

Fonte:

<https://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619-11.pdf>

**A formação do agente de saúde
indígena Tikúna no alto Solimões:**
uma avaliação crítica

Regina M. de Carvalho Erthal

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

COIMBRA JR., CEA., SANTOS, RV and ESCOBAR, AL., orgs. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.



A FORMAÇÃO DO AGENTE DE SAÚDE INDÍGENA TIKÚNA NO ALTO SOLIMÕES: UMA AVALIAÇÃO CRÍTICA

Regina M. de Carvalho Erthal

A estratégia de formação de agentes comunitários para que sua atuação venha a significar uma ampliação da cobertura dos serviços de saúde por meio da atenção primária à saúde é uma indicação básica da Organização Mundial da Saúde, e vem sendo amplamente defendida e utilizada por organizações governamentais e não-governamentais (ONGs) com atuação nesta área.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata (União Soviética/1978), definiu o agente comunitário de saúde como o ator principal da proposta de fazer com que o objetivo de “*saúde para todos no ano 2000*” pudesse ser alcançado.

Em termos de conceituação mais geral, o trabalho do agente comunitário de saúde tem sido definido como um canal de comunicação entre a população e os serviços de saúde, sendo portanto uma recomendação fundamental o seu pertencimento à comunidade com a qual trabalha, pressupondo nessa relação a possibilidade de um trabalho integrado (trabalho de equipe e recursos da comunidade). Nesse sentido, o papel dos agentes de saúde no sistema deve ser estabelecido em cada comunidade com base nas necessidades específicas e dos recursos disponíveis, dando-se destaque dentro das tarefas de promoção, prevenção e cura à sua função de educador. O trabalho do agente comunitário deve estar integrado com as atividades em todos os níveis do sistema de saúde, sendo tarefa dos demais membros da equipe de saúde a capacitação, apoio e supervisão dos agentes, sem o que a sua atividade corre o risco de se tornar uma atuação paralela e/ou substituição “desqualificada” do sistema de atenção oficial.

Essas definições básicas colocam o agente de saúde como sendo mais do que apenas um recurso humano para a atenção primária e, nesse sentido, a exigência de agentes/atores dá um destaque especial para a discussão da participação comunitária em níveis diversos.

Apesar das exigências colocadas aos profissionais de saúde no sentido da formação e supervisão do agente comunitário, a sua atuação tem sido vista, de modo geral, como uma solução para aquelas populações na qual a ausência de

informações e de acesso aos serviços de saúde, desemboca em altas taxas de morbi-mortalidade por doenças infecciosas de fácil prevenção e tratamento valendo-se de procedimentos relativamente simples. A estratégia de incorporação do trabalho do agente de saúde deve ser realizada de modo qualificado para que não se torne apenas em mais uma forma de discriminação e assistência desigual, na qual o modelo epidemiológico signifique apenas restrições de recursos e profissionais de saúde qualificados.

O AGENTE DE SAÚDE INDÍGENA TIKÚNA

Com relação às comunidades indígenas, a implementação da estratégia de formação de “agentes indígenas de saúde” (AISs), como forma de ampliação da assistência à saúde tem se pautado, quase que inteiramente, pela adoção de um modelo que, a par da sobrevalorização de conhecimentos e recursos externos a essas comunidades, desconhece os modelos locais e recursos internos que podem ser acionados para a resolução de problemas específicos de saúde/doença, vinculados a modelos culturalmente diferenciados de entendimento dos processos de adoecimento/sofrimento e cura.

No caso específico do processo de constituição dos AIS Tikúna enquanto “categoria profissional”, as iniciativas foram formalmente desencadeadas no final da década de 80, valendo-se de um processo então considerado pioneiro, já que tinha como base uma crítica articulada pelas lideranças indígenas a um sistema de assistência deficitário e excludente, oferecido pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e a reivindicação de que a base do modelo assistencial deveria se constituir de indígenas, preparados para atuar nas suas comunidades de origem.

O modelo de assistência ao qual tinham acesso os Tikúna por intermédio da FUNAI se pautou, nas três últimas décadas, pelas ações de saúde executadas nas aldeias (com a remoção de casos mais graves), por auxiliares de enfermagem e/ou chefes de postos com cursos técnicos em saúde ou saneamento, capacitados para a realização de procedimentos curativos emergenciais, com uma utilização exacerbada e muitas vezes fora de controle de medicamentos e, principalmente, vendo nos investimentos nativos de tratamento e cura apenas o reflexo do estágio primitivo de seus conhecimentos.

A partir da década de 60, pastores americanos vinculados a Association of Baptists for World Evangelism, com sede em Benjamin Constant, passaram a se envolver com os problemas de saúde das comunidades formadas em torno das

missões (Campo Alegre e Betânia), atuando na obtenção de vacinas ou, eventualmente, na remoção de casos mais graves usando-se o avião da Associação. Os remédios eram vendidos aos índios pelos pastores, que viam nessa forma de relação uma proposta educativa do indígena, pautada pela concepção de integração do indígena à sociedade nacional formulada pela missão. Também a Igreja Católica organizou os moradores da comunidade de Belém do Solimões em torno de uma cooperativa, onde a contribuição financeira, por família indígena, permitia o fornecimento gratuito de medicamentos aos índios católicos (Oliveira Filho, 1977).

Um outro tipo de atendimento foi ainda disponibilizado, nas décadas de 70 e 80, por intermédio da ação campanhista do Projeto Rondon ou pelo atendimento esporádico fornecido pela unidade do Exército localizada na fronteira Brasil-Colômbia, percorrendo com um barco as aldeias do beiradão. Deve-se chamar a atenção ainda para a total desvinculação da ação do Exército com os programas oficiais de assistência à saúde realizados na área.

