



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA**

LEO PEDRANA

**ATENÇÃO BÁSICA DIFERENCIADA ÀS COMUNIDADES PATAXÓ DA BAHIA.
UMA ETNOGRAFIA POLIFÔNICA DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA
PERSPECTIVA INTERCULTURAL.**

SALVADOR

2018

LEO PEDRANA

**ATENÇÃO BÁSICA DIFERENCIADA ÀS COMUNIDADES
PATAXÓ DA BAHIA. UMA ETNOGRAFIA POLIFÔNICA DAS
PRÁTICAS DE CUIDADO NA PERSPECTIVA INTERCULTURAL.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Área de concentração Ciências Sociais em saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leny Alves Bomfim Trad

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Mônica de Oliveira

Nunes de Torrenté

**SALVADOR
2018**

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas
(SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PEDRANA, LEO

Atenção básica diferenciada às comunidades Pataxó da Bahia. Uma etnografia polifônica das práticas de cuidado na perspectiva intercultural. / LEO PEDRANA. - - SALVADOR, 2018. 358 f.

Orientadora: Leny Alves Bomfim Trad.

Coorientadora: Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

Tese (Doutorado - DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA) --
Universidade Federal da Bahia, INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA (ISC), UFBA, 2018.

1. saúde indígena. 2. interculturalidade. 3. atenção básica. 4. Pataxó. 5. Serviços de Saúde do Indígena. I. Trad Alves Bomfim, Leny. II. de Torrenté de Oliveira Nunes, Mônica . III. Título.



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

LEO PEDRANA

Atenção básica diferenciada às comunidades Pataxó da Bahia: uma etnografia polifônica das práticas de cuidado na perspectiva intercultural.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 31 de agosto de 2018.

Banca Examinadora:

Prof. Leny Alves Bomfim Trad - Orientadora – ISC/UFBA

Prof. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté – ISC/UFBA

Prof. Cecilia Anne McCallum – FFCH/UFBA

Prof. Maria Luiza Granelo Pereira – FIOCRUZ/AM

Prof. Esther Jean Langdon – UFSC

AGRADECIMENTOS

Me apropriando de uma expressão local: “não vou mentir”, não sou acostumado a expressar a minha gratidão publicamente ou para acompanhar a publicação de um texto científico. Quem me conhece um pouco sabe que para não arriscar de cair na fria retórica formal, gosto de agradecer pessoalmente quem contribuiu pela realização desse trabalho

Todavia, ao considerar a tese como o fruto de um percurso de germinação desenvolvido ao longo da experiência de doutorado e daquela etnográfica do campo, seria injusto não compartilhar os meus agradecimentos com o grupo de atores, indivíduos e sujeitos institucionais que garantiram as condições pela realização da tese.

Portanto, renovo os meus agradecimentos ao Instituto de Saúde Coletiva que acolheu o desafio da proposta de pesquisa da tese e contribuiu economicamente junto a bolsa de doutorado do CNPQ e de doutorado sanduiche da CAPES.

Agradeço a direção e coordenação assim como a secretaria de curso de pós graduação, os professores e colegas pela aprendizagem entre didática acadêmica e construção de projetos de pesquisa que oportunizaram o mergulho “anfíbio” entre as áreas de Epidemiologia, Política, Planejamento e Gestão e Ciências Sociais, ampliando os meus horizontes de conhecimento na área da Saúde Coletiva.

Um destaque pela disponibilidade, interesse, ensinamentos e contribuições preciosas das orientadoras da tese, Professora Leny e Professora Monica, aproveitando para agradecer também as contribuições construtivas dos membros da banca de defesa da tese.

Pouco teria sido possível sem a força e delicadeza do apoio da minha companheira Taiane e o calor alegre e proteção dos meus familiares ítalo-brasileiros, presentes e antepassados e quem está por chegar que quis se anunciar no mesmo dia no qual defendi essa tese...saravá!

O meu agradecimento final às pessoas e instituições das comunidades Pataxó, aos seus anciões e lideranças e a todos os participantes Pataxó por ter acreditado em mim e no projeto de tese. Dedico essa tese aos Pataxó de Barra Velha e Coroa Vermelha e aos profissionais da saúde indígena.

E...um obrigado a mim mesmo...pela satisfação de ter conseguido *fazer* o que parecia impossível só *pensar*... para hoje *pensar* melhor no que *fazer* amanhã....

