

## Saberes Tradicionais e Biomedicina: reflexões a partir da experiência dos Xukuru do Ororubá, PE

---

Maria Jaidene Pires<sup>a</sup>  
Rita de Cássia Maria Neves<sup>b</sup>  
Vânia Fialho<sup>c</sup>

Esse trabalho objetiva compreender como as práticas de saúde tradicionais e biomédicas são vivenciadas em diálogo ou em confronto com as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam em povos com contato prolongado, como é o caso dos índios Xukuru do Ororubá, que habitam o Nordeste do Brasil. A pesquisa foi realizada com base na participação dos pesquisadores em reuniões com o Conselho de Saúde Indígena, em visitas aos polos base Xukuru do Ororubá e em entrevistas com os sujeitos envolvidos. A “atenção diferenciada” como proposta na legislação específica, efetivada através do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, foi discutida a partir da noção de práticas de autoatenção, por esta considerar os aspectos sociais, culturais e econômicos envolvidos. O artigo, por fim, enfatiza a importância da educação intercultural para enfrentar os problemas no campo da saúde e das políticas de saúde indígena.

Saúde Indígena; Saberes Tradicionais; Xukuru do Ororubá; Interculturalidade; Autoatenção.

Esse artigo tem por objetivo compreender a relação entre os saberes tradicionais e a biomedicina a partir da experiência do povo

a Pedagoga. Professora Assistente (UPE). Email: [mjaidene@yahoo.com.br](mailto:mjaidene@yahoo.com.br).

b Antropóloga. Professora do Departamento de Antropologia e da Pós-Graduação em Antropologia Social (UFRN). Email: [rcmneves@yahoo.com.br](mailto:rcmneves@yahoo.com.br).

c Antropóloga. Professora Adjunta (UPE) e da Pós-Graduação em Antropologia (UFPE). Email: [vania.fialhos@upe.br](mailto:vania.fialhos@upe.br).

indígena Xukuru do Ororubá. Para tanto, nossa reflexão se volta para o lugar das práticas de saúde consideradas tradicionais por esse povo, quando acionadas em diálogo ou em confronto com as práticas biomédicas que as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) exercem na Terra Indígena (TI) Xukuru, a partir de parâmetros e programas federais de ação no campo da saúde indígena no Brasil<sup>1</sup>.

Para melhor compreensão do problema, partimos do pressuposto que a população indígena deve ser considerada como um ator social que avalia e escolhe os tratamentos utilizados no processo de cura. Dessa forma, mesmo com a estrutura e presença do sistema de saúde biomédico, através do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os povos indígenas de Pernambuco, e da atuação das EMSI, os povos indígenas não são agentes passivos, mas atuam conjuntamente, assim como também atuam fora do sistema oficial de cura.

Ao mesmo tempo, devemos levar em consideração o fato dos Xukuru conviverem com a prática biomédica há muitos anos e, portanto, a biomedicina<sup>2</sup> se encontra inserida em seu cotidiano, o que faz com que compartilhem das práticas e da linguagem usada pelos profissionais de saúde não indígenas. Além disso, ao longo dos anos os Xukuru têm investido na formação biomédica de seus quadros, de forma que alguns técnicos e auxiliares em enfermagem são indígenas.

Em 2010, ano de início da pesquisa nessa etnia, os Xukuru possuíam três equipes de saúde volantes atuando na Terra Indígena Xukuru (TI Xukuru). Em conjunto, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena eram compostas por dois médicos, três odontólogos, três enfermeiros, três auxiliares de consultório dentário (ACD), onze auxiliares/técnicos de enfermagem, trinta e um agentes indígenas de saúde (AIS) e vinte e três agentes indígenas de saneamento (AISAN), totalizando setenta e seis profissionais trabalhando em uma área de 27.550 hectares, com uma população de 11.985 indígenas (SIASI 2010) na época.

Os indígenas que moram na cidade de Pesqueira, fora da Terra Indígena Xukuru, podem subir a Serra do Ororubá para serem atendi-

dos no Polo Base da aldeia São José, em um dia específico determinado pela coordenação do polo. A todos, segundo informações da coordenadora do Polo Base, são garantidos os serviços de média e alta complexidade, desde que estejam devidamente cadastrados no SIASI e aguardem agendamento pelo Polo Base e DSEI/FUNASA/PE na rede SUS<sup>3</sup>.

É importante ressaltar que o envolvimento dos Xukuru com a organização do sistema de saúde, implementado pelo Distrito Sanitário Especial Indígena em Pernambuco (DSEI-PE), em consonância com a normatização nacional vigente, está articulado com um projeto maior de reconhecimento étnico e de implementação de políticas públicas que têm como base os preceitos de uma sociedade plural e multiétnica.

Este projeto vem se consolidando após a promulgação da Constituição Federal de 1988, e teve como argumento mobilizador inicial a regularização do seu território. Paralelamente, as políticas de educação e de saúde foram incorporadas na agenda do movimento indígena e assumidas por estarem relacionadas a demandas básicas definidas, mas também porque constituem um espaço dialógico importante e de reconhecimento mútuo de valores, autoridades e saberes; constituem, fundamentalmente, esferas de negociação política que devem se basear nos princípios da interculturalidade.

### **Práticas tradicionais de cura e as EMSI**

Os Xukuru, desde o início do processo de retomada de seu território, aglutinaram outras demandas, tais como educação e saúde diferenciada, que passaram a constituir tema de luta frente ao governo federal. Simultaneamente, um movimento interno por parte das lideranças passou a repensar e retomar também as práticas consideradas tradicionais, promovendo encontros, debates e ações específicas.