A primeira iniciativa de formulação de uma proposta de prestação de serviços assistenciais em moldes adequados à população Tikúna, realizou-se por meio do *Projeto Tukuna*, na década de 70. A falta de verbas do Programa de Integração Nacional (PIN), que financiava o trabalho de uma equipe interdisciplinar, que já na época juntava antropólogos, médicos e técnicos da FUNAI, abortou o que poderia ter sido o primeiro projeto diferenciado de assistência à população Tikúna.

Na segunda metade da década de 80, por recomendação do Grupo de Estudos sobre os Tikúna, a FUNAI contratou uma equipe de saúde para atuar com base em uma Unidade de Saúde Móvel que realizou apenas uma viagem e, ao final de dois anos de total falta de investimento da FUNAI, foi desmobilizada¹.

O modelo oficial de assistência implementado serviu, então, como ponto de partida para o desencadeamento das reivindicações dos indígenas por uma melhor qualidade no atendimento às suas questões de saúde/doença. No entanto, a atuação do agente de saúde era percebida como uma tentativa de assegurar uma presença constante dos recursos que poderiam ser oferecidos pela medicina ocidental, por meio de uma mediação indígena.

¹ O *Projeto Tukuna*, coordenado pelo antropólogo João Pacheco de Oliveira Filho, reunia uma equipe composta de técnicos indigenistas da FUNAI e médicos do Hospital de Moléstias Tropicais de Manaus (Marcus L. B. Barros, Marli Barreto e Marcus Guerra), além do médico José Alfredo Guimarães, da Equipe Volante de Saúde da FUNAI.

As mudanças ocorridas em seu meio ambiente, resultado de um processo histórico de ocupação e exploração de seu território, imposto aos Tikúna pelos diferentes formatos que assumiram suas relações com a sociedade nacional nas diversas situações históricas (Oliveira Filho, 1977), alteraram progressivamente o quadro epidemiológico nas Terras Indígenas do Alto Solimões, com a introdução de novas doenças e a ocorrência de epidemias para os quais as terapias tradicionais passaram a não demonstrar as condições de resolutividade necessárias.

Todos esses fatores, com destaque para o processo mais amplo de desqualificação de sua cultura tradicional (Oliveira Filho, 1988), determinaram uma percepção pragmática dos Tikúna em relação à atuação do agente indígena de saúde como espelho/cópia dos procedimentos técnicos utilizados pelos profissionais de saúde (o que não permite inferir a sua adesão às lógicas que presidem tais atos), fator de aproximação com um sistema de atenção oficial que, via de regra, cria dificuldades ao acesso da população indígena nos seus vários níveis.

Além disso, a percepção que as instituições prestadoras de assistência à saúde têm da “participação popular”, e particularmente da “participação indígena” no processo de ampliação dos cuidados básicos à saúde das populações pobres e/ou culturalmente diferenciadas, tem contribuído sobremaneira para que a questão da “participação comunitária”, embutida no debate que presidiu a década de 80 em torno da implantação do SUS, seja definida enquanto “ferramenta neutra”, elemento “facilitador” da entrada dessas populações no sistema de saúde².

O entendimento acerca do trabalho dos AISs, de modo geral, tem se pautado pela sua inserção nos programas e sistemas locais de saúde, restringindo-se à “participação da comunidade” (na prática, sua adesão a um modelo de atenção definido em fóruns aos quais não tiveram acesso). Nesse contexto, a participação indígena pode ser avaliada como um “meio técnico” (Bronfman & Gleizer, 1994), um modo dos programas de saúde e as suas estratégias de funcionamento se fazerem aceitos pelas comunidades.

Nesta mesma linha, as recomendações para que o desenvolvimento de estratégias de atenção primária no nível local respeite as especificidades de cada povo indígena foi, muitas vezes, traduzida por um discurso que atribui à antropologia médica o papel de tradutora dos princípios e práticas do sistema médico oficial para essas comunidades, controlando um processo de “integração” entre o

² Para uma discussão sobre a relação entre a constituição dos papéis de liderança e a capacidade de intermediação com os brancos ver Macedo (1996).

sistema médico ocidental e as práticas tradicionais de cura. Parece claro que apesar de se buscar um discurso democrático de participação, garantia de igualdade e equidade no atendimento, os critérios e conceitos do paradigma médico ocidental presidem efetivamente essa “integração”.

O PROJETO DE SAÚDE TIKÚNA: DA REIVINDICAÇÃO DE AUTONOMIA AO “MODELO OFICIAL”

Os primeiros treinamentos para AISs Tikúna foram elaborados no sentido de prover, para alguns indivíduos apontados pelas lideranças de suas comunidades, os conceitos básicos sobre as causas das doenças e suas formas de prevenção, assim como capacitá-los na identificação daqueles agravos mais importantes para a área, formas de tratamento simplificado e/ou encaminhamento de casos mais graves.

Apesar do seu curto espaço de implementação sob a coordenação da equipe do Conselho Geral das Tribos Tikúna (CGTT) (1989/1990), e das críticas cabíveis ao estágio de evolução desta experiência, os cursos e treinamentos realizados por meio de convênios que envolveram as lideranças indígenas do CGTT, a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Núcleo de Estudos em Saúde dos Povos Indígenas (NESPI) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), capacitaram os indígenas no sentido da realização de tarefas básicas de identificação das doenças de maior ocorrência e resolução de um encaminhamento adequado, assim como na sua organização em uma entidade representativa, instrumentalizando-os ao mesmo tempo para a intermediação necessária entre as comunidades e as autoridades locais nas questões de saúde.

