. Informação postada no Portal Povos Indígenas no Brasil do Instituto Socioambiental, no hiperlink: KALAPALO. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Kalapalo>. Acesso em: 11 fev. 2019.

KLEINMAN, A., Eisenberg, L., & Good, L. **Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research.** Focus, 4. 2006. p. 140-149.

LANGDON, Esther Jean. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. *In:* BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmen (Org.). **Parque Indígena do Xingu:** Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem Editora; 2005. cap. 04. p. 115-146.

\_\_\_\_\_. **Saúde e Povos Indígenas:** os desafios da virada do século. Santa Catarina, 2001. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm> . Acesso em: 2 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de Saúde. *In*: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.) **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 33-52.

LANGDON, Esther Jean.; CARDOSO, Marina D. (Org.) **Saúde Indígena**: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015.

LANGDON, Esther Jean.; GARNELO, Luiza. (Org.) **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.459-466, Junho 2010. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 13 set. 2016.

LUCIANO, Gersem dos Santos. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. 1 ed. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. 224 p. (Coleção Educação para Todos, 12).

LUZ, Madel T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. *In*: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médio**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2000. p.181-200.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 15, n. 32, p. 129-156, Dez. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832009000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 Jan. 2019.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo, Abril.1978 (1922).

MARQUES, Ana C., e VILLELA, Jorge M. O que se diz, o que se escreve: etnografia e trabalho de campo no sertão de Pernambuco. **Revista de Antropologia**. São Paulo. v.48. n.1 p. 37-74. 2005.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade, Trabalho, Saúde e Formação Profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. *In*: MATTA, GC., and LIMA, JCF. orgs. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.313-355.

MEBÊNGÔKRE KAYAPÓ. Informação postada no Portal Povos Indígenas no Brasil do Instituto Socioambiental, no hiperlink: Mebêngôkre Kayapó. Disponível em: [https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Meb%C3%AAng%C3%B4kre\\_\(Kayap%C3%B3\)](https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Meb%C3%AAng%C3%B4kre_(Kayap%C3%B3)) Acesso em: 11. fev. 2019.

MENEDÉZ, Eduardo. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas a articulaciones prácticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. 8 (1) 2003. p.185-207.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro. *In*: Alves, Paulo César (org.) **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras/organizado por Paulo César Alves e Miriam Cristina Rabelo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998.p.29-46.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC EDITORA, 2014.

MINAYO, Maria Cecília Souza de; GUERRIERO, Iara Coelho Zito. Reflexividade como étnos da pesquisa qualitativa. **Ciência e Saúde Coletiva**. 19(4) 2014, p. 1103-1112.

PAIM, Jairnilson. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.; NORONHA, J.; CARVALHO, A. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. cap. 15p. p. 459-492.

PANKARARU. Informação postada no Portal Povos Indígenas no Brasil do Instituto Socioambiental, no hiperlink: Pankararu. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Pankararu>. Acesso em: 08. fev. 2019.

PEIRANO, Mariza. **Etnografia e Ritual**. Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília. 2015. Disponível em: [http://www.marizapeirano.com.br/diversos/2015\\_trajetoria\\_mariza\\_e\\_lia.pdf](http://www.marizapeirano.com.br/diversos/2015_trajetoria_mariza_e_lia.pdf) Acesso em: 03 jan. 2019.

PEREIRA, Isabel Brasil. A Educação dos Trabalhadores da Saúde sob a Égide da Produtividade. *In*: MATTA, GC., and LIMA, JCF. orgs. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, p.393-420.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Rev. Mana**. Rio de Janeiro. v. 3. n.18. p.511-538. 2012.

SAEZ, Oscar Calavia. **Esse obscuro objeto de pesquisa: um manual de método, técnicas e teses em antropologia**. Ilha de Santa Catarina. 224 p. 2013.

SANTOS, Tatiane Araújo dos. **Valor da força de trabalho de enfermeira**. Brasil. 2012. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2012.

SILVA, Georgia da. **“Chama os Atikum que eles desatam já”:** práticas terapêuticas, sabedores e poder. Brasil. 2007.110f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2007.

SOUZA, Liliane Cunha de. **"Doença que rezador cura" e "doença que médico": modelo etiológico Xukuru a partir de seus especialistas de cura**, Brasil. 2004. 112f. Dissertação

(Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2004.

SOUZA LIMA, Antônio Carlos. Revisitando a Tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. *In*: TEIXEIRA, Carla C. e GARNELO, Luiza.(Org.) **Saúde Indígena em Perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 27-58.

TEIXEIRA, Carla C. e GARNELO, Luiza.(Org.) **Saúde Indígena em Perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

TRAD, Leny Alves Bonfim. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 17 (3), 2012, p.627-633.

VICTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa Qualitativa em Saúde**: Um introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, Hítalo; OLIVEIRA, Jacqueline. e NEVES. Rita. A relação de intermedialidade nos índios Truká em Cabrobó, em Pernambuco. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo. v.22. n.2 p.566-574. 2013.

WAGNER, Alfredo. Nova Cartografia Social: territorialidades específicas e politização da consciência das fronteiras. *In*: WAGNER, Alfredo e FARIAS JÚNIOR, Emmanuel de Almeida (Orgs). **Povos e comunidades tradicionais**: nova cartografia social Manaus: UEA Edições, 2013. p. 151-173.

## **APÊNDICE A - TÓPICO GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA INDIVIDUAL**

### **Perfil dos entrevistados:**

Profissional de saúde das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e da Casa de Saúde do Índio vinculadas ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco.

### **Roteiro da entrevista:**

#### **1) Tópico: informações iniciais (momento para “quebra de gelo”)**

- Nome completo?
- Data de nascimento?
- Onde mora atualmente?
- Você é indígena?
- Se sim, de que etnia/povo?
- Você já fez algum curso técnico?
- Você já cursou alguma graduação?
- Você fez algum curso de pós-graduação?
- Se sim, em que área?
- Na sua formação profissional teve alguma abordagem sobre saúde dos povos indígenas?
- Se sim, como foi essa abordagem?
- Se não, você pensa em como isso poderia ser feito?
- Em paralelo a formação profissional/acadêmica, você chegou a ter acesso a pessoas ou espaços, outras referências, materiais sobre saúde indígena?
- Onde trabalha atualmente?
- Qual o seu cargo/função?

#### **2) Tópico: atuação da saúde indígena**

- Quando você começou a trabalhar com saúde indígena?
- Porque você começou a trabalhar nessa área (saúde indígena)?

#### **3) Tópico: compreensões sobre medicina indígenas e biomedicina**

- O que é para você a biomedicina? A medicina ocidental? (aprendida na universidade, na sua formação com profissional de saúde – falar isso só se a pessoa não entender os dois termos anteriores)
- Como é sua rotina de trabalho aqui no polo/posto de saúde/Casai?
- Você faz atendimento em área indígena, nas aldeias?
- Se sim, com que frequência?
- (Se indígena) Como é, para você, ser indígena e trabalhar no serviço público de saúde voltado para os povos indígenas?
- (Se não indígena) Como é, para você trabalhar no serviço público de saúde voltado para os povos indígenas?
- (Se indígena) trabalha diretamente no atendimento ao seu povo indígena?
- Baseado na sua prática e experiência como profissional de saúde você percebe as relações entre medicina indígena e biomedicina/medicina ocidental?
- Existem harmonias?

- Existem dificuldades? Conflitos?
- Teria algum fato/exemplo/experiência sobre isso (essa relação) que você gostaria de relatar?
- Gostaria de compartilhar mais alguma questão que eu não tenha perguntado?
- Teria alguma dúvida ou pergunta?

Ok. Podemos encerrar a entrevista. Muito obrigada!

Teóricos para fundamentação das questões:

FÓLLER, M.A.J. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.) **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 129-148.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.459-466, Junho 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acessado em 13 set. 2016.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Rev. Mana**. Rio de Janeiro. v. 3. n.18. p.511-538. 2012.

- O que é para você medicina indígena?

## APÊNDICE B - TÓPICO GUIA DE ENTREVISTA QUALITATIVA EM GRUPO

### Perfil dos entrevistados:

Profissional de saúde das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena e da Casa de Saúde do Índio vinculadas ao Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco.

### Roteiro:

#### 1) Tópico: roda de apresentação (momento para “quebra de gelo”)

(Antes de iniciar as perguntas, pedir para cada participante dizer o nome, função e local onde trabalha).

- Vocês já se conhecem?
- Vocês já trabalharam juntos em alguma Equipe, posto de saúde ou CASAI?
- Em que povos vocês realizam atendimento como profissionais de saúde?

#### 2) Tópico: compreensões sobre saberes e práticas de saúde indígenas e saberes e práticas de saúde biomédicos

- O que vocês compreendem por medicinas indígenas?
- O que vocês compreendem por biomedicina/ medicina ocidental?
- Baseado na sua prática e experiência como profissional de saúde como você percebe as relações entre medicinas indígenas e biomedicina/medicina ocidental?
- Existem harmonias?
- Existem dificuldades? Conflitos?
- Teria algum fato/exemplo/experiência sobre isso (essa relação) que você gostaria de relatar?
- Gostaria de compartilhar mais alguma questão que eu não tenha perguntado?
- Teria alguma dúvida ou pergunta?

Ok. Podemos encerrar a entrevista. Muito obrigada!