Em trabalho de campo, observamos que o Conselho Indígena de Saúde Xukuru do Ororubá (CISXO) mesmo tendo o trabalho de acompanhar de perto a atuação das EMSI e de interferir em todo o

processo de organização da saúde local, a partir de uma presença constante destes circulando cotidianamente no Polo Base, demonstravam também preocupação em trazer a discussão mais ampla sobre medicina tradicional para dentro do CISXO.

Foi dessa forma que os Xukuru promoveram vários encontros desde 2006, com objetivos claros de discutir saúde através da relação entre os curadores tradicionais e as EMSI. Nesse intuito, embora tenham ocorrido outros encontros mais recentemente, devemos destacar os dois primeiros em parceria com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-PE), para tratar de curas tradicionais e uso de plantas medicinais, com a presença de todas as EMSI e dos curadores tradicionais.

O primeiro encontro foi realizado nos dias 17 e 18 de fevereiro de 2006, na aldeia Pedra d'água, local onde se localiza a mata sagrada do Rei do Ororubá, espaço de presença dos Encantados (entidades espirituais que orientam a vida do povo Xukuru) e de força imanente para a comunidade. O objetivo desse encontro foi, de acordo com o relatório produzido pelos próprios Xukuru, "sistematizar as práticas de cura desenvolvidas pelos conhecedores da ciência natural" (2006:6) e teve como tema central: 'Medicina Tradicional a partir do respeito com a natureza'.

O segundo encontro foi realizado no mesmo local nos dias 07, 08 e 09 de setembro de 2006. Nesse segundo encontro, os objetivos se centraram em discutir o poder das curas tradicionais e das ervas medicinais; a valorização das tradições e formas de dar continuidade a elas e, por fim, a associação da medicina indígena com a biomedicina.

Em ambos os encontros estavam presentes lideranças locais, sabedores tradicionais (rezadeiras (os)/ benzedeiros (os) e curandeiros), pajé, cacique, membros da EMSI (AISAN, médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares, AIS e a coordenadora do Polo Base), além de um representante do DSEI-PE.

Esses dois encontros são interessantes porque demonstram que a preocupação dos Xukuru com a prática da medicina tradicional, inclu-

sive relacionando a cura com ritual, é antiga e vem sendo estimulada há, pelo menos nove anos. Além disso, identificamos uma atenção com a ‘medicina natural’, como chamada pelos Xukuru, e que pode ser pensada em um sentido mais amplo do termo, ou seja, a ‘medicina natural’ é uma categoria que envolve as práticas culturais de alimentação, o controle dos recursos hídricos e o uso das plantas medicinais, o que corrobora com o conceito de saúde proposto por Eduardo Menéndez (2003 e 2009).

Menéndez (2003 e 2009), para discutir a amplitude das práticas de cura, adota o conceito de autoatenção que, segundo o autor, deve ser pensado em dois níveis: um restrito e um amplo. Em sentido restrito significa ‘sistema’ e se refere às práticas de saúde aplicadas intencionalmente no processo de saúde/enfermidade/atenção. Muitas vezes autoatenção nesse sentido, assume apenas a conotação de automedicação, como também de autocuidado. Para o autor, a automedicação é parte da autoatenção e no sentido biomédico adquire, portanto, um caráter negativo. Em relação ao termo autocuidado, por sua vez, embora favoreça a ênfase numa saúde positiva, preventiva, através do conceito de estilo de vida que este sugere, o uso do conceito de autocuidado determina uma concepção marcadamente individualista, se diferenciando, portanto, de autoatenção que constitui um caráter grupal e social. Ambos, automedicação e autocuidado, são parte do processo de autoatenção.

Em sentido amplo, com o qual esse trabalho dialoga, autoatenção reflete formas que assegurem a reprodução social dos sujeitos, ou seja, envolve as relações familiares, distribuição de alimentos, o ambiente em que se vive, a relação com a morte, os rituais, o uso sustentável da água, etc. Ou seja, um conjunto que determina as relações entre saúde/enfermidade/atenção. Em sentido amplo a automedicação também pode adquirir conotação positiva, pois indica a capacidade do sujeito fazer uso de chás, ervas, unguentos, que aliviem o ‘padecimento’, termo que Menéndez utiliza em lugar de ‘doença’, pois abarca mais do que a doença física, corporal.

Os Xukuru, em ambos os encontros, sempre deixaram claro que consideram a doença algo maior do que o padecimento do corpo e a saúde como algo mais amplo do que simplesmente a ausência de doença física. Em 2014, por exemplo, a XIV Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá, que teve como tema: ‘Limolaigo Toipe – Terra dos Ancestrais: A Água é o sangue da Terra’, a preocupação dos Xukuru, expressa na carta final da assembleia apontava para a água como parte desse universo mais amplo de saúde:

“Tendo como referência o significado espiritual da água e sabedores de que ela é habitada por seres espirituais protetores da vida dos Xukuru e de todos os seres humanos que habitam no planeta terra, refletimos sobre a importância de conhecermos melhor a realidade hídrica de cada Aldeia e pensarmos formas de melhor cuidar e preservar esse líquido sagrado, dádiva da natureza, que assegura a existência de toda a humanidade” (Carta da XIX Assembleia – 19/05/2014).

Além disso, em 2015, ocorreu na Terra Indígena (TI) Xukuru um encontro estadual de pajés, cujos objetivos foram fomentar a garantia do princípio da intermedialidade no campo da atenção básica à saúde indígena. Para tanto, o evento buscou o diálogo com os detentores de saberes indígenas, a fim de que os mesmos apresentassem o que poderia ser compartilhado com as equipes multidisciplinares de saúde, para que os profissionais de saúde entendam as especificidades das práticas de cura Xukuru, respeitando seu caráter sagrado, expresso em rezas, ervas e outras práticas tradicionais de cura. Dessa forma, entendemos que, para os Xukuru, o uso de medicamentos alopáticos e da biomedicina é apenas uma forma de cura.