A Organização dos Monitores de Saúde do Povo Tikúna (OMSPI), deu um peso especial às suas reivindicações junto ao órgão tutor e ao Ministério da Saúde (MS), no sentido de que fosse preparada uma estrutura capaz de enfrentar o problema do cólera, que chegou ao Brasil através da região do Alto Solimões, em 1991. No início da epidemia, os AISs Tikúna, formados com o apoio do CGTT, se constituíram no único grupo preparado para, mediante um rápido treinamento, atuar nos atendimentos aos casos de cólera, incluindo as ocorrências em comunidades não-índias mais próximas (Confalonieri & Verani, 1993).

A chegada do cólera no Brasil pôs em evidência, por um lado, a fragilidade do sistema de saúde local e, de outro, a capacidade de mobilização do povo Tikúna para o enfrentamento do problema sob a liderança de seus AISs, que se

mostraram aptos ao desenvolvimento de ações preventivas e curativas. O resultado prático foi o reduzido número de casos de cólera observados nas comunidades indígenas e o baixo índice de mortalidade por esta causa.

Dentro desse quadro específico, mediante Decreto Presidencial nº 23 (fevereiro de 1991), passou-se para a recém-criada Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a responsabilidade de, junto com a FUNAI, operacionalizar a atenção à saúde indígena por meio de projetos de saúde específicos e de caráter estratégico.

Nesse momento, a ação de formação dos AISs Tikúna passou a ser marcada pela questão do cólera, produzindo-se um quadro de novos agentes de saúde, com formação bastante limitada. Havia a emergência de atender a maior parte do território indígena com agentes que, com noções mínimas, pudessem atuar na defesa contra essa epidemia. Dentro de uma perspectiva da necessidade de criação das condições necessárias para barrar a entrada do cólera no Brasil através do território Tikúna, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do MS, ofereceu contratação para alguns agentes de saúde, criando uma situação em que se passou de uma atuação eminentemente voluntária e de apoio de base comunitária, para a criação de uma nova categoria assalariada. O fato da maioria dos agentes ter sido excluída do benefício, criou uma nova base de conflito entre as diferentes facções que caracterizam a sociedade Tikúna, já que os critérios de contratação foram formulados sem a participação da comunidade, ou mesmo da OMSPT.

Os cursos de formação e reciclagem para AISs no Alto Solimões já se encontravam, então, sob a responsabilidade exclusiva da FUNASA, com apoio estratégico (salas de aula, convocação e apoio político, mão-de-obra, etc.) do CGIT por intermédio da OMSPT. Os cursos que se seguiram (até 1994), ampliaram sobremaneira a base numérica sobre a qual se assentava o projeto inicial de formação de AISs, sem articular as possibilidades reais de um acompanhamento e avaliação continuada do trabalho dos agentes. Os cursos se tornaram fonte contínua de busca de afirmação de prestígio por parte dos capitães de aldeias, na medida em que passaram a significar uma possibilidade de acesso a mais uma categoria de trabalho remunerado para aqueles aliados que se valiam de suas indicações. Mesmo as tentativas de implantação de cursos de reciclagem (1993/1994), tiveram de ser reavaliadas durante sua execução dada a demanda exacerbada pela formação de novos agentes, dentro de uma expectativa de contratação, já bastante prejudicada neste momento, quando o alarde do cólera diminuíra e, conseqüentemente, os investimentos emergenciais dirigidos à área.

Como conseqüência do contínuo confronto entre FUNAI e FUNASA, em maio de 1994 um novo decreto presidencial voltou a alterar o quadro da saúde indígena, com a atribuição das responsabilidades do cuidado à saúde retornando para a FUNAI. A Comissão Intersectorial de Saúde Indígena (CISI), também criada por esse decreto, em sua Resolução 2/1994, definiu como de atribuição da FUNAI a assistência curativa aos índios, ficando com a FUNASA o encargo de prevenção de doenças e controle de endemias.

Em junho de 1995, a FUNAI, por meio de seu Departamento de Saúde, apresentou a proposta de contratação de uma equipe de médicos, enfermeiros e odontólogos para realização de trabalho na área Tikúna. A OMSPT se colocou disponível para definir a forma de atuação dessa equipe e exigiu, por intermédio de uma proposta de pauta para discussão em assembléia geral, a definição de um trabalho conjunto entre FUNAI, OMSPT e FUNASA. As negociações se desenvolveram no sentido de agregar à contratação de uma equipe médica mais sete AISs, a serem localizados em aldeias estratégicas dentro da área, atuando como elementos de referência e supervisão do trabalho dos demais agentes³.

As negociações em torno da contratação de AISs desencadearam uma luta de poder dentro da OMSPT, vista então, dentro de um quadro mais amplo de ausência de novos investimentos em projetos de desenvolvimento ou nas estruturas organizacionais indígenas já existentes, como um *locus* privilegiado de acesso a cargos remunerados e de grande prestígio junto às comunidades indígenas, que “garantiriam” um amplo trânsito junto a diversas instituições da sociedade nacional. A mudança de coordenação da organização indígena de saúde foi colocada em pauta ao final de um novo curso para AISs, em setembro de 1995, sem que houvesse uma convocação prévia nesse sentido, mas com ampla presença dos agentes aliados da facção proponente. Nessa mesma reunião, adotou-se um novo nome para a organização (Organização de Saúde do Povo Tikúna do Alto Solimões — OSPTAS), com um novo estatuto, e foi encaminhada proposta de que as sete vagas fossem ocupadas pelos sete membros da nova diretoria (na qual se incluía um assessor indígena sem formação na área da saúde).

³ Verani (1999), chama a atenção para o fato de que as várias fases do confronto entre FUNASA e FUNAI pela hegemonia no controle da saúde do índio recobriu-se de um caráter eminentemente corporativista, impondo retrocessos ao processo de construção de um modelo de atenção diferenciado para as populações indígenas.

