

# “Eu vou escutar esse povo!”: uma abordagem antropológica sobre experiências de profissionais de saúde em contextos indígenas, em Pernambuco, Brasil

Flávia Maria Martins Vieira<sup>1</sup>

## Resumo

Neste artigo busca-se compreender como profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde e doença a partir do trabalho em contextos indígenas. O exercício analítico parte de um entendimento sobre as experiências cotidianas dos profissionais de saúde. Essas experiências são percebidas a partir de contextos de intermedialidade onde se apresentam complexas relações entre medicinas indígenas e biomedicina. Os dados utilizados são fruto de pesquisa etnográfica desenvolvida com profissionais de saúde de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI PE). Realizou-se observações participantes, acompanhamento do trabalho das EMSI e entrevistas semi-estruturadas com os profissionais de saúde. A partir dos conceitos de intermedialidade, competência cultural e reflexividade, analisa-se narrativas de interlocutores a respeito de situações de dilemas e limites vividas pelos mesmos no contexto de atendimento aos povos indígenas. Destaca-se que os processos sobre como conduzir tratamentos e encaminhamentos das pessoas atendidas também passam por negociações dos profissionais de saúde com suas próprias concepções, formações e identidades. As situações relatadas pelos interlocutores da pesquisa os afetam e provocam reafirmações, mudanças, hesitações sobre as suas formas de pensar/agir na saúde indígena.

**Palavras-chave:** *profissionais de saúde; antropologia da saúde; intermedialidade*

**“I’m going to listen to these people”!: an anthropological approach about health professionals experiences in indigenous context, at Pernambuco, Brazil.**

## Abstract

This essay discusses how health professionals re-elaborate their conceptions of health and illness through their work in indigenous contexts. The analysis starts from an understanding of the daily experiences of health professionals. These experiences are perceived from contexts of intermediality where there are complex relationships between indigenous medicines and biomedicine. The data resulted from the ethnographic research developed with health professionals of the Multidisciplinary Indigenous Health Teams (EMSI) of the Pernambuco Indigenous Special Sanitary District (DSEI PE). The data were collected by participant and observations, semi-structured interviews with health professionals and following the routine of EMSI work. Based on the concepts of intermediality, cultural competence and reflexivity, narratives of interlocutors are analyzed regarding situations of

---

<sup>1</sup> Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

dilemmas and limits lived by them in the context of working with indigenous peoples. It should be stressed that the dialogue on how to conduct treatments and referrals of the patients also go through negotiations of health professionals with their own conceptions, formations and identities. The situations reported by the research interlocutors affect them and provoke reassertions, changes, hesitations about their ways of thinking / acting on indigenous health.

**Keywords:** *health professionals; anthropology of health; intermedicallity.*

### Introdução

Através de uma abordagem antropológica e de um diálogo muito próximo ao campo da Saúde Coletiva, busco analisar neste artigo como profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde e doença a partir do trabalho cotidiano em contextos indígenas. Podemos afirmar que existem vários trabalhos no campo da Antropologia que se dedicaram ao estudo das medicinas indígenas e à análise de como os povos indígenas compreendem as noções de saúde, doença, morte e cura (BUCHILLET, 1991; LANGDON e GARNELO, 2004; FERREIRA e OSÓRIO, 2007; LANGDON e CARDOSO, 2015). No entanto, dentro do campo da Antropologia da Saúde e da Etnologia Indígena merecem ainda serem exploradas as compreensões dos profissionais de saúde que também são atores no contexto de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Inspirando-me em referências como Pereira (2012), Fóller (2004) e Langdon (2004), proponho um descolamento do olhar antropológico em direção às experiências

cotidianas de profissionais de saúde que atuam cotidianamente no atendimento a populações indígenas. Entendo que conhecer de forma aproximada essas experiências pode trazer nova luz para o debate antropológico sobre diferentes medicinas e concepções sobre processos de saúde e doença.

Especificamente para este artigo, apresento dados e considerações que compuseram um dos capítulos de minha dissertação de mestrado em antropologia<sup>2</sup>. O trabalho de campo ocorreu ao longo dos anos de 2017 e 2018 a partir de entrevistas e principalmente do acompanhamento da rotina de profissionais que compõem Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) de postos de saúde indígena e polos base da região do sertão pernambucano. No presente artigo não serão apresentados minuciosamente os percursos metodológicos escolhidos para a pesquisa de mestrado, no entanto, devo salientar, que uma diversidade de técnicas de trabalho de campo foram utilizadas: observações participantes; entrevistas qualitativas semiestruturadas; uso intensivo do diário de campo; elaboração de mapas georreferenciados de percursos e localidades do trabalho de campo; quadro esquemático com informações sobre os lugares visitados, as respectivas distâncias em quilômetros e pessoas a serem contatadas; desenhos em diários de campo sobre os postos de saúde; quadro esquemático elaborado para de análise de dados e auxílio na procura por padrões e conexões entre anotações dos diários de campo e entrevistas. Todas essas técnicas foram cruciais para o desenvolvimento e desfecho da pesquisa de dissertação e também são parte do conteúdo que compõe este artigo.