Em entrevista com os AIS, no entanto, identificamos que há muita dificuldade em tratar a saúde em sentido amplo, principalmente quando relacionado à questão da alimentação. Todos afirmam que o papel dos AIS é observar, orientar, educar, prevenir e cuidar da comunidade, mas também reforçam que o trabalho não é simples. As pessoas têm em seus roçados alimentos que muitas vezes levam para

vender na feira e deixam de usar em casa porque não possuem o hábito de se alimentar dessa forma:

Se tem muitos alimentos em casa, como a cenoura, a beterraba e muitas mães às vezes não dá. É o costume de não usar. A gente orienta fazer sopinha, suco, tudo isso ajuda em uma boa alimentação, mas não usam. (AIS – entrevista, 2010).

No uso de medicamentos, seu Dedé, curador tradicional, em entrevista dada em 2010, afirmou que a assistência à saúde realizada pela FUNAI anteriormente era muito ruim, e com a entrada da FUNASA melhorou um pouco. O problema, disse ele, é que muita gente passou a usar mais remédio da farmácia porque o alívio é mais rápido e esqueceu a medicina tradicional. Segundo seu Dedé, o remédio da farmácia faz você ficar bom de uma coisa e piora outra:

Com a entrada da FUNASA, usa-se mais remédio de lá, eu digo isso com clareza, o remédio que vem pronto é mais fácil, mas o povo não deixou de usar o remédio do mato, não. Usa os dois. Eu sou um caso de cura na medicina do índio. Prá você ter uma idéia, eu era uma pessoa aleijada da coluna, eu tinha um problema na coluna. Na retomada de Caípe, em 1992, eu cheguei lá, dentro de um carro e foi três homens prá me tirar do carro. Xicão olhou pro Capitão Juvenal, que na época era a liderança de minha aldeia e disse, pegue Vanderlei e traga aqui. O Capitão foi lá, me pegou e me colocou dentro do Toré, depois o pajé me chamou e me ensinou um remédio muito fácil e eu usei e até hoje em to bom. Eu já tinha tomado voltarem. Aquilo é uma droga! Tá tomando ele prá matar uma bactéria, mas fortalece outra. O medicamento do mato, não, é diferente. (Dedé, curador, 2010).

Observamos, ao longo da pesquisa, que mesmo com todas as dificuldades há uma preocupação do Conselho Local de Saúde em discutir internamente as práticas de cura e o que eles chamam de ‘medicina tradicional’, principalmente porque como afirmou seu Dedé, o uso de medicamentos alopáticos aparenta maior rapidez no tratamento. No entanto, quando os Xukuru juntam, em um mesmo encontro, curadores tradicionais e demais profissionais de saúde não indígenas, há efetivamente uma preocupação em estabelecer interrelações entre a bio-

medicina e a medicina tradicional, ou pelo menos tentam valorizar o sistema de cura tradicional, pouco valorizado no cotidiano dos indígenas e pelas políticas da atenção básica. Encontramos alguns AIS e técnicos de enfermagem indígenas que também são curadores tradicionais, que fazem questão de se apresentarem como agentes de saúde, técnicos de enfermagem e curadores tradicionais. Os demais, não indígenas, ou os que não são curadores tradicionais, são instruídos pela comissão local para que procurem estabelecer relação com os curadores tradicionais.

Tem um médico das equipes e também tem os curandeiros que não é caso de ir para o médico, que eles utilizam das plantas medicinais. Muitos deles antes de procurar o médico fazem uso de plantas medicinais e fazem os remédios em casa, pois não querem ocupar o médico. Têm várias ervas e só os mais velhos sabem falar sobre elas, pois eles têm um conhecimento maior. Os AIS e a comunidade procuram os mais velhos nós já sabemos a quem recorrer. [...] Nós temos uma relação muito boa com os curadores. Nós mesmos precisamos de uma erva e precisamos de uma ajuda deles. Quando nós sabemos de alguma coisa que eles não sabem a gente passa para eles, sempre há uma troca de conhecimento. Tem um curandeiro que quando a gente precisa dele nós o chamamos e ainda tem o pajé que é o curandeiro da região. Já chamei um curandeiro para alguns pacientes. (AIS – entrevista, 2010).

A gente, como Agente de Saúde não procurava se informar dos benzedores, de ficar sempre restrito, só que hoje a gente está tentando resgatar isso [a relação] porque a gente sabe que as plantas medicinais, esse pessoal que estão indo [morrendo], porque os mais velhos estão indo, eles podem deixar muitas mensagens para a gente. (AIS – entrevista, 2010).

Apesar de toda essa atenção do Conselho Local, percebemos que há efetivamente um estrangulamento no sistema quando se refere ao acompanhamento e trabalho dos AIS. A média de famílias assistidas por cada agente de saúde é entre sessenta e oitenta famílias. Com isso, os AIS só conseguem visitar cada família uma vez por mês, principalmente porque eles são orientados a dar maior atenção aos idosos, às crianças, hipertensos e diabéticos, o que consome grande parte do trabalho e requer mais visitas regulares. Todos foram unânimes em



afirmar que o número de hipertensos nos Xukuru é bem alto e tem aumentado o número de casos em que se precisa usar remédio controlado. Esses casos demandam um cuidado cotidiano por parte dos AIS o que faz com que eles não consigam acompanhar as demais pessoas de forma mais próxima, Ou seja, se a ideia da atenção básica é a de prevenção, os AIS só conseguem atuar no acompanhamento dos que já estão com problemas de saúde.