O impasse colocado pela Diretoria da OSPTAS foi resolvido por um acordo em que os contratados seriam escolhidos por meio de prova classificatória. Como não houve a possibilidade de se convocar AISs representantes de cada município para a seleção realizada sob pressão da OSPTAS, alguns indígenas classificados foram remanejados para áreas distantes de seu local de moradia, o que criou atritos e resistências nas comunidades que os receberam, assim como alto índice de faltas e abandono de trabalho. A experiência de contratação realizada pelo período de seis meses em 1996, não mais se repetiu.

Durante o ano de 1996, a OSPTAS encaminhou ainda pequenos projetos de manutenção da organização, elaborou projeto para a construção de uma escola de formação de AISs na comunidade de Filadélfia, que também deveria abrigar a diretoria da Organização. Esse último projeto não foi aprovado e a Organização passou a funcionar nas dependências da FUNAI em Tabatinga, contando com a infra-estrutura do órgão governamental, gerando atritos constantes.

No decorrer dos últimos anos, o aprofundamento do isolamento que a diretoria da OSPTAS tem imposto aos grupos representativos diversos (agentes de saúde de comunidades vinculadas ao CGTT, grupos de mulheres, agentes de desenvolvimento, etc.), dificultando sobremaneira a comunicação das reivindicações de suas comunidades e o exercício pleno de suas atividades, praticando um controle total sobre o acesso a cursos, eventos e canais de diálogo com as instituições promotoras de ações de saúde na área, deu origem à necessidade de criação de uma nova Organização de Agentes Indígenas de Saúde (Organização de Agentes de Saúde do Povo Tikúna — OASPT), apoiada e referendada pela Assembléia Geral dos Capitães do CGTT, realizada em dezembro de 1998⁴. Essa nova organização, além de pretender garantir canais de comunicação das reivindicações de suas comunidades, tem colocado como elemento diferenciador de sua proposta a percepção da necessidade de um trabalho integrado com as lideranças tradicionais das comunidades, o (re)conhecimento dos modos tradicionais de tratamento da população Tikúna, assim como a proteção a certas áreas do conhecimento indígena que são referidas a profissionais espe-

⁴ Apesar da proximidade das siglas das duas organizações, os agentes de saúde da OSPT decidiram manter um nome que reafirme sua identidade com a proposta inicial de organização de agentes sob a sigla OMSPT, onde iniciaram seus trabalhos mediante uma participação voluntária por melhores condições de saúde de suas comunidades.

cíficos e não devem ser tornadas públicas. A OASPT tem tentado se apresentar como alternativa ao trabalho eminentemente corporativista que vem sendo praticado pela diretoria da OSPTAS, que nem sempre conta com o apoio do conjunto dos AISs, reconhecendo a necessidade de um trabalho integrado com outras organizações representativas existentes entre os Tikúna, com destaque para o CGTT, a Organização das Mulheres Indígenas Tikúna (AMIT), a Organização dos Estudantes Indígenas (AEITAS) e a incipiente Organização dos Agentes de Desenvolvimento, vinculando desse modo, saúde, educação, desenvolvimento e participação comunitária.

A falta de uma real discussão com os AISs e seus órgãos representativos sobre o modelo assistencial pretendido para a área do Alto Solimões, pode expressar a marginalidade do projeto governamental de atendimento à saúde do índio em relação aos serviços oficiais de saúde. Na área Tikúna, a assistência aos índios, apesar de ter estado marcada, em alguns períodos, pelo discurso da proposta de um “projeto diferenciado”, estruturou-se pela exclusão e descontinuidade entre o saber científico e os saberes locais. Os órgãos oficiais encarregados da assistência à saúde dos índios, seja a FUNAI ou a FUNASA, estiveram sempre pouco dispostos a se dobrar às determinações do grupo; quando muito, avançando na discussão da participação dos índios no sistema apenas na sua condição de “usuário”.

Na verdade, a formação dos AISs foi concretizada apenas no sentido de sua participação enquanto elementos de ligação entre os serviços e as comunidades onde vivem, como parte de programas e sistemas locais de saúde já anteriormente estruturados dentro de uma lógica em que a participação da comunidade e a incorporação de práticas de cura tradicionais não ultrapassaram o nível da retórica avalizadora da continuidade de determinados modelos de intervenção, marcados por uma visão clínica e que se localizam no espaço de atenção às pessoas.

O que se tem visto, principalmente para a área indígena Tikúna, onde o difícil relacionamento com um conjunto diversificado de agentes tradicionais (curadores, feiticeiros, parteiras, pajés, rezadores, etc.) impede uma instrumentalização imediatista dos chamados “saberes populares”, é uma redução da contribuição dos conhecimentos tradicionais àqueles saberes e práticas que se assemelham aos da biomedicina (saberes botânicos, por exemplo), com o descarte do que é considerada a sua face “mágico-religiosa” e, portanto, irracional e pré-científica.

Do mesmo modo que a articulação da biomedicina com os saberes terapêuticos de cada população tem sido realizada baseando-se nos parâmetros de

eficácia estabelecidos pela biomedicina (Buchillet, 1991), também a concepção da participação popular como ferramenta pensada como neutra do ponto de vista social e político tem desencadeado resultados inesperados para as equipes de saúde que vêm se recusando a encarar a tarefa de trabalhar não apenas com o lado confortável da participação, no sentido do seu caráter legitimador das políticas de Estado frente às populações, mas também com a possibilidade de sua utilização pelos índios, enquanto canal legítimo de disputa de poder político, ou mesmo o controle do destino de verbas públicas.