Seguindo leitura de Pereira (2012), afirmo que profissionais de saúde advindos de uma

---

2 Do ponto de vista ético, todos os dados aqui apresentados fazem parte de pesquisa submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CEP UFPE/ CAAE: 90732818.4.0000.5208 / Número do parecer: 2.776.660. e pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI PE). Após todas as autorizações institucionais necessárias, realizei as entrevistas com profissionais de saúde do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE) e também acompanhei suas rotinas de trabalho. Respeitando os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLEs), utilizei nomes fictícios para me referir a todos os interlocutores da pesquisa. Afirmo categoricamente que não foi propósito deste trabalho fazer qualquer tipo de avaliação moral sobre o trabalho dos profissionais, suas rotinas e modos de agir. Também não competiu a este trabalho uma avaliação sobre a PNASPI ou o sobre o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS).

formação baseada no modelo biomédico passam a questionar suas próprias concepções sobre processos de saúde e doença a partir de situações vividas no cotidiano de atendimento em contextos indígenas. Ao mesmo tempo em que esses profissionais percebem e vivenciam limites em suas atuações, eles também são afetados por elas (PEREIRA, 2012). A partir do trabalho de campo realizado em Pernambuco, tornou-se necessário complexificar o lugar e experiências desses profissionais de saúde, de forma a me afastar de uma perspectiva dicotomizada (profissionais X indígenas; medicinas indígenas X biomedicina). Haja vista, por exemplo, que, dentro das próprias EMSI também haverá indígenas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde).

Inspirando-me em Maj-Lis Föllner (2004), utilizo a categoria intermedicalidade para entender os contextos de trabalho dos profissionais de saúde de modo a perceber os diferentes sujeitos e medicinas em suas negociações e relações no que se refere aos processos de saúde e doença. Compreendo, ainda, que as relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina mantêm relações históricas e dinâmicas com encontros, equívocos, diálogos e relações de poder (DIEHL e RECH, 2004, FÖLLNER, 2004).

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

As experiências dos profissionais de saúde estão circunscritas pelo histórico de relações que o Estado brasileiro assumiu com as populações indígenas. A distribuição e uso de medicamentos entre populações indígenas fez parte, por exemplo, do empreendimento colonial no Brasil (DIEHL e RECH, 2004). Deve-se ter em vista ainda que, não só no âmbito da atenção à saúde

dos povos indígenas, mas no âmbito da saúde pública no Brasil, cada vez mais o seu *modus operandi* vem sendo influenciado por uma lógica e racionalidade advindas de um modelo biomédico hegemônico e da rede privada de saúde (PEREIRA, 2008; FISCHBORN e CADONÁ, 2018). Essas questões podem trazer implicações para o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde, especialmente em contextos indígenas onde se pretende a construção de uma atenção à saúde que se intitula diferenciada (CARDOSO, 2015).

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

### **Para inspirar o olhar: complexificando experiências de profissionais de saúde**

Segundo a antropóloga Cristina Dias da Silva (2014), a prática dos profissionais de saúde em relação aos povos indígenas vem se mostrando ao mesmo tempo contraditória e plena de significados que cambiam contextualmente (DIAS DA SILVA, 2014, p. 206). Os profissionais de saúde devem ser encarados como atores ativos nos contextos de saúde indígena (PEREIRA, 2012). Nos relatos reunidos por PEREIRA (2012), médicos (as) e enfermeiros (as) afirmam que também experienciam dilemas e dificuldades em seu cotidiano de atendimento. Esses mesmos profissionais ora se sentem como opressores, ora sentem que nem existem (PEREIRA, 2012). Na perspectiva de Pereira (2012), estes profissionais, que por vezes são enclausurados em análises que os colocam como “mocinhos” ou “vilões”,

possuem, sim, críticas a respeito da própria biomedicina e sua objetificação da doença.

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

A partir de uma leitura de Maj-Lis Fölller (2004) e Pereira (2012), se torna terreno fértil o exercício de ultrapassar um debate dicotomizante e maniqueísta a respeito de experiências de profissionais de saúde e sobre as interações entre diferentes medicinas e/ou sistemas médicos. Por mais que o “saber biomédico” (biomedicina) se expresse também no “fazer biomédico” (prática cotidiana dos profissionais), as experiências destes profissionais não podem ser vistas de forma generalizante (DIAS DA SILVA, 2014, p.206). Torna-se interessante perceber uma polifonia (FÓLLER, 2004) em seus relatos e em suas “posições” diante de uma proposta vista como desafiadora de articulação entre medicinas que encontramos na PNASPI.