Ainda de acordo com informação dos AIS, a maior parte dos Xukuru prefere a medicina alopática cujo efeito é mais rápido. Porém, com a dificuldade em ser assistido pela Equipe de Saúde, acabam fazendo uso de chás, lambedores e garrafadas, ou seja, se tornou uma prática de saúde alternativa à biomedicina e não uma prática conscientemente adotada. Além disso, o uso da medicina tradicional é uma prática mais adotada pelos idosos. Os mais jovens, quando não são atendidos na área, preferem descer a Serra para a cidade e utilizar o sistema comum do SUS. Afirmam também que o uso da medicina tradicional depende da família. As mais tradicionais, que possuem mais idosos em casa, fazem mais uso de ervas, chás, benzedoiras e garrafadas. As demais preferem encaminhamento médico.

Por causa da implantação desse programa de Saúde Indígena dentro da comunidade, do PSF, as pessoas hoje passaram a acreditar na medicação que vem das farmácias e está esquecendo o que tem aqui. A gente tem muitos benzedores que fazem garrafadas. Aqui nos Xukuru é muito rico de plantas medicinais que pode curar muitas coisas. A gente começou a fazer uma cartilha das plantas medicinais, só que ainda não está em prática mesmo. As pequenas doenças como a diarreia mesmo, a gente consegue, mas a gente tem muita dificuldade de trabalhar com nossa cultura porque a juventude perdeu um pouco essa tradição do povo mais velho. (AIS - entrevista, 2010).

O mesmo problema foi observado em relação aos demais membros da equipe multidisciplinar. Tanto o médico quando o enfermeiro só conseguem visitar cada aldeia uma vez por mês, atendendo entre 15 e 25 fichas. Cabe aos AIS fazerem a lista das prioridades. Como

a demanda é grande, se a pessoa não se encontra em nenhuma das categorias acima elencadas e se não está com um problema grave, dificilmente consegue ser atendido pelo médico na consulta feita na aldeia. O médico, o enfermeiro e toda a equipe estão permanentemente defasados no atendimento em relação às necessidades.

Com isso, uma das metas da atenção básica, que é a prevenção e promoção à saúde, acaba se transformando em um transtorno. Na medida em que não conseguem atender satisfatoriamente a demanda, a equipe de saúde como um todo tem que priorizar os casos mais urgentes, deixando de promover a saúde e passando a trabalhar com a doença instalada.

Em relação ao papel dos AIS, os enfermeiros entrevistados afirmaram que “região em que os AIS não trabalham bem, o trabalho da equipe não funciona”. Como as áreas são muito extensas e com muitas aldeias, são os AIS que conhecem todas as pessoas e marcam com os mais necessitados de tratamento. Por isso se os AIS não trabalham bem, a equipe, quando chega ao local de atendimento, fica perdida. Os AIS, por sua vez, reclamam que têm dificuldade em determinar quem fica de fora da lista de atendimento, já que a procura é maior que a oferta de serviços. Além disso, com a dificuldade de tempo para atender satisfatoriamente as pessoas, os AIS não têm tempo para se preocupar com a medicina tradicional, trabalhando cotidianamente no apoio à EMSI, fazendo uso apenas da biomedicina.

Embora a pesquisa que originou esse artigo tenha se efetivado no âmbito do subsistema de saúde indígena, buscando compreender as relações entre as EMSI (as práticas biomédicas) e as populações assistidas (práticas de cura tradicionais), procuramos trabalhar articulando as compreensões de autoatenção em sentido restrito e em sentido amplo simultaneamente. Não pensamos a biomedicina, nem a medicina tradicional como sistema, mas como diálogo de práticas de autoatenção. Além disso, esta foi uma pesquisa inicial sobre o tema, em 2016 iniciamos outra pesquisa, sobre as práticas tradicionais de cura e mais especificamente sobre o uso da Jurema em várias etnias em Pernambuco, inclusive nos Xukuru do Ororubá.

## Atenção diferenciada, autocuidado e autoatenção

Quando compreendemos a amplitude do conceito de autoatenção, passamos a repensar o significado de ‘atenção diferenciada’. Esse conceito foi adotado na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, de 1986, referenciado através do documento ‘Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas’ de 2000 e legislação posterior. Nesses documentos foi enfatizado que o modelo de ‘atenção diferenciada’ se baseava na estratégia de criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), “como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações” (Brasil 2002:8).

Embora os documentos deixem dúvidas sobre o real significado de atenção diferenciada enquanto categoria para pensar todo o subsistema de saúde indígena, eles apresentam caminhos para compreensão do problema. Dessa forma, o documento ‘Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas’ indica que:

“a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local” (Brasil 2002:17).

O modelo de atenção diferenciada proposto na legislação prevê ainda que as ações básicas de saúde sejam prestadas por equipes que incluam representantes da comunidade, treinados como agentes de saúde, e demais profissionais de nível superior e técnico que trabalhem nas áreas indígenas prestando serviços de assistência. Esses profissionais devem ser capacitados para trabalhar com

populações diferenciadas, pois segundo a Portaria nº 2.048 de 03 de Setembro de 2009, artigo 365, parágrafo único, a definição de quais profissionais deverão compor as equipes multidisciplinares de atenção à saúde indígena, afirma que os mesmos devem priorizar “a situação epidemiológica, as necessidades de saúde, as características geográficas, o acesso e o nível de organização dos serviços, respeitando as especificidades étnicas e culturais de cada povo indígena, devendo atuar de forma articulada e integrada aos demais serviços do SUS”.