Apesar de num certo sentido a existência e atuação do AIS, nos moldes acima traçados, se configurar numa espécie de enclave dentro da comunidade indígena, atuando com base em um conjunto de conhecimentos e técnicas, instrumentos, remédios, etc., que vêm “de fora”, tanto a vitalidade de sua organização social quanto de seu sistema médico tem se apresentado por meio de: (1) disputas faccionais atualizadas nos esquemas de alianças e poder dentro das organizações indígenas de saúde (para o desespero do pessoal médico que tenta enquadrá-los dentro de seus parâmetros organizacionais e hierárquicos) ou (2) do vigor e importância do sistema xamânico, dentro das diversas alternativas de tratamento que se colocam à “disposição” da comunidade Tikúna, mesmo que em relação ao “público externo” o mesmo possa ser tratado de maneira bastante ambígua, ora sendo negado (principalmente pelos adeptos das religiões da Cruz e Batista), ora fazendo parte de um “discurso tradicional”, manipulado por algumas lideranças que têm uma percepção bastante aguçada em relação ao valor que é dado às “questões tradicionais” pelas ONGs e certos segmentos das instituições governamentais, isso podendo se reverter em financiamentos e reforço interno de suas posições de poder.

O DELINEAMENTO DE UM MODELO ASSISTENCIAL E SEUS REFLEXOS CONCRETOS NA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO ALTO SOLIMÕES

A proposta de implantação de um sistema de assistência à saúde no Alto Solimões, pela recém-criada FUNASA, supunha a possibilidade de uma real eficiência da atuação de AISs, valendo-se de um esquema periódico de reciclagem e revisão dos conhecimentos adquiridos e, principalmente, supervisão permanente dos trabalhos executados pelos mesmos. Os AISs passaram a ser a única base de atividade regular de atendimento à saúde dentro das aldeias, assim como os pre-

sumíveis elos de ligação entre as comunidades e as unidades de referência implantadas nas sedes municipais.

A par de um processo burocrático impeditivo do definitivo estabelecimento de profissionais supervisores na área (ausência de concursos públicos, recursos para contratações de profissionais apenas por tempo limitado, etc.), tanto a formação dos AISs quanto a implantação de um esquema de supervisão, acabaram por se perder em meio a uma ausência de real co-participação da comunidade Tikúna na formulação de um projeto de saúde diferenciado.

Ponto chave do sistema, a presença constante de supervisores nos pólos estratégicos de referência mostrou-se descontínua. A falta de profissionais de saúde em campo, controlando a ação dos AISs e sendo a base do encaminhamento dos acometimentos de maior importância, teve como resultado a baixa efetividade da ação e o desencantamento e desamparo daqueles envolvidos no projeto, seja como agentes, seja como clientela.

Dentro da logística de supervisão, o trabalho dos AISs deveria ser registrado em uma ficha de *Registro de Atividade Diária do Agente*, por meio da qual se daria a aferição de sua produção mensal. Os atendimentos e respectivos procedimentos também seriam registrados, com a função de propiciar a reavaliação constante do aprendizado e da prática do agente. Na maioria das vezes, a percepção que o indígena conseguia ter dessa mecânica não ia além da vinculação realizada entre a entrega de sua “produção” e a liberação de seu salário, juntamente com a possibilidade de reposição de seu estoque de remédios, reivindicação básica de sua comunidade.

A continuidade do trabalho dos agentes nos períodos de ausência dos supervisores (nos quais os salários não eram pagos) viabilizava-se por intermédio da negociação de uma menor regularidade na realização das tarefas, que possibilitasse um investimento maior de trabalho nas roças, pesca, etc. Esse esquema gerou um nível considerável de abandono do trabalho nesses períodos e um alto grau de insatisfação da população, que passou a classificar o agente como “preguiçoso” e faltoso com os seus compromissos.

A enorme rotatividade de profissionais de saúde nos postos de supervisão também se refletiu na impossibilidade concreta de viabilizar cursos de qualificação para o trabalho com uma população indígena. Os prazos de contratação praticados pela FUNASA (em média de seis meses) eram curtos o suficiente para tornar inviável um maior investimento na formação interdisciplinar deste profissional. Os supervisores deveriam estar preparados para lidar constantemente não só com questões técnicas referentes a diagnósticos, prescrições de medicamen-

tos, campanhas de vacinação, etc., mas com o conteúdo específico de determinadas práticas terapêuticas definidas com base em representações indígenas sobre a doença, o sofrimento, a melhora, a cura, a morte.

Profissionais de saúde, em sua grande maioria despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica junto aos AISs, viam naqueles índios que falavam o português como sua segunda língua e tinham um certo nível de instrução formal que lhes permitia ler e escrever (uma fonte de reafirmação do estereótipo do “índio integrado” não muito diferente do agente comunitário de saúde das comunidades ribeirinhas), sua principal clientela para a qual normalmente dirigem suas atividades.

De modo geral, esses profissionais não estão abertos a entender e aceitar os itinerários terapêuticos utilizados pelos indígenas (curadores, pajés, feiticeiros, rezadores), permitindo a incorporação das práticas da medicina tradicional apenas na medida em que estas se aproximem da utilização, pela população nacional, de chás e benzeduras para doenças consideradas de menor importância. A condicionante colocada por alguns curadores de que o paciente só deve sair da aldeia após o processo de “cura”, que em geral dura três dias, e a obediência às suas prescrições, é vista como demonstração de uma mentalidade primitiva e atrasada, que só vem a atrapalhar os casos em que haja necessidade de remoção.

Nesse sentido, com relação ao atendimento nas unidades de referência, o quadro torna-se ainda mais complicado. Os atendimentos referenciados deveriam ser realizados nas sedes municipais ou em Manaus, na rede do SUS, onde não se constituiu uma política específica para populações indígenas. Tanto o pessoal administrativo quanto as equipes de saúde ocultam (mas revelam) uma visão etnocêntrica que, informa as suas relações com a população indígena sob o discurso da “igualdade”. Sob a capa de um discurso “democrático” de acesso indiferenciado às unidades de atendimento médico, tanto para a população branca quanto para os indígenas, são eliminadas as interferências das especificidades culturais que indicam a necessidade de um atendimento realmente “integral” e “diferenciado”.