Para uma análise antropológica sobre a questão a ser contemplada, é importante entender a estrutura e o modelo da atenção à saúde indígena agindo não como algo absoluto, sem resistências, sem crises, sem dramas, sem reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012). Traçando uma analogia com o próprio trabalho de antropólogos em campo, os profissionais de saúde também são afetados pelo contexto empírico que se encontram imersos (MINAYO

e GUERRIERO, 2014; PEREIRA, 2012; TRAD, 2012). Uso aqui o termo reflexividade porque, mesmo vindo de uma discussão de cunho metodológico dentro da Antropologia e da Saúde Coletiva (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012), pode ser transposto para uma compreensão de experiências de profissionais de saúde, permitindo entender suas relações com o campo empírico como um caminho de mão dupla.

Para Dias da Silva (2014, 2010) muito dos casos vividos durante o seu trabalho de campo, realizado por ocasião da sua tese de doutorado (DIAS DA SILVA, 2010), “revelaram uma pluralidade de ideias e valores na atuação dos profissionais da biomedicina” (DIAS DA SILVA, 2014, p.181). Sepor um lado proponho-me a lançar um olhar antropológico para as experiências cotidianas dos profissionais de saúde, por outro me afasto de uma visão generalista sobre essas experiências. As experiências etnográficas, entrevistas e observações que pude realizar em campo me direcionam a encarar o cotidiano e ações dos profissionais de saúde de forma a percebê-las como dados ricos em pluralidade e complexidade. Essas experiências e situações etnográficas não são homogêneas ou passíveis de serem colocadas em “caixinhas fechadas” de classificação ou modelos.

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

O conceito de intermedialidade (FÓLLER, 2004) é trazido para este artigo como uma categoria analítica e dialoga muito bem com uma compreensão de base antropológica a respeito do tema da saúde indígena e sua dinamicidade.

Compreender os contextos de intermedialidade reitera a perspectiva da saúde e doença entendidas como um processo. Tanto a biomedicina como as medicinas indígenas devem ser entendidas a partir de seus contextos socioculturais (LANGDON, 2004; LANGDON e WIIK, 2010). Nesse sentido, as interações entre biomedicina e medicinas indígenas não são entendidas aqui como algo estático ou restrito, portanto, a certos espaços, profissionais ou sujeitos. Mesmo não perdendo de vista que essas interações estão entrecruzadas por questões de poder, conflito e oposições entre a biomedicina e as medicinas indígenas, elas possuem dinamicidade nas relações que estabelecem.

Além disso, não se trata aqui, como afirma Dias da Silva (2014) de “classificar” os profissionais como “pessoas insensíveis” a outras culturas e conseqüentemente a outras medicinas e formas de se compreender os processos de saúde e doença. Trata-se de considerar que, em suas próprias formações profissionais, não se faz regra o aprendizado sobre outros “modelos”, outras formas de se entender concepções de morte, vida, saúde, doença. Essa ausência do tema em suas formações pode trazer implicações para a ponta do serviço de atenção à saúde indígena no Brasil.

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

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

com as narrativas dos pacientes. (LANGDON, 2005, p.129).

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

Buscando ir além da apresentação e problematização dos conceitos que atravessam este artigo, a partir do tópico a seguir, reúno narrativas de diferentes interlocutores a respeito de situações de dilemas, vitórias e limites vividos pelos mesmos no contexto de atendimento aos povos indígenas em Pernambuco.

### **Nivaldo: exercício da “escuta”**

A frase-título desse artigo foi dita por Nivaldo, indígena da etnia Pankará e enfermeiro da CASAI-PE<sup>3</sup>, durante conversa que tivemos em Belo Jardim - PE, ocasião da reunião com os enfermeiros do DSEI-PE. A frase provoca uma reflexão sobre situações em que os profissionais de saúde vivenciaram uma reelaboração de suas compreensões sobre processo saúde-doença. Durante a conversa com Nivaldo, ele contou ter podido participar do IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais (ocorrido no território do povo Kapinawá em 2017 e promovido pela DSEI PE e lideranças indígenas de Pernambuco). A participação no evento fez Nivaldo afirmar para si: “eu vou escutar esse povo” (Nivaldo, Caderno 6, 09/08/2018). Em vários momentos de nossa conversa ele falou em “escuta”. A seguir, trecho de meu diário de campo<sup>4</sup>:

Nivaldo falou demais em ESCUTA. Disse que depois do Encontro em Kapinawá ele falou para si

3 Casa de Apoio à Saúde Indígena de Pernambuco.

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

O relato de Nivaldo durante nossa conversa aponta para uma mudança em sua atitude e reflexão pessoal em relação às pessoas atendidas por ele na CASAI. A frase: “eu vou escutar esse povo!” enfatiza uma decisão pessoal importante do profissional a partir de uma experiência vivida no IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais. Em conversa, entendi que, para Nivaldo, o evento se mostrou como um espaço de diálogo para possibilidades de escuta sobre outros conhecimentos, saberes e medicinas.