“Você está escrevendo, escrevendo e escrevendo para fazer saber para outros, eu falo...tem que escrever o que estou dizendo, para repassar para os seus colegas, os seus amigos... porque quanto mais poder espalhar essas vozes, esse conhecimento para as comunidades, os jovens...para mim é uma alegria na minha vida...é uma luva na minha alma”.

Liderança Espiritual (Coroa Vermelha, Abril 2017).

RESUMO

A atenção à saúde das populações indígenas nos termos de reconhecimento e valorização do saber indígena em saúde através da articulação entre práticas de cuidado é uma questão introduzida desde a declaração de Alma Ata (1978) e gradualmente incorporada nos sistemas e políticas públicas de saúde das nações. As análises das *policies* nos contextos de colonização anglo saxão e hispano-lusitana evidenciam a falta de paradigmas teóricos e variedade de abordagens para garantir o direito à um cuidado culturalmente apropriado. Todavia, a homogeneidade da hegemonia de práticas biomédicas expressa uma interculturalidade funcional ao domínio de Estado e Sociedade envolvente sobre as populações indígenas. No sistema sanitário nacional brasileiro (SUS), a definição de atenção “diferenciada” que estrutura a Política de Atenção as Populações Indígenas (PNASPI, 2002) é consensualmente considerada ambígua e contraditória. Na falta de avaliação institucional da sua operacionalização, um número limitado de estudos evidencia as transformações interculturais que os processos de implementação desencadeiam ao nível local e se refletem no cotidiano da relação sociocultural de cuidado.

Na ausência de estudos sobre a atenção básica *diferenciada* as populações indígenas da Bahia, a tese foca na sua operacionalização a partir da referência à “interculturalidade crítica” proposto pela autora Walsh C. (2005) e o modelo de “pesquisa intercultural” de Dietz G. (2011), através de um estudo exploratório, qualitativo, polifônico e multisituado, centrado na etnografia da Saúde Indígena em dois territórios Pataxó do sul da Bahia. O objetivo é descrever posicionamentos, tensões e aproximações entre as concepções e práticas de cuidado, a partir da análise do discurso dos atores e observação do cotidiano de equipes (EMSI) e comunidades de usuários Pataxó no Polo Base de Porto Seguro do Distrito Sanitário Especial Indígena, Bahia (DSEI-BA).

A análise da etnogênese resultou útil para evidenciar as nuances e hibridização da etnicidade e multidentidades Pataxó entre os extremos discursivos de indigenização, estruturada na fricção e conflitos interétnicos e branqueamento entre assunção e apropriação do *modelo do branco* que (re)produzem conflitos socioculturais, faccionalismo intraétnicos pelo poder comunitário e crescente diferenciação do tecido social.

Essas tensões e hibridizações se refletem specularmente na polissemia que assumem as concepções de adoecimento, cura e atenção básica *diferenciada* e a poliformia das práticas de cuidado efetivamente realizadas pelos atores locais que participam ao processo de saúde, doença e (auto)atenção às comunidades Pataxó.

A pesquisa evidencia as interações entre o sistema de conhecimento Pataxó em saúde e a *medicina do branco* que convivem não obstante a crescente hegemonia de práticas biomédicas e farmacológicas e a prevalência da visão formal da atenção diferenciada que limitam a possibilidades de articulação entre saberes. A visão produtiva do atendimento

e as graves carências da qualidade básica e deficiências na cobertura são considerados também limites à priorização do cuidado culturalmente diferenciado.

Todavia a implementação dos modelos de atenção demonstra mediações que produzem adaptações e transformações em sentido intercultural. Em ambas as realidades o profissional indígena emerge e se destaca nas EMSIs pelas sensibilidades, competências e práticas espontâneas de mediação e facilitação linguístico-cultural, enquanto o profissional não indígena consegue desenvolver aproximações e formas de articulação entre saberes quando são garantidas as condições pela fixação e convivência nas aldeias.

A tese se conclui com uma sistematização dos resultados da análise agregados em três prioridades de ações de reforço da interculturalidade e as relativas sugestões de práticas para realizá-las: o “resgate” do saber Pataxó, a formação intercultural e a valorização das práticas de interculturalidade realizadas.

Essas prioridades podem ser realizadas a partir da ativação dos recursos endógenos aos sistemas de saúde localmente coexistentes em um modelo *bottom up*. Todavia, os limites da formulação e da definição da operacionalização da atenção culturalmente apropriada e diferenciada precisam de uma revisão e reflexão crítica interculturalmente construídas para que as ambiguidades virem ambivalências e sejam resolvidas.