Dentro desses limites, a formação dos AISs Tikúna tem se afastado, na sua prática, de uma concepção ampliada do processo saúde/doença e pautado seus esforços na direção de uma lógica tecno-assistencial, baseada na doença e nas intervenções por meio de processos de trabalho informados pela clínica. Os índios têm tido a sua formação baseada numa lógica assistencial que privilegia o indivíduo como objeto de atenção, exclui práticas alternativas e, principalmente, dá ênfase a uma medicina curativa que tem por consequência a necessidade cres-

cente de incorporação de tecnologia, criando maiores descompassos com a sua realidade e as possibilidades reais das próprias instituições formadoras em suprir essas novas demandas, por elas mesmas exacerbadas (remédios, internações, etc.).

Por fim, e como conseqüência, há que se ressaltar os marcos específicos com base nos quais se configura a produção de dados de saúde no Alto Solimões, que servem de base para as análises oficiais da situação de saúde local e valendo-se dos quais são construídas as “propostas de intervenção”. Todo o sistema de informação de saúde no Alto Solimões foi pensado tendo por base o trabalho dos AISs e deve ser avaliado baseando-se nas condições efetivas de realização do mesmo, traçadas anteriormente.

Os agentes foram orientados a encaminhar suas anotações de atendimentos, remoções e eventos vitais aos respectivos supervisores da FUNASA, localizados nas unidades de referência. A orientação elimina a possibilidade da criação, junto a cada comunidade/conjunto de agentes, de um processo educativo mais amplo de percepção do valor e utilidade da acumulação de dados no delineamento e negociação de um projeto de saúde diferenciado. As tarefas de anotação se tornaram, na maioria dos casos, um processo mecânico, cujo objetivo maior seria a comprovação de uma “produção” que lhes daria direito a receber um “salário”. Mais que isso, um processo confuso de sucessivas mudanças das instituições governamentais encarregadas de coordenar a prestação de assistência à saúde da população indígena a partir de 1990, terminou por desembocar num processo de “desmonte” (arquivos esvaziados, anotações e fichas destruídas) sistemático de uma “história da saúde” dessa população.

Na ausência de um médico, única fonte de legitimidade de um diagnóstico de causa de morte, vem se registrando no Alto Solimões, para mortes ocorridas nas comunidades distantes dos centros de referência, basicamente apenas dois grandes grupos de causa: morte por causas externas (acidentes, homicídios e suicídio) e S.A.M. (sem assistência médica). A orientação dada pelos profissionais de saúde que desembocou nesse tipo de anotação, denuncia claramente não só a grave situação de ausência destes profissionais nas áreas indígenas, mas também a sua grande dificuldade em lidar com os saberes e entendimentos diferenciados das populações indígenas sobre seus processos de adoecimento e morte. Como conseqüência, são eliminadas as possíveis colaborações dos AISs na construção de um modelo de assistência realmente diferenciado.

Esta postura, comum às instituições governamentais de assistência à saúde, vincula-se a uma percepção universalista dos fenômenos, onde as categorias ocidentais de classificação de desordens têm uma validade pan-humana. De modo

geral, os fenômenos expressos com base em entendimentos das populações indígenas, que não são facilmente assimilados a categorias ocidentais, são tratados como pertencentes ao nível “mágico”, “irracional”, ou são simplesmente ignorados.

O efeito da proposta de se criar meios de avaliação de fenômenos, que passam normalmente despercebidos pelos métodos clássicos de medida de morbi-mortalidade (já que baseados apenas no diagnóstico médico), ocasionaria um “alargamento” do campo da saúde com a “abolição do monopólio médico sobre a apreciação dos problemas de saúde”, permitindo que aflorem categorias próprias da população estudada e a incorporação de outras “fontes idôneas de julgamento” (Goldberg, 1990; Pacqué-Margolis et al., 1990).

O encaminhamento desse tipo de proposta não deve ter, de forma alguma, o sentido de referendar um quadro de desassistência à saúde (quase que institucionalizado), como o encontrado na área Tikúna, minimizando a participação de profissionais de saúde na busca por registros de doenças e agravos mais confiáveis, mas problematizar a percepção do que possa ser definido como “problema de saúde” para uma determinada população, levando em conta o contexto socio-cultural, ideológico e mesmo profissional em que esses “problemas” ocorrem.

As referências e interpretações que os indígenas fazem de seus processos de adoecimento e morte são essenciais na superação de tipologias e interpretações etnocêntricas, realizadas pela sociedade nacional, e que não passam de superposições e atribuições de entendimentos realizados valendo-se de parâmetros ocidentais (entendimento da construção e fisiologia do corpo, doença, sofrimento e morte, etc.) para as ocorrências de doença e morte na sociedade Tikúna.

Uma qualificação sistemática das mortes, despersonalizadas e desqualificadas pela ausência de assistência médica, poderia apontar para uma vinculação entre os processos de adoecimento e os prováveis desdobramentos em termos de acusações de enfeitiçamentos, contra-feitiços, mortes violentas, suicídios, e para o que Taussig (1993) denominou de “relações sociais incrustadas na feitiçaria”.

A listagem de óbitos ocorridos no Alto Solimões, disponibilizada pela FUNAI em Brasília, cobrindo o período de 1993-1995, confirma o quadro de desassistência na área. Do total de 132 casos anotados, 16% são de suicídios e, subtraídos os casos de mortes por causas externas, dos 101 eventos restantes, 62% ocorreram sem que houvesse assistência médica. Desses últimos, 43% correspondem a mortes de crianças na faixa de 0-5 anos.

De modo mais imediato, e baseando-se em sua própria condição de precariedade, esses dados podem apresentar um quadro de mortalidade que levante a possibilidade de uma discussão mais conseqüente sobre a ocorrência de epide-

mias de coqueluche, malária, diarreia e falta de assistência, que vêm sistematicamente assolando a população Tikúna⁵.