O exercício da escuta, que o interlocutor afirma ter incorporado em seu cotidiano, passou a extrapolar uma visão restrita sobre as morbidades de pessoas atendidas, como ele mesmo afirma: “a pessoa não é apenas uma morbidade”. Ela é uma pessoa. Penso que isso é fundamental e extremamente fértil para lidarmos com o processo de saúde e doença. Em um caminho inverso ao de uma objetificação da doença, presente na biomedicina (PEREIRA, 2012), Nivaldo opta pelo exercício da escuta e diálogo e apresenta uma reflexão e atitude diante da realidade em que trabalha e, portanto, convive. Quando perguntei a Nivaldo sobre experiências que haviam sido marcantes para ele, ele respondeu: “Nossa, têm vários, poderíamos passar a semana conversando” (Nivaldo, Caderno 6, dia 09/08/2018).

A pessoa estava na CASAI, procurou Nivaldo e pediu dipirona. Nivaldo perguntou: *Mas o que é que você está sentindo?* A pessoa: *estou com dor de cabeça.* Nivaldo: *you cameu o que hoje?* A pessoa: *comi de manhã, saí bem cedo, passei o dia na rua.*

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

Penso que o exercício da escuta, além de ser próximo do ofício antropológico, torna-se fundamental na experiência de Nivaldo e sua compreensão sobre o processo de saúde e doença ali vivido. Mas escutar o quê? Os outros problemas dos pacientes? Escutar os outros tratamentos que a pessoa está seguindo e/ou acredita? No relato, compreendo que Nivaldo não considerou apenas a informação “dor de cabeça” como suficiente para dar o “dipirona” solicitado pela pessoa. Ele perguntou e se dispôs a escutar o que aquela pessoa tinha vivido naquele dia. A partir disso, prosseguiu com a orientação. A situação se apresenta como um movimento do interlocutor no sentido de compreensão ampla e contextualizada da “dor de cabeça”. Movimento esse que, segundo Nivaldo, foi engatilhado através de sua participação no IV Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais. Com a resolução positiva da situação, Nivaldo se sentiu “vitorioso”. Por mais hegemônico que se configure o modelo biomédico, a narrativa de Nivaldo aponta que, num processo reflexivo (MINAYO e GUERRIERO, 2014), os profissionais de saúde modificam o campo e são modificados por ele.

### **Juliana e o caso do bebê com malformação**

Outra interlocutora da pesquisa de campo

4 Nas citações de falas dos interlocutores ou trechos de diário de campo foram colocadas em “*itálico*” as falas de terceiros que foram reproduzidas pelos interlocutores durante as entrevistas.

foi Juliana. Ela não era indígena e há época atuava como psicóloga em uma das EMSI que prestava atendimento a etnia Pankararu. A certa altura de nossa entrevista, perguntei a Juliana se ela percebia em seu dia a dia que as pessoas utilizavam tanto os remédios “tradicionais” como os remédios ditos “da farmácia”. Ela me ofereceu uma resposta longa e detalhada sobre uma situação vivenciada por ela e a EMSI:

Juliana: (...) você acredita que tem várias situações que eles dizem: *não dá pra tomar medicação agora, que a gente já tá fazendo um tratamento tradicional.* (...) *a gente faz aquela orientação: mas pode conciliar os dois e tal...* mas a gente tem certeza que a pessoa não vai começar... (risos) (...) A gente faz o que é devido, mas a gente sabe que não vai ser feito, pelo menos naqueles três dias, geralmente três, quatro dias, aí alguns chegam dizem: *não, termina no sábado.* A gente já sabe que a medicação só vai começar no domingo ou na segunda (risos). Isso acontece demais aqui (...). Não aceitar ser socorrido porque está no tratamento tradicional, não aceitar mesmo: *não vou de jeito nenhum, não tem quem faça eu ir.* E vai enfermeiro e muitas vezes a gente é chamado para casos que não é nosso, vamo dizer, não faz parte de pessoas que tem transtorno mental e a gente é chamado por uma questão de conversar de tentar explicar por outro meio de outra forma, porque a enfermeira já tentou, a técnica já tentou. (...) Chama a psicóloga, a psiquiatra pra conversar com essa pessoa vê se consegue, algumas vezes a gente consegue, com crianças já consegui, vários casos, mas não é fácil não. (...) E eu vou, sento converso, e eu gosto também de ir nesses casos. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

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

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

Continuando a entrevista, perguntei a Juliana como foi ter que lidar com esse tipo de situação. Ela comentou sobre o limite dessas situações e relatou o caso de um bebê com malformação. O limite para Juliana não estaria numa falta de compreensão dela sobre a situação vivida, mas sim um limite em sua atuação como profissional, um limite de até onde a pessoa atendida aceita o tratamento ou instrução dada pela EMSI. Na narrativa, Juliana parece reconhecer um limite em seu lugar como profissional e também na efetivação de uma articulação entre medicinas.