Palavras chave: saúde indígena; atenção básica; interculturalidade; Pataxó; Serviços de Saúde do Indígena.

ABSTRACT

The declaration of Alma Ata (1978) introduced the primary healthcare to indigenous populations in terms of health indigenous knowledge recognition and valorization through the articulation between healthcare practices and gradually embodied in national health systems and health public politics. The Anglo-Saxon and Hispanic-Lusitanian colonial context policy analyses highlight the lack of theory paradigms and the variety of approaches to guarantee the right to cultural appropriate healthcare. However, the homogeneity of biomedical healthcare practices hegemony express an intercultural approach functional to State and non-indigenous society domain. In the Brazilian national health system (SUS), the concept of “differentiated” primary healthcare, consensually defined as ambiguous and contradictory, is the base of the indigenous healthcare national politic (PNASPI, 2002). Within the lack of institutional evaluation, a limited number of studies put in evidence the intercultural transformations from the implementation processes at the local level as well as in the sociocultural healthcare relation.

The lack of primary “differentiated” healthcare analyses focusing on the indigenous populations in the State of Bahia justify the focus of the thesis on its operationalization orientated by the “critical interculturality” as defined by the author Walsh C. (2005) and Dietz G. “intercultural research” model in an exploratory, qualitative, polyphonic and multi-situated research design, focused on the ethnography of Indigenous Healthcare in two different Pataxó territories in the south of Bahia State. The main objective is to

describe the positions, tensions and approximations between healthcare conceptualizations and practices from speeches and practices analyses of the two local actors, the indigenous primary healthcare teams (EMSIs) and the Pataxó user's communities in Porto Seguro Base-Pole of the Indigenous Especial Health District of Bahia (DSEI-BA).

The ethnogenesis analysis shows the Pataxó ethnicity nuances and hybridizations as well as their multidentities between indigenization, which is based on the interethnic friction and conflict, and ethnicity bleaching in the assumption and appropriation of the white-man life-style model which (re)produce sociocultural intraethnic conflicts, factionalism to reach community power and differentiation in the community social structure.

This tensions and hybridizations reflected into the polysemy assumed by the conceptions of illness, healthcare and *differentiated* primary healthcare as well as the poliform of effective healthcare practices realized by the local actors within the illness and healthcare process of the Pataxó communities.

The research highlights the interactions and coexistence of the Pataxó healthcare knowledge system and de *white-man medicine* even if the growly hegemony of biomedical practices and the prevalence of the formal vision on the *differentiated* healthcare by limiting the possibilities of knowledge articulation. Other limits to the cultural appropriate priority are the primary healthcare productive perspective and the relevant lack of technical quality and coverage.

Nevertheless, the healthcare model implementation put in evidence the mediations, which produce intercultural adaptations and transformations. In both research fields, the indigenous healthcare professional stands out within the primary heal care local teams for his spontaneous sensibilities, skills and practices of linguistic-cultural facilitation and mediation, while non-indigenous health professionals can develop approximations and ways to articulate healthcare knowledge only when the conditions for their fixation in the indigenous communities are guaranteed.

The thesis ends with a systematization of the research results aggregated into three intercultural empowerment action priorities and their correspondent examples of practice: the Pataxó healthcare knowledge "rescue", intercultural professional training improvement and the recognition and empowerment of intercultural practices that are already offered.

Is possible to produce these priorities by activating the healthcare systems endogenous resources in a bottom-up model. Therefore, the of the formulation and operational definition limits of the cultural appropriate healthcare call for a review and critic reflection to change ambiguity into ambivalence

Key words: indigenous health; primary healthcare; cultural competence; Pataxó; Indigenous Healthcare Services;

LISTA DE MAPAS, IMAGENS, TABELAS E SIGLAS

MAPAS MAPA 1 - ALDEIAS PATAXÓ DO SUL DA BAHIA.....pag.89

IMAGENS

IMAG. 1 Imagem do satélite do campo de pesquisa em Barra Velhapag. 96
IMAG. 2 Imagem do satélite do campo de pesquisa em Coroa Vermelha ...pag. 182

TABELAS

TAB. 1 Dados socioculturais e demográficospag. 260
TAB. 2 Tipologias das comunidades atendidaspag. 265
TAB. 3 Dimensões dos serviços de atendimento da atenção básica
Indígena.....pag. 284
TAB. 4. Prioridade 1: RESGATE DO SABER TRADICIONAL.....pag. 312
TAB. 5 Prioridade 2: FORMAÇÃO INTERCULTURAL.....pag. 318
TAB. 6. Prioridade 3: PRÁTICAS DE INTERCULTURALIDADE.
Informação, mediação e facilitação intercultural.....pag. 322