Conforme Langdon & Diehl (2007), embora os princípios da ‘atenção diferenciada’ estejam bem definidos nos documentos oficiais, ainda não se tornaram realidade, seja na participação da comunidade, seja na formação dos gestores e profissionais que trabalham nas áreas indígenas. Além disso, não fica claro nos documentos posteriores se os serviços de atenção básica devem ‘articular’ ou ‘integrar’ as práticas tradicionais de cura. Articular, nesse caso, é muito diferente de integrar. Na realidade, as pesquisas nessa área apontam para o fato de que a ‘articulação’ já ocorre por parte dos indígenas, como podemos perceber nos Xukuru. O que está acontecendo é que estamos querendo que eles articulem de outra forma ou, no caso, a execução das diretrizes propostas não está conseguindo atuar de forma articulada. Além disso, é inegável que no caso dos Xukuru há um grupo grande de hipertensos, o que faz com que toda a assistência básica se volte para esses casos já configurados, dando pouca atenção à prevenção e promoção à saúde e, portanto, no cotidiano estes não conseguem promover saúde a partir das práticas tradicionais como eles mesmos propõem.

### **Intermedicalidade e pluralidade terapêutica**

Com isso, chegamos a outros temas importantes para esse trabalho que são os conceitos de ‘intermedicalidade’ e ‘pluralidade terapêutica’. Follér (2004), a partir de uma concepção proposta por Greene

(1998) afirma que intermedicalidade pode ser definida como uma ‘zona de contato’ em que a Biomedicina interage com outros saberes não médicos na teoria e na prática. A intermedicalidade significa para ambos, que há pelo menos um elo entre os vários discursos de conhecimento. Embora as lógicas da biomedicina e da medicina indígena façam uso de critérios diferentes para avaliar o desfecho ou conclusão de um tratamento, atribuindo ou não eficácia a este, há, certamente pontos de contato que interagem e estabelecem intercomunicações. Aos profissionais cabe entender que os indivíduos estão entrando em contato com sistemas de crenças e de normas diferentes quando passam de um setor para o outro. O contato com outro sistema de significados e de normas pode não acarretar uma mudança expressiva, pois o paciente pode, em outras ocasiões, ter tido um contato com essa nova realidade ou os seus valores não serem extremamente diferentes daqueles que lhes foram propostos, como nos Xukuru que convivem com a biomedicina há muito tempo. Mesmo assim, essa é uma experiência exigente e difícil, ainda mais quando outros valores são impostos como algo que o paciente deve acatar.

Além disso, é importante compreender que os indígenas costumam lançar mão de ‘pluralidades terapêuticas’, gerando a necessidade, conforme afirmam Garnelo & Langdon (2004), de conhecer as formas de organização e as redes sociais que sustentam a existência de uma multiplicidade de sistemas terapêuticos. Os profissionais da saúde, em sua grande maioria, não são capazes de compreender os modos de existência das pessoas que atendem, e não são capazes de reconhecer a diversidade de práticas de autoatenção envolvidas no processo de saúde/enfermidade/atenção. Às vezes, até há uma predisposição em compreender a cultura em que estão sendo inseridos, como percebemos nos profissionais não indígenas que trabalham nos Xukuru desde a implantação do subsistema de atenção à saúde indígena, mas o cotidiano e as exigências em termos de metas a serem alcançadas atropelam qualquer iniciativa nesse sentido.

Em nossa sociedade, como afirma Menendez (2003 e 2009), a maioria da população também faz uso de várias formas de atenção não só para diferentes problemas, mas para o mesmo problema de saúde. No caso dos indígenas ocorre da mesma maneira, a diferença é que, entre os Xukuru, há uma intenção claramente objetivada nesse sentido.

Quando falamos em compreender as práticas de autoatenção e as relações estabelecidas entre a biomedicina e a medicina tradicional, temos em mente que essa atuação deve ser pautada por um processo relacional de 'tratamento e diálogo'. Como afirma Gadamer (2006), em *O caráter oculto da saúde*, na área da medicina, o diálogo é mais que uma simples introdução ao tratamento, é o próprio tratamento.

Ainda de acordo com Gadamer (2006), o objetivo da arte médica é a cura e esta não é o pleno poder do médico. Há uma ilusão da ciência médica que nos induz a crer que seja possível fazer tudo. Na verdade, segundo o autor, a pergunta que se deve fazer é qual a parte que cabe à ciência na arte médica? Esta é apenas uma parte. Não devemos, portanto, tomar a biomedicina como sinônimo de ciência.

Ao procurar compreender a relação entre tratamento e diálogo obteremos instrumentos para avaliação do subsistema de saúde indígena, principalmente em relação à atual política de saúde, que declara que as práticas tradicionais de cura devem ser respeitadas e não substituídas pelos serviços biomédicos na atenção básica.

Pensar em comunicação e diálogo como proposto por Gadamer (2006) não significa, no entanto, ignorar que no encontro cultural as relações não são simétricas, ao contrário, são sempre assimétricas permeadas por relações de poder e, no caso da biomedicina, enfatizada pela crença comum de que no processo de intermedialidade, esta é a mais eficaz, relegando às demais práticas, o status de práticas alternativas ou suplementares que podem potencializar, através da crença, os resultados da biomedicina.