Juliana: eu converso, eu falo quando oriento, mas eu acho que existe direito de você continuar seu tratamento... entende? (...) E se não tiver passando mal e dizer que: *eu não vou pro hospital, eu não vou.* Quantas e quantas pessoas sabem que não tão bem e não falam pra ninguém porque não vai pro hospital. É quase que um direito né, então é um limite...(...) Teve um caso que (...) foi bem difícil esse caso, que ela tava com um bebê muitas malformações, muitas mesmo e os médicos eles não tem preparação para conversar com a pessoa, alguns né? Aí o médico acha de dizer a ela, na cara dela, na ultrassom que ela foi pra fazer, pra provavelmente saber o sexo do bebê (...) que: *o bebê dela só o milagre e são tantas más formações.* O quê que acontece? Ela vai no rezador e o rezador diz que o bebê não tem nada, que tá tudo bem. Aí entra a psicologia, veja: diante do meu desejo do meu filho estar bem, eu fico com a opinião de quem? Fora que eu sou crente naquele meu sistema tradicional de cura, uma coisa se junta a outra e fica extremamente forte, só que, aí veja a complexidade disso. Pro médico, enfermeiro sabe que provavelmente ela ia sofrer um aborto porque o bebê não ia se desenvolver... e aquele aborto podia matar ela, (...) sem uma assistência né? (...) uma assistência adequada. E aí: *chama Juliana.* Nesse dia

eu fui só. Vamo tentar convencer ela a ir pro hospital porque Ivete já tinha trabalhado na ultrassom e disse: *esse bebê aqui não tem condições não, é nascer e chegar nos nove meses. Nasce e morre*. Aí eu sei que a gente foi lá (...) porque o rezadeiro disse que não tinha nada então ela nem pré-natal queria fazer mais, tava tudo bem, aí vamo lá, conversa, e ela muito nervosa, se percebia que tava num conflito mental na cabeça dela... em quem ela acredita e qual nosso papel? Não tinha que você ficar ali: *tem que ir, tem que ir*, nem psicologicamente isso faz sentido.... e aí eu expliquei tudinho que: *acreditava na questão da medicina tradicional, achava que era muito importante, mas que também não impedia dela ir ser referenciada no IMIP pra fazer só uma avaliação*. Ela: *não vou, não, não vou*. Depois a mãe chegou arretada. (...) e aí quando eu vi o tanto de resistência, eu disse assim: *veja, quando a gente procura um médico que a gente não acredita nele, a gente não procura um outro?, eu não tô dizendo que você não acredita no outro, o benzedeiro, mas porque você não procura um outro rezador da aldeia pra você escutar segunda opinião e você ficar cada vez mais tranquila e também tranquilizar a gente, mas que seria muito importante*. Aí ela ficou assim e não disse nada. Eu disse: *a gente não vai forçar você a ir pra lugar nenhum porque isso é um direito seu, mas eu quero que você saiba que a gente tá a disposição, não é porque você disse que não ia, que a gente nunca mais vai se interessar por você*. Isso é importante, porque eles acham isso: *ah, eu não fui, não fui naquele momento, agora elas não vai querer que eu vá*. (...) Eu percebi isso, venho percebendo isso: *mas isso não quer dizer que se amanhã de manhã você chegar e dizer: eu quero ir, chama a gente que a gente vem e lhe levo*. Eu senti que ela ficou mais tranquila, sabe, quando a gente disse isso, porque fica aquela coisa de sair com raiva da gente e não tem nada a ver né? (...) Aí eu sei que.... ela: *não sei, não sei. Toda resistente*. Eu disse: *bora simhora, o que a gente tinha a fazer já foi feito*. Ela foi de fato pra outro rezador seguiu o conselho e o rezador que ela foi disse: *vá agora imediatamente ao hospital*. E ela já veio abortando, foi simhora pra Recife porque aqui não fazia. (...) E aí depois ela veio falou com a gente bem. Até hoje ela fala com a gente bem simpática e tal. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Juliana falou ainda sobre uma sensibilidade necessária para lidar com situações como essa do bebê:

Juliana: são essas coisas que a gente se depara, mas se você não tivesse sensibilidade pra isso... não rola não. E eu vou ser sincera assim, que o fato de gostar da saúde indígena da questão indígena muito antes de entrar, eu penso, que pra mim faz toda a diferença, é diferente de alguém entrar na saúde indígena com outras intenções, que é um emprego federal... e, mas eu acho que você...isso também não impede, claro, de outra pessoa entrar com outros objetivos e ter sensibilidade né? Lógico, vai de pessoa pra pessoa. Mas tem pessoas que não se adaptam, eu acho, tanto que não fica. Eu acho que é importante você ter essa visão antropológica que muita gente também não se interessa, entra faz seu trabalho ali como só existe aquilo e não dá importância pra questão antropológica, cultural, de tempo, de memória, de tanta coisa.... não tem (...) esse objetivo. Você vim reproduzir uma medicina ocidental e só? eu acho isso prejudicial. (...) Eu saí depois conversando até com a gente de saúde daqui. Isso é muito mais importante que a gente acolha, dizendo que a gente está aqui pra decisão que ela quiser, porque ela vai se sentir segura quando for o momento dela do que a gente sair dizendo: *que fez o nosso papel que agora não tem mais nada por fazer*. A gente sabe que tem esse discurso. E é claro também que a gente usou da questão: *olha, você tem o direito de seguir a decisão que você quiser, mas de fato você vai ter que assinar um termo de responsabilidade*. Porque é um jogo de mão dupla sabe, porque, se essa mulher morre, cadê a assistência? Cadê a enfermeira? Cadê a equipe de saúde mental, Cadê... Cadê todo mundo? (...)Mas o discurso que é importante: *não a gente tá aqui pra lhe ajudar no que você quiser, não se preocupe. Se você disser não vai, não vai! Mas a gente continua aqui, na hora que você quiser, na hora que você precisar e tal*...Isso deixou ela muito mais aliviada pra pensar com tranquilidade do que pensar pressionada. (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

Ainda relatando o caso do bebê com malformação, os limites e negociações entre

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

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

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

Juliana também destaca a importância do acolhimento da gestante para se sentir segura com a condução da EMSI. Ao mesmo tempo, outra questão está em jogo: Juliana e EMSI

precisam se respaldar acerca da decisão da gestante. Esse seria um “jogo de mão dupla” nas palavras de Juliana. É um jogo, a meu ver, entre essa sensibilidade que ela tem que acionar para lidar com a situação e as cobranças institucionais. “Quem” cobra o resultado no final do mês? São as instituições e modelos de atenção a saúde permeados pela lógica de um modelo biomédico. Não será um rezador pertencente àquele povo indígena que cobrará alguma meta ou planilha de Juliana ao final do mês.

Perguntei a Juliana se haveria outra experiência marcante que ela gostaria de compartilhar e ela relatou:

Juliana: essa que eu contei foi muito marcante pra mim assim, porque...da bebê...porque é complicado você tá ali querendo fazer a pessoa ir pro hospital, mas ao mesmo tempo querendo respeitar a decisão dela. Né fácil não...(...) É bem complexo, assim, e você fica naquela de: *o que fazer, né?* E assim, a forma que eu achei na hora, na hora viu? não tem essa coisinha de se preparar não, quem sabe faz ao vivo (risos) (...) Na hora é que você tem que ficar vendo a reação da pessoa, vendo as possibilidades que ela dá, se ela dá alguma brecha, se aquela emoção não é um conflito. (...) Não é fácil não, porque não tem essa historinha de receita de bolo e você chegar lá e agora você...nada disso. Ou você é sensível a tudo aquilo que ela está ali demonstrando ou então nada feito. E é por isso que muitas vezes é que chama a psicóloga, porque já foi tentado e muitas vezes é tentado de uma forma não adequada, não é nem por nada, porque obviamente as pessoas não tem o curso de psicologia né? A gente não pode exigir, isso é fato né? (Entrevista 8, Juliana, dia 17/07/2018).

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

Juliana: é como eu falei mesmo, a gente vê esses conflitos na resistência né? (...) Na resistência à

adesão ao tratamento da medicina ocidental... (...) de ir pro atendimento no consultório, a gente tem vários casos. (...) Muitos casos de pessoas, às vezes até, assim, que tem o conhecimento bom, que, não tô negando que exista influência espiritual, não tô. Eu acredito mesmo, mas eu também acredito que pode haver as duas coisas. (...) Sendo que pra gente, minha filha, botar na cabeça que pode ter as duas medicinas às vezes não funciona porque na cabeça das pessoas é só espiritual. Então, esse é um dos conflitos que a gente vivencia, e como eu disse, tem vezes que é só espiritual mesmo, mas tem vezes que a gente percebe que uma medicação ajudaria... bastante... e às vezes, por exemplo, tem casos que a pessoa resistiu, resistiu, resistiu... quando viu que realmente precisava da medicação aí chega até a gente, acontece muito. (Entrevista 8, Juliana, 17/07/2018).