SIGLAS

AB Atenção Básica
ABI Atenção Básica Indígena
AIS Agente Indígena de Saúde
AISAN Agente Indígena de Saneamento
CASAI Casa de Saúde Indígena
CIMI Conselho Indigenista Missionário
DSEI Distrito Sanitário Especial Indígena
EMSI Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena
FUNAI Fundação Nacional do Índio
PNASPI Política Nacional de Atenção as Populações Indígenas
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PMAQ Programa de Melhoria da Atenção e Qualidade
SASISUS Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS
SESAI Secretaria Especial de Atenção as populações Indígenas
SIASI Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena
SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

Situando o percurso do autor e o problema de pesquisa.....pag. 14

INTRODUÇÃO

A questão intercultural na atenção à saúde das populações indígenas.....pag. 18

Justificativas, perguntas norteadoras do estudo e objetivos do estudo:
Os porquês e para que.....pag. 31

CAPITULO 1. A LENTE TEÓRICA E OS OLHARES EPISTEMOLOGICOS: Contextos, conceitos e enfoques

1.1 Qual interculturalidade por uma análise crítica?pag. 34

1.2 A mediação linguístico-cultural:
Entre tradução e possibilidades hermenêuticas.....pag. 37

1.3 Interculturalidade e *hibrididades*.....pag. 41

1.4 Interculturalidade, concepções de saúde e cuidadopag. 47

1.5 Interculturalidade e atenção básica diferenciada:
Problematização da análise da PNASPI no Brasil.....pag. 51

CAPITULO 2. METODOLOGIA

2.1. Considerações sobre abordagem.....pag. 57

2.2 Pré-campo: Definição e primeiras aproximações com o contexto
local de estudo..... pag.61

2.3. A metodologia no Campo: da teoria à prática..... pag. 64

2.4. Entrada(s) em campo. O desenvolvimento do trabalho etnográfico..... pag. 72

2. 5. Saída do campo, retorno e processo de análise colaborativa..... pag. 80

2.6 Aspectos éticos.....pag. 85

CAPITULO 3. O TERRITÓRIO PATAXÓ DE BARRA VELHA: Etnogênese, etnização e implicações do desenvolvimento “do branco”

3.1. Os Pataxó do sul da Bahia.....pag. 87

3.2 Os *Pataxó do berço* e a *Aldeia Mãe*pag. 90

3.3. Entre a comunidade indígena e o mundo de fora:
Os anos 2000 e o avanço do desenvolvimento “do branco”pag. 98

3.4. O kaiãbá-dinheiro e o espírito comunitário tradicional	pag. 104
3.5. Os impactos do modelo de desenvolvimento urbano e o contato como Yndi'hí-não índio.....	pag. 109
3.6. Os jovens, novos sujeitos comunitários vulneráveis.	pag.116

CAPITULO 4. O(s) SISTEMA(S) LOCAL(is) DE SAUDE INDIGENA E A ATENÇÃO DIFERENCIADA EM BARRA VELHA

4.1. O modelo tradicional entre forças e fraquezas	pag. 121
4.2. O serviço público de saúde indígena.	pag. 142
4.3. Entendimentos e práticas em torno da Atenção diferenciada: Aproximações e tensões.....	pag. 161
4.4. Síntese conclusiva da análise da atenção básica diferenciada aos Pataxó de Barra Velha.....	pag. 172

CAPITULO 5. TERRITÓRIOS PATAXÓ DE COROA VERMELHA: Processos de territorialização, relações interétnicas e hibridização

5.1.Origens da maior das aldeias <i>filhas</i>	pag. 179
5.2 As segundas gerações e os <i>Second Comers</i> . Crescimento populacional e dinâmicas multiculturais na <i>terra das oportunidades</i>	pag. 185
5.3. Atritos interétnicos e repressão do Estado.....	pag. 189

CAPITULO 6. A CONFIGURAÇÃO DA ATENÇÃO E DO CUIDADO NO TERRITORIO INDIGENA DE COROA VERMELHA

6.1 O modelo tradicional local. Adormecimento, resgate e contra hegemonia	pag. 203
6.2. A atenção básica no território Pataxó de Coroa Vermelha	
6.2.1 Infraestrutura e processo de trabalho.	pag. 218
6.2.2 As EMSIs tensões, negociações, mediações com as comunidades de usuários.....	pag. 230
6.2.3. Concepções de atenção diferenciada.	pag. 250
6.4 Síntese conclusiva da análise da atenção básica diferenciada aos Pataxó de Coroa Vermelha.	pag. 255