A partir de 1995, é flagrante o agravamento do estado da saúde da população Tikúna, quando a FUNASA passou a manter na área apenas os recursos humanos para a realização de uma cobertura vacinal vacilante (vejam as estatísticas das próprias instituições, FUNAI e FUNASA, em relação à ocorrência significativa de casos de coqueluche e tétano neonatal). A FUNAI, já desde 1994 com a responsabilidade das ações de caráter curativo, atua na área de maneira pífia, apenas realizando ações de remoção em situações de caráter mais emergencial. Até 1998, o atendimento era ainda realizado por AISs que, novamente de forma voluntária, tomaram a si a responsabilidade do atendimento possível, numa situação de ausência quase total de medicamentos e de supervisão de seu trabalho⁶.

OBSERVAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ÍNDIO

Durante a XXXIII Reunião da Organização Pan-Americana da Saúde, realizada em Washington, Estados Unidos, em setembro de 1988, ficou aprovada pelo voto de todos os ministros da saúde das Américas, inclusive o do Brasil, a reorganização dos Sistemas Nacionais de Saúde por intermédio dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Em nosso país, tal sistema aproxima-se da idéia de “distritos sanitários”, implantados pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Como consequência dos atos formais, a estratégia de implantação de distritos sanitários implicou, em um primeiro momento (1988-1989), na construção e difusão da idéia do distrito enquanto “*processo social de mudança das práticas sanitárias*” (Mendes, 1993:94), e a necessidade de um debate teórico-metodológico em torno da formatação de sua conceituação com base nas experiências nacio-

⁵ O CGTT e a OASPT vêm sistematicamente denunciando pelos jornais locais a ocorrência de mortes por diarreia e cólera, decorrentes do total abandono a que está submetida a população Tikúna nos últimos três anos.

⁶ Nas eleições de 1998, por exemplo, voltaram a ocorrer, sem qualquer possibilidade de controle pela FUNASA ou FUNAI, as “colaborações” de candidatos na forma de medicamentos, sem que os índios tenham sido treinados no seu uso, ou que se possa ter algum nível de segurança quanto à sua procedência ou qualidade.

nais. Esse debate articulou campos diferenciados, entrelaçando conceitos da nova geografia de Milton Santos (território-processo), do planejamento estratégico-situacional de Carlos Matus e um conceito holístico do processo de saúde/doença.

Refletindo o debate nacional em torno dessas novas formulações de políticas de saúde, no VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, da Câmara dos Deputados (maio de 1989), veio a público a figura dos *Distritos Sanitários Especiais Indígenas* (DSEI). A partir de então, vários eventos vêm alterando o panorama institucional no campo da saúde indígena. Em 1991, o Decreto Presidencial nº 23 (4 de fevereiro), entregou a coordenação dos projetos de saúde para populações indígenas para a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), que logo em seguida teve seus recursos reunidos aos da ex-SUCAM e ex-DATA-PREV e passou a se denominar Fundação Nacional de Saúde. A então recém-criada fundação albergou a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), no âmbito do seu Departamento de Operações. Em 1992, foi criada a CISI, subordinada ao Conselho Nacional de Saúde.

Em 1991, foi criado o Distrito Sanitário Yanomami e, em 1992, o Distrito Sanitário dos Povos Indígenas de São Paulo e Rio de Janeiro. Na avaliação do I Fórum Nacional de Saúde Indígena (abril de 1993), o modelo de atuação entre FUNASA e FUNAI não chegou sequer a formular um plano conjunto de trabalho e cooperação. No que diz respeito à implantação dos distritos sanitários indígenas, afirmou-se: “*carro chefe da primeira gestão da COSAI, ainda não apresenta resultados objetivos do ponto de vista institucional*”⁷. Apesar disso, o DSEI se constituiu como a base do modelo assistencial para atenção à saúde indígena, conforme definido no documento final da II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas⁸.

Desse modo, dando continuidade ao debate, há que se levar em conta uma perspectiva onde se concretize a possibilidade real de trabalho com novos recortes conceituais, mais adaptados ao encaminhamento da construção dos DSEIs. Mendes (1993), indica que o Distrito Sanitário deve ser reconhecido não por um caráter burocrático de redivisão topográfica-administrativa, mas sim por se constituir de três dimensões. A primeira delas, política, no sentido de que é um espaço em construção onde se expressam atores sociais, portadores de diferentes projetos⁹. A dimensão ideológica deriva da opção por uma concepção ampla do processo saúde/doença e sua conseqüente estruturação na lógica da atenção às necessidades específicas de saúde da população. Como conseqüência, as definições anteriores exigem a redefinição de uma dimensão tecnológica (conhecimentos, métodos e técnicas), coerente com estes referenciais políticos e ideológicos.

Nesse sentido, alguns autores propõem que se fale de “processo de distritalização” onde se teria, como produto de uma dinâmica social, um “território-processo” com “problemas” de saúde, cuja identificação, descrição e explicação não independem daquele que a faz e de que posição os percebe. O enfrentamento dos problemas de saúde dá origem a um processo de transformação das práticas sanitárias, ou seja, a proposta de distritalização implica o redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social do distrito sanitário (Mendes et al., 1993).

Para os DSEIs, a proposta é que se avance na definição de problemas e na participação da construção de um novo modelo assistencial, no sentido de se pensar a “integralidade” também como espaço de negociação, para onde possam realmente afluir novas racionalidades, códigos e lógicas de conhecimento.