#### Teóricos para fundamentação das questões:

FÓLLER, M.A.J. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.) **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004. p. 129-148.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.459-466, Junho 2010. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acessado em 13 set. 2016.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. **Rev. Mana**. Rio de Janeiro. v. 3. n.18. p.511-538. 2012.

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: “Profissionais de saúde em contextos indígenas: uma perspectiva antropológica”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Flávia Maria Martins Vieira, com endereço para contato: Rua Dom Estevão Brioso, 29, apto. 501 – Boa Viagem, Recife-PE. CEP: 51021-430, telefone: (81) 30190252, e-mail: [flavia.martinsvieira@gmail.com](mailto:flavia.martinsvieira@gmail.com) e está sob a orientação de: Profa. Dra. Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza, [vania.fialho@upe.br](mailto:vania.fialho@upe.br) telefone: (81) 30190252.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

➤ **Descrição da pesquisa:**

**JUSTIFICATIVA** - Dentro do campo da Antropologia da Saúde e da Antropologia Indígena permanece ainda a ser explorado mais intensamente as compreensões dos profissionais de saúde que também são atores no contexto de intermedialidade. A partir do contato e conhecimento acerca das medicinas indígenas, estes profissionais acabam por de alguma forma repensar suas próprias noções sobre saúde, doença, cura; podem de alguma forma transformar suas perspectivas acerca das relações entre diferentes saberes e práticas de saúde, e é justamente esta questão que compõe o objeto de pesquisa deste trabalho. Entendemos que conhecer a perspectiva de profissionais de saúde que atendem os povos indígenas pode trazer uma nova luz sobre o debate, complexificando o olhar antropológico a respeito das relações entre saberes e práticas de saúde.

**OBJETIVOS** - Os objetivos desta pesquisa são: analisar como profissionais de saúde que atendem povos indígenas em Pernambuco compreendem as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina; identificar o que os profissionais entendem por biomedicina e medicinas indígenas; explicar como os profissionais articulam diferentes medicinas no atendimento cotidiano aos povos indígenas; compreender como os profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde-doença a partir do trabalho em contextos indígenas.

**DETALHAMENTO DOS PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS** – Se concordar em participar deste estudo você irá tomar parte de uma entrevista a ser gravada em áudio, onde poderá expor seus sentimentos, vivências, experiências e opiniões à vontade e se o desejar, amplamente. Após a coleta dos dados verbalizados pelo entrevistado (a), os mesmos serão transcritos e após adequação simples só texto o mesmo será trazido ao entrevistado para que seja reconhecido como satisfatório e autêntico para poder ser utilizado na análise do estudo.

➤ **RISCOS, DESCONFORTOS, INCOVENIÊNCIAS E INCÔMODOS** – Nesta pesquisa não será realizada nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo. Contudo, como a pesquisa se remete à relatos de experiências dos profissionais de saúde, existe o risco da entrevista gerar possíveis incômodos, inconvenientes e cansaços. A fim de evitar que isso aconteça serão tomadas providências antecipadas de cautela e previsão para que tudo transcorra de forma sigilosa, discreta, breve e flexível enquanto os dados são coletados, de modo a evitar ao máximo os riscos acima descritos. Os participantes poderão pausar ou se

retirar da pesquisa a qualquer momento. O material do caderno e do diário de campo contendo as anotações e insights ficará sob a guarda pessoal da pesquisadora, inacessível a todos, de modo a evitar qualquer vazamento de informações. Pelo fato de haver o uso de gravador de áudio na entrevista, os entrevistados também poderão se sentir constrangidos. Nesse caso, para minimizar estes impactos previstos, antes de darmos início a gravação, faremos uma conversa informal para que os entrevistados se sintam à vontade diante do equipamento de gravação. Devemos ressaltar que esta pesquisa não possui o intuito de expor ou prejudicar nenhum dos entrevistados a partir dos relatos que eles oferecerem durante as entrevistas. A pesquisadora irá alertar todos os entrevistados, desde o começo, sobre a sua liberdade para se esquivar de perguntas e de e negar a respondê-las, a qualquer momento.

- **BENEFÍCIOS** - A proposta desta pesquisa oferece aos participantes benefícios que serão elencados a seguir: 1) Será oferecido o benefício da escuta pessoal e sigilosa da experiência relatada pelos entrevistados da pesquisa acerca das questões básicas relativas ao foco da pesquisa. 2) A pesquisa oferecerá oportunidade de uma livre expressão no que se refere às críticas, sugestões, opiniões e relatos dos entrevistados. 3) Esta pesquisa, ao longo de sua execução e posterior resultado, contribuirá com o próprio melhoramento e funcionamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. 4) Ainda como benefício, esta pesquisa fomentará uma melhor compreensão dos profissionais de saúde acerca das relações entre diferentes medicinas, questão de extrema importância para os sujeitos desta pesquisa.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa gravações de áudio de entrevistas, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço Rua Dom Estevão Brioso, n.29, apto. 501, Recife-PE. CEP: 51021-430, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