**CAPITULO 7. ANÁLISE COMPARATIVA DA ATENÇÃO BÁSICA
DIFERENCIADA NOS DOIS TERRITÓRIOS PATAXÓ**

7.1 Territorializações, etnogêneses e etnicidades.....pag. 261
7.2. Tradição e Modernidade na Saúde Indígena Pataxó.....pag. 273
7.3. O sistema da atenção básica diferenciada: implantação de modelos.....pag. 281
7.4. O usuário e o profissional, qual interculturalidade?pag. 300

**Capítulo 8. O FOMENTO À INTERCULTURALIDADE NA ATENÇÃO
BÁSICA DIFERENCIADA LOCAL:**

**Vislumbrando prioridades e caminhos para a transformação das
práticaspag. 311**

CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS.....pag. 330

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....pag. 338

ANEXO - Modelos base de entrevista.....pag. 349

APRESENTAÇÃO – Situando o percurso do autor e o problema de pesquisa

A presente tese de doutorado é fruto de diferentes elementos que caracterizam a minha trajetória de vida e, sobretudo, a minha carreira profissional e formativa como pesquisador interessado na temática da diferença na saúde. A partir do campo da sociologia da imigração na Itália, com foco na integração intercultural e socioeconômica e gestão de serviços públicos diferenciados para estrangeiros, me aproximei à temática da interculturalidade nas políticas públicas, desenvolvendo *surveys* e análises nacionais e locais da integração socioeconômica e projetos de promoção do acolhimento e integração social de migrantes em articulação com entes da pública administração e do terceiro setor. No Brasil, mais recentemente, entrei no *espaço* da saúde coletiva através das lentes das ciências sociais e da análise política da saúde de cunho crítico reflexivo que referenciam o Instituto de Saúde Coletiva ISC da Universidade Federal da Bahia e fundamentam a tese de doutoramento em Saúde Pública.

Essa experiência formativa propiciou também a participação em pesquisas no âmbito das determinantes sociais da saúde em perspectiva global¹ e, principalmente na atenção básica Brasileira, com foco na avaliação tanto do perfil de profissionais da saúde do Brasil² assim como da qualidade e do acesso aos serviços no Estado da Bahia³, e a primeira aproximação à realidade da saúde indígena nas comunidades Pataxó do sul da Bahia, focando na formação e perfil do profissional da atenção básica indígena⁴.

Em primeiro lugar, a vivência e participação a essas pesquisas fortaleceram a convicção da importância de considerar a atenção básica (AB) como um lugar privilegiado para analisar a efetividade, integralidade e equidade das políticas públicas de

¹ O resultado dessas experiências são fruto da participação ao projeto da Organização Mundial da Saúde: "Country examples of monitoring social determinants of health and health equity" em colaboração com ISC/UFBA, são resumidos em duas publicações sobre o tema do monitoramento dos determinantes sociais da saúde em perspectiva global (Pedrana, L., Pamponet, M., Walker, R., Costa, F., & Rasella, D. (2016). Scoping review: national monitoring frameworks for social determinants of health and health equity. *Global health action*, 9(1), 28831, e Rasella, D., Machado, D. B., Castellanos, M. E. P., Paim, J., Szwarcwald, C. L., Lima, D., ... & Barreto, M. L. (2016). Assessing the relevance of indicators in tracking social determinants and progress toward equitable population health in Brazil. *Global health action*, 9(1), 29042).

² Avaliação do Perfil e das Práticas dos Agentes Comunitários de Saúde, 2014-2015, ISC-MS

³ Programa Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ, Avaliação Externa, ciclo 1- ano 2012, ciclo 2 - ano 2014, ISC-MS.

⁴ Seminário Nacional "Formação Profissional em saúde & Ensino na Saúde Coletiva", organizado por USFB em colaboração com ABRASCO, em Porto Seguro em maio 2014. A participação se concretizou na realização de breves entrevistas à políticos e acadêmicos de nível nacional e a representantes e profissionais indígenas participantes ao evento. A síntese dos resultados dessa pesquisa foram apresentados pelo autor ao II Congresso Internacional de Educación e interculturalidad: Educación, política y decolonialidad, em setembro 2014 em Osorno, Chile.

saúde e, ao mesmo tempo, evidenciaram a posição de marginalidade da saúde indígena no âmbito da discussão acadêmica e dos programas ministeriais de avaliação da atenção básica do SUS.