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

### Ser indígena e profissional de saúde

Além de Nivaldo, outros profissionais de saúde interlocutores da pesquisa também se identificaram como indígenas. Não foi objetivo específico da pesquisa desenvolvida para minha dissertação de mestrado analisar as experiências dos profissionais indígenas, no entanto, a partir do trabalho de campo, considero oportuno destacar neste artigo algumas questões que essa intersecção (profissional de saúde e indígena) permitiu para a reflexão sobre a categoria

de intermedialidade, sobre o cotidiano dos profissionais e suas experiências sobre o processo de saúde e doença.

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

É uma responsabilidade enorme, porque é você ter uma responsabilidade maior, porque você tem que fazer aquilo acontecer, entendeu? Não tem aquela coisa de você dizer: *não, eu não estou entendendo ou eu não quero ou não aceito*, (...) porque tanto a instituição quanto a população deposita uma confiança em você. E espera de você uma atitude diferente de outros, que já passaram, que não eram indígenas, enfim...entendeu...? É muita responsabilidade, é você ter esse olhar de indígena, de conviver mesmo, de entender, de saber como as pessoas esperam e até onde você poder ir. (...) Agora mesmo, semana passada, estávamos em Recife como eu te disse, na luta pela terra entendeu? Então... é você tá também atuando em outros setores, inclusive como liderança, representando a saúde, é tá na luta da terra né...porque eu não posso me fechar só: *sou polo base, sou saúde e não tenho nada haver com isso*, tá tudo ligado, e como tá tudo ligado você acaba extrapolando essa questão de referência, você acaba se tornando mesmo uma referência para tudo e para todos, então é uma responsabilidade muito grande, mas graças a deus tá dando certo aí, esses 4 anos que..., a deus e aos encantados né. Eu sempre digo que quando eu recebi a ligação dos meninos me chamando para vim, eu disse: *é uma convocação*. (Entrevista 5, Polo

Pankararu, dia 27/06/2018)

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

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

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

Perguntei ainda a Francisca se ela achava que essa confiança depositada nela teria alguma

ligação com o fato dela ser indígena. Ela afirmou ficar em dúvida sobre a questão e afirmou: “essa confiança que eles pegaram em mim, foi pela minha pessoa, (...) o meu jeito de ser no meu trabalho, em ser aquela pessoa atenciosa a eles, aquela pessoa de respeitar eles, aquela pessoa que nunca mentir pra eles.” (Entrevista 7, Francisca, 11/07/2018). Mais a diante ela conta que pelo fato de ser indígena não haveria diferenças entre ela e a população atendida. O fato de ser indígena lhe atribuiria um conhecimento sobre os costumes da população:

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

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

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

A relação de confiança entre Francisca e a

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

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

### **Kaio: entre a “visão científica” e o “lado indígena”**

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

Kaio: essa indígena que eu visitei esse final de semana (...) estava com o ferimento no pé. (...) eu tive lá na residência dela e disse: *olha...precisa ir no hospital onde tem mais suporte, para desbridar esse tecido que estava morto aqui e fazer a limpeza.* E aí ela no primeiro momento concordou (...) í na sequência ela disse: *não posso ir.* Eu disse: *oxe, porque você não pode ir? É final de semana, o posto tá fechado, a gente só vai abrir na segunda, então...* Ela disse: *eu não posso ir porque mandei rezar nele... e aí tem que completar os três dias.* E aí eu tive que compreender que ela tava no processo de cura e tratamento ali... que ela tava respeitando aquilo.

Então eu tinha que respeitar também, mesmo minha visão científica dizendo que ela poderia piorar e ter um processo de infecção. Enfim, veio um monte de coisa na minha cabeça na hora. Mas aí eu parei e disse: *não.* Meu lado indígena também pensou e eu disse: *tá certo, quando terminar o tratamento de reza, a senhora fala para fazer a limpeza do ferimento no hospital.* (Entrevista 5, Kaio, dia 27/06/2018).

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

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

Compreendo que nas experiências dos profissionais aqui analisadas, talvez em especial aqueles que são indígenas, os diálogos e negociações ocorrem para além de relações entre: profissionais indígenas X não indígenas; profissionais X protocolos; profissionais X instituições; profissionais X pessoas atendidas.

Os diálogos e negociações se dão também a um nível pessoal que os fazem reconfigurar, para além das concepções biomédicas, a condução dos processos de saúde e doença.