Trabalhar com lógicas e racionalidades diversas da medicina ocidental implica investir em pesquisa antropológica que sirva de base para a formatação de um modelo assistencial diferenciado, adequado para a população Tikúna do Alto Solimões, com o conhecimento e a valorização efetiva dos modelos da medicina tradicional indígena. A pesquisa antropológica deverá buscar o conhecimento e a compreensão das representações e práticas da medicina tradicional Tikúna, não com o sentido da tentativa de uma incorporação mecânica desses saberes, o que pode desencadear, para algumas categorias de profissionais nativos, na inviabilização do seu próprio trabalho ou ainda significar grandes interferências na prestação de um serviço organizado em bases de relações de reciprocidade, compadrio, ou até mesmo alianças políticas diversas¹⁰.

⁷ Seminário Nacional de Saúde Indígena — I Fórum Nacional de Saúde Indígena. Ministério da Saúde, Brasília, 22 a 26 de abril de 1993.

⁸ II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Luziânia, Goiás, 25 a 27 de outubro de 1993.

⁹ Nesta dimensão existe a necessidade de se superar uma construção mitificada de uma unidade na sociedade Tikúna, reconhecendo com base no trabalho com escalas menores de observação, diferentes modos de sociabilidade tradicional, ficando explicitadas mesmo, em determinados momentos, disputas de “tradições”.

¹⁰ Lobo-Guerrero (1991) alerta para a tendência de alguns programas em medicalizar e institucionalizar as medicinas indígenas.

A explicitação de categorias explicativas de práticas cotidianas deve fazer surgir o conjunto de problemas de saúde e ações preventivas e curativas utilizadas no presente: o que de “medicina indígena” persiste (uso de ervas medicinais, benzeduras, rituais religiosos de cura, ação de pajés e feiticeiros, trabalho das parteiras), quais as formas de utilização da medicina ocidental e quais as outras soluções que são buscadas pela população indígena para resolver os seus problemas. Baseando-se nesses dados, será possível levantar os principais itinerários terapêuticos presentes nas escolhas cotidianas e como estes se elaboram com base em vivências particulares sobre a doença, a melhora ou a cura. Tais itinerários deverão ocorrer de forma dinâmica, como consequência das múltiplas interpretações e “julgamentos” acerca da eficácia dos diversos tratamentos colocados à disposição. Essa dinâmica, por outro lado, deverá estar informando (re)interpretações sobre doenças e doentes, curas e curadores, que serão expressas simbolicamente no decorrer do processo da doença e da busca de resoluções.

Nesse sentido, é bom reafirmar que, apesar das propostas de implantação de modelos de assistência diferenciados virem envoltas em discursos democráticos de participação das comunidades, sua prática autoritária pode ser percebida por meio de projetos que delimitam a participação indígena à condição de usuário do sistema, e supõe que a proposta de uma “gestão participativa” pode realmente ser implementada onde não se busca na população indígena uma parceria efetiva no delineamento de um modelo realmente diferenciado de atenção à saúde.

No caso Tikúna, é necessário que se faça uma avaliação criteriosa dos impactos das propostas de participação comunitária que vêm sendo implementadas, tanto no sentido da melhoria das condições de saúde da população, como de seus reflexos na sua cultura e organização social e política. Na implantação do DSEI Alto Solimões, é preciso que se possa suplantar as polarizações faccionais, sem a pretensão etnocêntrica de eliminar a diversidade ou os diferentes projetos políticos formulados no interior da sociedade Tikúna.

Agradecimentos

Este trabalho foi elaborado no âmbito do projeto *Universo Ticuna: Território, Saúde e Meio Ambiente* (PPD/PPGT/FINEP/MCT, 1998).

Referências

- BRONFMAN, M. & GLEIZER, M., 1994. Participación comunitaria: Necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:111-122.
- BUCHILLET, D., 1991. A questão da integração dos sistemas médicos: Problemas e perspectivas. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 243-246, Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/Editora Cejup.
- CONFALONIERI, U. E. & VERANI, C. L., 1993. Agentes indígenas de saúde. In: *Saúde de Populações Indígenas. Uma Introdução para Profissionais de Saúde* (U. E. Confalonieri, org.), pp. 45-51, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- GOLDBERG, M., 1990. Este obscuro objeto da epidemiologia. In: *Epidemiologia. Teoria e Objeto* (D. C. Costa, org.), pp. 87-136, Saúde em Debate 32, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- LOBO-GUERRERO, M., 1991. Incorporación del shaman indígena en los programas de salud: Reflexiones sobre algunas experiencias en Colombia. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia* (D. Buchillet, org.), pp. 267-279, Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi/Editora Cejup.
- MACEDO, G. M., 1996. *Negociando a Identidade com os Brancos: Religião e Política em um Núcleo Urbano Ticuna*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional do Rio de Janeiro.
- MENDES, E. V., 1993. O processo social de distritalização da saúde. In: *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, org.), pp. 93-158, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAUJO, E. C. & CARDOSO, M. R. L., 1993. Distritos sanitários: Conceitos-chave. In: *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde* (E. V. Mendes, org.), pp. 159-185, São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO.
- OLIVEIRA FILHO, J. P., 1977. *As Facções e a Ordem Política em uma Reserva Tikuna*. Dissertação de Mestrado, Brasília: Universidade de Brasília.
- OLIVEIRA FILHO, J. P., 1988. "O Nosso Governo": Os Ticuna e o Regime Tutelar. São Paulo: Marco Zero/Brasília: Ministério da Ciência e Tecnologia/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- PACQUÉ-MARGOLIS, S.; PACQUÉ, M.; DUKULY, Z.; BOATENG, J. & TAYLOR, H. R., 1990. Application of the verbal autopsy during a clinical trial. *Social Science and Medicine*, 31:585-591.
- TAUSSIG, M., 1993. *Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem. Um Estudo sobre o Terror e a Cura*. São Paulo: Editora Paz e Terra.
- VERANI, C. B. L., 1999. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, 15:171-192.