Isso me estimulou a empreender uma aproximação com a temática da interculturalidade da política de atenção as populações indígenas, desenvolvendo uma análise em uma perspectiva crítica⁵ da Política de Atenção as Populações Indígenas (PNASPI), retomada como elemento central que contribui à justificativa da tese ilustrada na introdução

Essa perspectiva sobre a interculturalidade na política pública de saúde as populações indígenas está se desenvolvendo atualmente em parceria com outros pesquisadores em um projeto de análise comparativa dos modelos nacionais de operacionalização da atenção à saúde das populações originárias “culturalmente apropriada” de países do hemisfério austral que pertencem à continentes entre si diferentes (Austrália, Nova Zelândia, Brasil, Chile)⁶, que parcialmente irei utilizar para ter uma visão ampla da problematização da atenção culturalmente diferenciada no âmbito da legislação e sistema de saúde brasileiro.

A aproximação inicial ao território indígena e serviços da atenção de base pública propiciaram momentos e situações de campo e interação direta com os profissionais dos serviços que forneceram elementos de reflexão úteis e centrais na construção do projeto de pesquisa⁷ e realização das fases de pré-campo: a importância de considerar o ponto de vista dos profissionais sobre a qualidade do próprio trabalho em uma perspectiva auto reflexiva que, no caso da atenção as populações indígenas, juntou-se à relevância de considerar o ponto de vista da componente indígena e vocalizar os sentidos êmicos sobre o cuidado *diferenciado* da saúde indígena.

⁵ Essa análise foi apresentada na proposta do projeto de pesquisa. Desenvolvi essa reflexão produzindo um artigo pela celebração do aniversário dos 40 anos da declaração de Alma Ata com a colaboração de outras autoras (Leny Trad Bomfim Alves, Mônica Nunes de Oliveira Torrenté, Sara Emanuela de Carvalho Mota do ISC/UFBA e Luiza Garnelo da Fundação Oswaldo Cruz, Manaus). Atualmente a proposta de artigo encontra-se em fase de revisão, portanto irei me referenciar aos argumentos críticos já propostos no projeto originário de tese.

⁶ No âmbito do Programa de Doutorado Sanduiche, realizado na School of Population and Global Health, da University of Melbourne, Austrália, entre setembro e dezembro 2017, junto aos grupos de pesquisa FASA e NISAM do ISC, UFBA desenvolvi um projeto de pesquisa de análise comparada das políticas de saúde indígena em quatro Estados (Brasil, Chile, Austrália e Nova Zelândia, que produziu alguns primeiros resultados provisórios à ser apresentados no âmbito do International Workshops on Public Policy, na University of Pittsburgh em junho 2018, organizado pela International Public Policy Association.

⁷ O projeto de pesquisa foi aprovado pela banca de qualificação no mês de maio 2016. Os resultados da fase de pré-campo apresentados ao 7º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, realizado pela ABRASCO, em Cuiabá (MT), nos dias 9-12 de novembro 2016.

Essa é a trilha que permitiu-me sucessivamente transitar nas terras da saúde indígena aos Pataxó, escutar as vozes dos atores da saúde indígena básica, ver os seus *modus operandi* nas comunidades e construir uma leitura crítica orgânica da operacionalização da interculturalidade, a partir da experiência de pesquisa no *baixo*, do *micro* e do *(extra)ordinário do cuidado cotidiano*, na tentativa de reconhecer os aspectos universais da problemática da interculturalidade a partir da interpretação dos seus aspectos específicos e contextualizados:

“Já o enfoque *bottom up* (...) parte da ideia de que existe sempre um controle imperfeito em todo o processo de elaboração da política, o que condiciona o momento da implementação. Esta é entendida como o resultado de um processo interativo por meio do qual uma política que se mantém em formulação durante um tempo considerável se relaciona com seu contexto e com as organizações responsáveis por sua implementação. Este enfoque chama a atenção para o fato de que certas decisões que idealmente pertencem ao terreno da formulação só são efetivamente tomadas durante a implementação, porque se supõe que determinadas opiniões conflitivas não podem ser resolvidas durante o momento da tomada de decisão” (PAIM JS, ALMEIDA FILHO ND, 2014, p. 75).

Esse estudo espera contribuir à produção de conhecimento científico acerca a atenção à saúde das populações indígenas colonizadas, uma temática que se insere na agenda global de pesquisa, problematizando especificamente a questão da interculturalidade das políticas nacionais de saúde, a partir da análise de um caso específico no contexto indígena na região Nordeste do Brasil.