## Considerações finais

Chamamos a atenção para o fato de que, muitas vezes, pensamos a sociedade como um mosaico, repetição de motivos fechados em si mesmo, em que as relações se estabelecem apenas no interior de cada grupo social. É como se aceitássemos o ‘diferente’ apenas a partir do que já está definido como diverso, uma diversidade pré-definida: categorias de gênero, etnia, raça, geração, etc. No campo da saúde, apesar de as políticas de Saúde terem adotado como importante o uso da ‘medicina tradicional’, isso não possibilitou pensar e enxergar as diversas formas de articulação nesse campo. Talvez o principal motivo tenha sido porque estávamos em um momento de construção do modelo de saúde indígena e muito ainda era preciso avançar no campo da biomedicina, ponto de partida para pensar qualquer modelo de atenção. No entanto, após todos esses anos, desde a primeira conferência de saúde indígena, passando por toda a legislação, pouca coisa se fez para tratar com eficiência a proposta de ‘atenção diferenciada’, pensada no campo da interculturalidade.

Quando pensamos na própria população indígena Xukuru, para além das lideranças locais, observamos que estes tratam ‘atenção diferenciada’ apenas como o direito de ser atendido preferencialmente. Ou seja, marcar consultas, não ficar em filas, etc.

Em relação à aplicação de conceitos como interculturalidade, atenção diferenciada, etc., percebemos que seu uso, por parte do Estado, acabou sendo burocratizado apenas como uma forma de acesso aos indígenas. Na verdade, houve uma tentativa de tratar dessa questão com mais propriedade através do VIGISUS, na área de medicina tradicional. No entanto, mesmo com resultados interessantes, as pesquisas que foram desenvolvidas nessa área, em sua maioria, não se concretizaram em políticas de atuação nas áreas indígenas. É importante ressaltar que a formação dos AIS, quando é realizada, ainda é totalmente voltada para a biomedicina. Além disso, os outros membros das EMSI não recebem formação continuada para

lidar com populações diferenciadas, como é o caso das populações indígenas, mesmo quando estas convivem com a biomedicina como é o caso dos Xukuru.

A ‘assistência básica’ e o tipo de equipamento disponível para as equipes e agentes indígenas no Pólo Base se assemelham ao Programa de Saúde da Família (PSF), transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF). A assistência básica dada aos Xukuru, visitados pelas equipes, são do tipo pré-natal, atender hipertensos e diabéticos pelo programa Hiperdia, prevenção de câncer de colo de útero, assistência integral à saúde da criança, puericultura, atendimento de saúde bucal, vacinação, urgência, além de visitas domiciliares, o que significa que do ponto de vista biomédico, há uma assistência básica para essa população. O problema é que no caso da saúde indígena, não basta o modelo PSF ou ESF, é necessário adequar esse modelo à especificidade cultural e, portanto, a equipe deveria ser maior e mais bem capacitada para atuar de maneira específica. Esta especificidade envolve um sistema de classificação diferenciado que nos permite pensar a doença como sendo causada por patogenias de ordens diferentes das que conhecemos, uma fisiologia que supera a dicotomia corpo e espírito, enfim, a capacitação de uma EMSI requer, fundamentalmente, entrar em contato com outras perspectivas de conhecimento e de crença. Os Xukuru, ao promoverem encontros amplos sobre medicina natural/tradicional ou específicos, como os encontros de pajés, apontam nessa direção, mas embora os profissionais indígenas e não indígenas participem e compreendam a importância do assunto, a pesquisa nos mostrou que estes ficam presos às políticas de saúde biomédicas principalmente por sobrecarga de trabalho e metas a serem atingidas.

Isso significa que os Xukuru estão assumindo uma política de saúde interna de valorização da medicina tradicional, mas como o Estado não tem essa política como meta, mas apenas como forma de aplicação eficaz da biomedicina, ou seja, é ‘letra morta’, não há como os Xukuru exigirem de seus profissionais atenção a essas práticas. No



modelo ideal, 'Atenção diferenciada' deve ser lida como um processo pelo qual não deve existir sobreposição de um sistema de saúde sobre o outro, mas sim a articulação das suas práticas, a partir de uma 'zona de contato', como citado anteriormente, pois cada uma tem sua importância e contribuição para se trabalhar em situações interculturais, sem desconsiderar, no entanto, que estão envolvidas em relações assimétricas de poder.

Embora as lógicas da biomedicina e da medicina tradicional façam uso de critérios diferentes para avaliar o desfecho ou conclusão de um tratamento, atribuindo ou não eficácia a este, há, certamente, pontos de contato que interagem e estabelecem intercomunicações. Podemos afirmar que as lideranças Xukuru, através do Cisxo, tentam adotar essa postura quando promovem encontros sobre medicina tradicional, quando publicam livros sobre esse tema, ou quando valorizam a formação biomédica do curador tradicional para que este de fato faça o papel de articulação de sistemas de saúde e das perspectivas de superação da oposição entre 'saberes da natureza' e saberes biomédicos. Os profissionais devem ser formados para entender que os indivíduos estão entrando em contato com sistemas de crenças e de normas diferentes quando passam de um setor para o outro. O contato com outro sistema de significados e de normas pode não acarretar uma mudança expressiva, pois o paciente pode, em outras ocasiões, ter tido um contato com essa nova realidade ou os seus valores não são extremamente diferentes daqueles que lhes foram propostos, porém mesmo assim, essa é uma experiência exigente e difícil, ainda mais quando outros valores são impostos ao paciente como algo que ele deve aceitar. Além disso, como afirma Langdon & Cardoso (2015), as mudanças no estatuto legal dos indígenas, a partir das políticas públicas aplicadas a essa parcela da população produziu, na verdade, 'práticas homogeneizadoras' dificultando a superação das oposições acima referidas.