---

(assinatura do pesquisador)

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Profissionais de saúde em contextos indígenas: uma perspectiva antropológica” como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Impressão digital  
(opcional)

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**ANEXO A - ORGANIZAÇÃO DO DSEI E MODELO ASSISTENCIAL**

## ANEXO B - I SEMINÁRIO SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE E O MODELO DE ATENÇÃO DIFERENCIADA NO ÂMBITO DO DSEI - PERNAMBUCO



MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS  
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA - SESAI  
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE PERNAMBUCO – DSEI/PE

<b>PROGRAMAÇÃO</b> <b>I Seminário sobre “Práticas de Saúde e o Modelo de Atenção Diferenciada no âmbito do DSEI - Pernambuco”.</b>	
03/05/2018	
9:00	Formação da mesa de abertura oficial Apresentação da mesa (Carmem Pankararu)
09:30	Formação da mesa roda de diálogos Mediação: Carmen Pankararu <b>I Seminário "Práticas de Saúde e o Modelo de Atenção Diferenciada no âmbito do DSEI - Pernambuco".</b>  Apresentação de vídeo do I Encontro de Pajés e Parteiras Tradicionais Indígenas de Pernambuco  <ol style="list-style-type: none"> <li>1- <b>Interface de saberes: possíveis diálogos para o fortalecimento da saúde indígena.</b> Wilke Fulni-ô/Antropólogo DSEI-Pernambuco</li> <li>2- <b>Estratégias de saúde mental na Atenção a Saúde Indígena em Pernambuco</b> Ednaldo Xukuru/Psicólogo - DSEI Pernambuco</li> <li>3- <b>Perspectivas e desafios no atendimento do profissional de saúde à população indígena Kapinawá.</b> Joice Martins Brizola/ Médica - Polo Base Kapinawá</li> <li>4- <b>As Práticas Tradicionais de Cura e a Articulação com o Subsistema de Saúde Indígena.</b> Professor Dr. Renato Monteiro Athias – UFPE</li> <li>5- <b>Diferentes percepções sobre o processo saúde/doença com os povos indígenas de Pernambuco.</b> Professora Dra. Vania Rocha Fialho</li> </ol>
11:30	Apresentação do grupo de dança e cafuná Fulni-ô
12:00	Almoço
13:00	Mostra de vídeos com experiências exitosas em saúde indígena dos polos base e DSEI-SEDE – Tania Nayara e Maria da Penha – Enfermeiras/DSEI Pernambuco
15:00	Intervalo - Coffee break
15:20	Apresentação de vídeos com experiências exitosas dos II, III e IV Encontro dos Pajés e Parteiras Tradicionais Indígenas. Lucivânia Silva, Tania Nayara e Angélica Bezerra – Assistente Social e Enfermeiras/DSEI Pernambuco
17:00	Encerramento com ritual do Toré Fulni-ô

## **ANEXO C - PROGRAMAÇÃO 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA - ETAPA LOCAL POVO PIPIPÃ**

### **PROGRAMAÇÃO 6ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA – ETAPA LOCAL POVO PIPIPÃ 24/08/2018**

Local: Museu – Aldeia Travessão do Ouro, Floresta – PE.

07:30 – CREDENCIAMENTO

08:30 – APRESENTAÇÃO CULTURAL

09:00 – MESA OFICIAL DE ABERTURA

10:00 – LEITURA DO REGIMENTO

10:30 – PAINEL TEMÁTICO: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DOS  
POVOS INDÍGENAS – PNASPI, ATENÇÃO DIFERENCIADA, VIDA E SAÚDE NAS  
COMUNIDADES INDÍGENAS

12:00 – INTERVALO ALMOÇO

13:30 – GRUPOS TEMÁTICOS

I – Articulação dos Sistemas Tradicionais Indígenas de Saúde

II – Modelo de Atenção e Organização dos Serviços de Saúde

III – Recursos Humanos e Gestão de Pessoal em contexto Intercultural

IV – Infraestrutura e Saneamento

V – Financiamento

VI – Determinantes Sociais

VII – Controle Social e Gestão Participativa

15:00 – CONSOLIDAÇÃO DOS GRUPOS DE TRABALHO E SOCIALIZAÇÃO DAS  
PROPOSTAS

16:00 – PLENÁRIA FINAL

17:00 – LEITURA E APROVAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL

17:30 – ELEIÇÃO DOS DELEGADOS PARA A CONFERÊNCIA DISTRITAL

18:00 – ENCERRAMENTO COM ATIVIDADE CULTURAL

COQUETEL