A tese está organizada em dez sessões ou partes. Após uma breve apresentação da trajetória do meu percurso de aproximação à temática da interculturalidade, na introdução apresento a problematização do cuidado culturalmente apropriado na saúde indígena, contextualizado nos paradigmas e análises das políticas públicas de saúde indígena nos Estados com povos indígenas nas duas variantes da colonização anglo-saxã e hispano-lusitana. Contextualmente considero os estudos de referência focados na análise da política de saúde indígena a partir dos contextos locais da atenção básica brasileira que juntamente aos dados produzidos na fase de pré campo contribuem a definir a justificativa e os objetivos do estudo.

No primeiro capítulo, explico algumas referências teóricas útil à leitura da interculturalidade, resultando na análise crítica do modelo de “atenção diferenciada” brasileiro da Política de Atenção à Saúde das Populações Indígenas (PNASPI, 2002).

No segundo capítulo descrevo a metodologia, a partir dos métodos e técnicas empregadas e discutindo reflexivamente a metodologia prevista e aquela efetivamente

empregada, ressaltando estratégias de pesquisa e os imprevistos que se tornaram barreiras e limites do estudo.

No terceiro, quarto quinto e sexto capítulo, descrevo e analiso os resultados de campo da etnografia realizada nos dois contextos comunitários escolhidos que evidenciam a etnogênese das comunidades, o sistema tradicional de cura, as concepções e práticas utilizadas, as condições e organização dos serviços de atenção básica e do atendimento e o seu funcionamento, as interações e resistências entre as dimensões ou sistemas do cuidado (indígena e público) e da atenção local à saúde indígena.

No sétimo capítulo procuro a comparação entre as dimensões que emergiram em relação ao objeto da atenção diferenciada e da interculturalidade no cuidado entre especificidades do contexto situacional e similaridades das trajetórias e percursos de etnização referidos à saúde das comunidades.

Assim, no capítulo oitavo evidencio para fins heurísticos a possibilidade de implementar ações e projetos de reforço da interculturalidade a nível local a partir das vozes dos protagonistas e da síntese dos resultados da comparação focados na temática da articulação entre saberes e práticas epistemologicamente diferentes.

Nas conclusões enfim, volto as premissas do estúdio retomando as principais reflexões que emergiram da experiência etnográfica da atenção à saúde aos Pataxó e orientadas ao futuro do possível, ou possível futuro da saúde indígena em termos de interculturalidade.

INTRODUÇÃO

Nesse capítulo introdutivo explicito os elementos que compõem a justificativa do projeto de pesquisa, descrevendo a aproximação à questão objeto do estudo a partir dos resultados das atividades de pesquisa de pré-campo. O capítulo contextualiza o recente surgimento da questão da interculturalidade referida a saúde indígena em uma perspectiva global, com maior foco nos modelos de políticas públicas de saúde indígena no hemisfério austral desenvolvidos nos últimos vinte anos, evidenciando a falta de consenso, paradigmas e sobre a formulação e conceptualização do cuidado culturalmente apropriado. Ao mesmo tempo ressalta-se a falta de avaliação da operacionalização do respeito e da valorização do direito cultural à saúde pelas populações indígenas e a articulação das práticas de cuidado não indígenas com as práticas e saberes indígenas. No panorama brasileiro evidencio a ênfase da atenção sobre a perspectiva do nativo e a crítica da antropologia e da saúde coletiva a definição e operacionalização do conceito de atenção diferenciada da política nacional de saúde aos povos indígenas que produz um hegemônico modelo de práticas de cuidado de tipo biomédico dos profissionais da saúde indígena. Mesmo assim, evidencio a variabilidade dos modelos de implementação e hibridização que oferecem possibilidades de reorganização das práticas do ponto de vista sociocultural.

A questão intercultural na atenção à saúde das populações indígenas.

Sabemos que a Declaração de Alma Ata (1978), há quarenta anos fundamenta o desenho dos modelos sanitários nacionais, explicitando uma perspectiva intercultural na concepção da participação comunitária aos cuidados primários de saúde quando define os agentes comunitários e praticantes tradicionais como “importantes aliados” dos profissionais da atenção primária “na organização de medidas para aprimorar a saúde da comunidade”.