A meu ver, os interlocutores em suas narrativas enquanto indígenas e profissionais de saúde se mostram como agentes ativos dentro de um contexto de intermedicalidade. Eles se tornam ativos numa situação de negociação entre a “visão científica” e o “lado indígena”.

### Considerações finais

Ao longo deste artigo, tive como objetivo compreender como profissionais de saúde reelaboram suas concepções do processo saúde e doença a partir do trabalho em contextos indígenas. Para isso, foram reunidas narrativas de diferentes profissionais de saúde que atuam no atendimento a povos indígenas em Pernambuco que, por sua vez, tornaram-se interlocutores da pesquisa que desenvolvi para elaboração de dissertação de mestrado. As narrativas trazidas neste artigo foram de interlocutores com diferentes formações: uma psicóloga, dois enfermeiros e uma técnica de enfermagem e agente indígena de saúde.

A partir das narrativas e dos dados aqui reunidos, reitero que as experiências dos profissionais de saúde não podem ser vistas de forma generalizante ou homogeneizadora. Através do trabalho de campo e das entrevistas em profundidade apresentadas, considero que uma compreensão dicotomizante sobre as relações entre profissionais de saúde X povos indígenas e entre as medicinas indígenas X a biomedicina, de fato, não supre a complexidade e profundidade que um debate antropológico permite à questão. Nesse sentido, a categoria de intermedicalidade proposta por Fóller (2004) foi de fundamental importância, desde a construção de nosso referencial teórico, como também para a análise atenta às narrativas dos profissionais.

A categoria de intermedicalidade possibilitou um entendimento sobre os contextos de trabalho dos profissionais de saúde de forma a perceber como são construídos e perpassados por

diferentes sujeitos e medicinas, assim como as negociações e reflexões sobre o processo saúde e doença se fazem presentes no cotidiano dos profissionais. As “zonas de contato” referidas por Fóller (2004) entre a biomedicina e as medicinas indígenas puderam ser percebidas nas experiências particulares dos profissionais de saúde interlocutores desta pesquisa, principalmente nas experiências dos profissionais de saúde que são indígenas.

Os relatos aqui reunidos elucidam justamente uma dinamicidade das relações entre diferentes medicinas e sujeitos no campo na saúde indígena o que possibilitou percebermos, assim como apontou Pereira (2012) que ocorrem rebatimentos a um nível mais pessoal e subjetivo das experiências dos profissionais de saúde. Concordo com Pereira (2012) e Fóller (2004) e afirmo que essas situações relatadas pelos profissionais os afetam e provocam reafirmações, mudanças, hesitações sobre as suas formas de pensar e agir na saúde indígena. Mesmo não passando por um processo formativo específico, esses profissionais relatam experiências em que se sensibilizaram, se sentiram, por exemplo, vitoriosos. Nesse sentido, o aprendizado sobre a saúde dos povos indígenas parece se dar de fato no cotidiano, e é neste cotidiano que estes profissionais se deparam com situações de limites, como nos fala Pereira (2012), encontros e diálogos entre suas compreensões sobre o processo de saúde e doença e também sobre as próprias relações entre as medicinas indígenas e a biomedicina.

Para entender os limites e para agir com sensibilidade, parece que os profissionais se afastaram, em alguma medida, das concepções da biomedicina, afastaram-se de uma mera objetificação da doença, por exemplo. Em um movimento que chamei aqui de reflexividade (MINAYO e GUERRIERO, 2014; TRAD, 2012) e dialogando com o fazer antropológico (DAMATTA, 1978), percebo que os profissionais ao mesmo tempo em que interferem no campo em que atuam, eles também são modificados e questionados por esse campo. Nesse sentido, mais uma vez, uma compreensão polarizada

entre profissionais de saúde e indígenas não daria conta do debate.

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

É possível afirmar, para trabalhos futuros que, um olhar mais específico sobre os indígenas que são profissionais de saúde pode contribuir para este campo de investigação na Antropologia. Sobre isso, faço coro às observações de Föllner (2004) e Pereira (2012) quando afirmam que a partir dos contextos de intermedialidade, das afetações dos profissionais de saúde e também da presença de indígenas nos cargos e funções nos postos e nos polos, a própria biomedicina e o modelo médico hegemônico podem ser incitados a transformações. Por fim, reitero que as experiências de profissionais de saúde em contextos indígenas merecem ser analisadas em sua complexidade, trazendo contribuições mais aprofundadas para o campo da Antropologia no que se refere às interações que sujeitos e medicinas estabelecem historicamente, politicamente e cotidianamente.

## Referências bibliográficas

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

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

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

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

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

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

FERREIRA, Luciane Ouriques; OSÓRIO,

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

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

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

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

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

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

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

LANGDON, Esther Jean.; GARNELO, Luiza. (Org.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões*

*sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA, 2004.

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

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

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

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

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