Todos os grupos sociais dispõem de vários sistemas de interpretação sobre o significado de saúde e doença, assim como possuem compreensões específicas para prevenir e tratar as enfermidades. Um dos desafios, portanto, que antecede a atuação dos profissionais de saúde nas áreas indígenas é o respeito à diferença. É nesse sentido que se fala do processo de interculturalidade que no campo da saúde, pode ser articulado com o conceito de intermedicalidade, ou seja, uma ‘zona de contato’ em que os saberes com base na ciência biomédica, interagem com outros saberes não médicos na teoria e na prática, como é o caso dos saberes tradicionais de saúde indígena.

Na prática, o que se tem observado é que as intervenções na área de saúde são permeadas de preconceitos decorrentes do senso comum sobre os índios e realizadas sem o devido respeito aos aspectos socioculturais do grupo, dificultando a formação de vínculos entre os profissionais e a população, comprometendo inclusive o êxito do desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Quando se observa uma preocupação com as práticas de cura tradicionais, é no sentido de incorporação da medicina indígena aos serviços de saúde.

Ferreira (2015), baseada nos trabalhos de Canevacci (2009) e Walsh (2007), afirma que há duas dimensões da interculturalidade sendo utilizadas no campo da saúde indígena no Brasil, uma descritiva e uma funcional. A descritiva é mais utilizada no campo da antropologia da saúde e enfatiza as pesquisas que consideram os diversos contextos da saúde como interculturais. A funcional, que nos interessa aqui, é utilizada no âmbito das políticas de saúde e desconsideram as relações assimétricas de poder, sendo esse um dos maiores problemas na aplicação das políticas de saúde indígena.

“A interculturalidade funcional, apesar de promover o diálogo e a tolerância entre as diferenças, não trata das assimetrias sociais e nem tampouco reflete sobre os dispositivos do poder que perpetuam essas desigualdades” (Ferreira 2015:224).

Por esse motivo, um dos caminhos possíveis é tomar interculturalidade como práxis de comunidade, no sentido proposto por Ozório

(2005), para que a percebamos não como realidade homogênea em si mesma, rotulada como ‘medicina tradicional indígena’ em oposição à ‘biomedicina’, mas como espaços de trocas, recursos compartilhados, contestados, negociados e muitas vezes impostos.

Ainda de acordo com o referido documento (Brasil 2002), os conhecimentos e tecnologias da biomedicina não devem ser transmitidos verticalmente. Torna-se imprescindível, portanto, o reconhecimento da diversidade social e cultural indígena, bem como primar pelo respeito ao conhecimento tradicional de saúde na prestação de uma assistência diferenciada.

É, nesse sentido, que se fala da importância de estreitar as relações existentes entre os diferentes modelos de atenção à saúde. Como afirma Menendez (2003 e 2009), a biomedicina é realizada por profissionais especializados, com práticas voltadas para o campo técnico-científico, a partir de conceitos biológicos, bioquímicos e genéticos. Por sua vez, as práticas que Menendez chama de ‘autoatenção’ são amplas e consideram os aspectos sociais, culturais e econômicos, que influenciam a tomada de decisões em relação ao processo de saúde e doença, assim como o melhor caminho para a cura, procurando o equilíbrio do indivíduo como um todo.

Para finalizar, gostaríamos de retomar o trabalho de Enguita (2001) sobre educação intercultural e pensá-lo a partir do que foi discutido acima. Enguita afirma que para se ter uma educação intercultural, é preciso que se pense a política educacional intercultural a partir de três eixos: flexibilidade interna; abertura para o entorno e responsabilidade profissional. No campo da saúde e das políticas de saúde indígena, podemos pensar em alguns caminhos que tocam no problema da interculturalidade:

1. *Em relação ao profissional:*

- Flexibilidade interna, o que significa reconhecer que a biomedicina não é a única forma possível de assistência à saúde. É apenas um modelo.

- Abertura para o entorno, significa reconhecer que talvez sejam necessárias atuações especiais dirigidas à realidade da etnia com a qual está trabalhando.
- Responsabilidade profissional, que significa compreender que o respeito a outras culturas não é uma responsabilidade dos outros, mas do próprio profissional da saúde.
- Diálogo entre os próprios profissionais de áreas distintas que trabalham nas EMSI.
- Desconstrução da ideia de uma hierarquia de conhecimentos, o que pode, equivocadamente, valorizar a posição de um técnico sobre um ‘sabedor’, um especialista indígena, atribuindo apenas à biomedicina o status de verdade.

*2. Em relação ao estado, responsável pela saúde indígena:*

- Capacitação dos profissionais das EMSI para uma efetiva atenção diferenciada, talvez pensada em termos de acordos com as universidades e com as populações indígenas com os quais esses profissionais vão trabalhar;
- Promoção, na atenção básica, da articulação entre a biomedicina e a medicina tradicional, não de forma a integrar a medicina indígena à biomedicina, mas proporcionar o diálogo intercultural. Isso, no entanto, só será possível se houver uma diminuição da carga de trabalho que os profissionais indígenas e não indígenas possuem, de forma a sobrar tempo para junto com a população identificar a melhor forma de atuar nesse campo.
- Na atenção de média e alta complexidade, estabelecer políticas de atenção diferenciadas que não se restrinja a incentivo financeiro.

Por fim, as políticas públicas voltadas para atenção básica sugerem que as mesmas devem ser vivenciadas através da participação comunitária, que se dá através de ‘controle social’. Este é um conceito base adotado na idealização do Sistema Único de Saúde

no Brasil, como atesta Correia (2000). Para o autor, é um conceito que se refere à atuação da sociedade civil na gestão das políticas públicas. No caso em questão se refere à participação indígena através dos conselhos locais de saúde e do Conselho Distrital. Só através do ‘controle social’ também se poderá estabelecer uma relação paritária entre os conhecimentos biomédicos e tradicionais na saúde indígena e, portanto, falar de interculturalidade nesse campo de conhecimento.

### Notas

<sup>1</sup> Esse trabalho é resultado de uma pesquisa mais ampla, realizada na Terra Indígena dos índios Truká (Ilha de Assunção - Cabrobó), Xukuru do Orurubá (Serra do Orurubá - Pesqueira) e Pankararu (Brejo dos Padres - Tacaratu), no Estado de Pernambuco, com financiamento inicial da FACEPE. A pesquisa contava com uma equipe multidisciplinar, com orientação de antropólogos e uma pedagoga, além da participação de estudantes de Educação Física, Enfermagem e Fisioterapia da Universidade de Pernambuco e de Ciências Sociais da UFRN. Nesse texto, trataremos apenas os dados referentes aos índios Xukuru do Orurubá.

<sup>2</sup> Adotaremos nesse trabalho o termo ‘biomedicina’ da mesma forma que Hahn & Kleinman (1983) adotam o termo ‘biomedicina’ em vez de ‘medicina científica’ para designar a nossa tradição médica, evitando, dessa forma, afirmar que outros modelos médicos não são ou não possuem ser científicos.

<sup>3</sup> Em 2010 a saúde indígena estava sob responsabilidade da FUNASA. Ao final desse mesmo ano foi criada a SESAI, Secretaria Especial de Saúde Indígena, que passou a se responsabilizar pela assistência em saúde à essa população.

### Referências

- ATHIAS, Renato & MACHADO, Marina. 2001. “A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar”. *Caderno de Saúde Pública*, 17(2):425-431.
- BRASIL. 2002. *Fundação nacional de saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde.

- Carta da XIX Assembleia do Povo Xukuru do Ororubá. 2014. (<http://www.cimi.org.br/site/pt-br/?system=news&action=read&id=7543&page=1>; acesso em 03/06/2014).
- CANEVACCI, M. 2009. “Transculturalidade, interculturalidade e sincretismo.” *Concinnitas*, 10(14):137-141.
- CORREIA, M.V.C. 2000. *Que controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- ENGUITA, Mariano F. 2001. *La Educación Intercultural em la sociedad multicultural*. Madri: Proyecto Atlántida. (<http://www.nodo50.org/movicaliedu/enguitaintercultural.pdf>; acesso em 25/06/2011).
- FERREIRA, Luciane O. 2015. “Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileira.” In LANGDON, Esther J. & CARDOSO, Marina (eds.): *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*, pp. 217-246. Florianópolis: Ed da UFSC.
- FOLLÉR, Maj-Lis. 2004. “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde”. In: LANGDON, Esther J. & GARNELO, Luiza (eds.): *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*, pp 129-147. Rio de Janeiro: Contra Capa /ABA.
- GADAMER, Hans-Georg. 2006. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- GARNELO, Luiza & LANGDON, Jean. 2005. “A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde”. In MINAYO, Maria C & COIMBRA JR., Carlos E. (eds.): *Críticas e Atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, pp 133-156. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- GREENE, Shane. 1998. “The shaman’s needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru”. *American Ethnologist*, 25(4):634-658.
- HAHN, R. & A.M. KLEINMAN. 1983. “Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and directions”. *Annual Review of Anthropology*, 12:305-333.
- LANGDON, E.J. & CARDOSO, M.D. 2015. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- LANGDON, E.J. & GARNELO, L. (eds.). 2004. *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ABA/ Contra Capa Livraria.
- LANGDON, E. J. & DIEHL, E. E. 2007. “Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil”. *Saúde e Sociedade*, 16(2):19-36.
- LANGDON, E., WIJK, F. B., DIEHL, E. & SCOPEL, R. 2006. “A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil”. *Caderno de Saúde Pública*, v.22(12):2637-2646.
- MENENDEZ, Eduardo L. 2003. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.8(1):185-207.
- \_\_\_\_\_. 2009. *Sujeitos, Saberes e Estruturas: Uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Editora HUCITEC.

OZÓRIO, Lúcia. 2005. "A interculturalidade e seus inúmeros começos comunitários". *Psicologia & Sociedade*, 17(3):33-41.

WALSH, C. 2007. Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des)de El in-surgir, re-existir e re-vivir. Trabalho apresentado no *Seminário Internacional 'Diversidad, Interculturalidad y Construcción de ciudad'*. Bogota - Colombia.

**Abstract:** The aim of the current study is to investigate how the traditional and biomedical health practices are experienced in accordance or confrontation with the Multidisciplinary Indigenous Health Teams (EMSI- Equipos Multidisciplinarios de Saúde Indígena) who develop a long-term work with indigenous populations such as the Xukuru do Ororubá in North-eastern Brazil. The study was based on the researchers' participation in meetings held with the Indigenous Health Council, on visits to the Xukuru do Ororubá base centers and on interviews conducted with those involved in the study. The 'special healthcare', which is addressed by a specific legislation, was implemented through the Indigenous Healthcare Subsystem and discussed based on the idea of self-care practices, since it takes social, cultural and economic aspects into consideration. Finally, the study emphasizes the importance of using intercultural education to address issues found in the health field, as well as in indigenous health policies.

**Keyword:** Indigenous Health; Traditional Knowledge; Xukuru do Ororubá; Interculturality; Self-care.

Recebido em agosto de 2016.

Aprovado em dezembro de 2016.