Na perspectiva de um cuidado culturalmente apropriado para garantir o respeito das especificidades e direitos socioculturais, conforme a Convenção n. 169 da OIT (1989), várias nações procuram até hoje garantir a saúde pública universal, integrada, apropriada e compreensiva (PAHO, 2005), fundamentada na articulação do cuidado

público com os saberes e práticas tradicionais indígenas em saúde através da introdução de novos conceitos nas políticas públicas, da transformação das formas organizativas dos modelos de atenção e da definição de novas práxis de cuidar.

O avanço da reflexão sobre a articulação entre saberes e garantia do direito cultural à saúde é definitivamente aprovada na “Declaração Universal dos Direitos dos Povos Indígenas” pela ONU (2007) que ratifica a Convenção n. 169 da OIT 1989 e, remarcada sucessivamente nas questões do acesso universal aos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2016), assim como na temática do reconhecimento da medicina tradicional (WHO, 2013).

Não obstante esses aparentes avanços, os indígenas seguem sendo considerados a nível global entre os grupos populacionais mais vulneráveis soci(ocultur)almente e o fosso-*gap* entre as condições de saúde indígena e aquelas das sociedades nacionais “envolventes” persiste, ou seja, a iniquidade na saúde indígena segue sendo uma problemática prioritária na agenda mundial e, a sua problematização em âmbito acadêmico, evidencia posicionamentos e polemicas entre paradigmas de pesquisa sobre a temática. Acho exemplar o dialogo a distância entre os autores Anderson (2016), e Kirmayer (2016) no qual emergem as questões centrais da discussão sobre a perspectiva de análise sobre a saúde indígena. O primeiro apresenta uma pesquisa epidemiológica global, ampla e detalhada sobre as condições da saúde das populações indígenas *world wide*, porém sem conseguir entender o porquê da persistência de diferentes padrões de desfechos em saúde do grupos populacionais indígenas tanto entre os estados quanto dentro de cada nação.

Na resposta do autor Kirmayer (Ibidem, Op. cit.), essas variações são devidas em parte as diferenças entre os processos de colonização tanto à nível de contexto indígena local que nacional e por outro lado pela diversidade de significados culturais sobre a Saúde que se originam a partir da heterogeneidade dos grupos étnicos indígenas assim que, conclui que para entender ao nível global a disparidade e iniquidade que caracteriza a saúde indígena, resulta necessário entender (compreender) os processos socioculturais locais e as determinantes da saúde indígena em uma perspectiva pós colonial. Essa discussão quando já quase dez anos antes, na mesma revista, outros autores (KING et Al, 2009), evidenciavam a persistência de concepções e significados diferentes entre indígena e não indígena sobre saúde e bem estar, assim que as dimensões do holísmo da saúde dos primeiros não conseguem se encaixar no padrão biomédico de operar dos segundos.

De fato, observando alguns exemplos de sistemas sanitários nacionais podemos ressaltar as variedades que assumem o cuidado culturalmente apropriado nas concepções

e definições operacionais da interculturalidade nas políticas públicas de saúde pelas populações indígenas. Na minha leitura, essa variedade é expressão da falta de um paradigma de referência que oriente as práticas de interculturalidade e ao mesmo tempo da polissemia que assume nos diferentes contextos dependendo da capacidade da política pública de ser interculturalmente construída, executada e avaliada.

Alguns autores evidenciam a centralidade do paradigma da “competência cultural” (SAHA S et Al., 2008) difuso nos modelos anglo-saxões, principalmente para capacitar os profissionais não indígenas da assistência pública à saúde dos indígenas e, ao mesmo tempo em uma revisão das revisões de literatura os autores Truong et Al. (2012), demonstram a falta de consenso sobre a operacionalização assim como de avaliação da efetividade desse tipo de práticas orientadas por esse paradigma.

Na Austrália, por exemplo, a formação de profissionais não aborígenes é realizada na base desse criticado paradigma, porém os mecanismos de controle e gestão comunitários dos serviços de saúde em todos os níveis da administração estadual são de organizações aborígenes (Aboriginal community controlled health services, ACCHSs), assim como importantes instituições de pesquisa expressão da interculturalidade na prática da participação e protagonismo dos aborígenes (DWYER et Al, 2015).

Porém um outro autor, Howse (2011) evidencia a falta de reconhecimento das necessidades assim como expressas diretamente pelas populações aborígenes além de estruturas e mecanismos de participação dessas populações locais no processo de tomada de decisão e definição das políticas públicas de saúde construídas “por eles” e não “com eles” vindo concordar com a necessidade de ampliar a coordenação de mecanismos de consulta entre os níveis institucionais nacionais, regionais e locais e o controle social indígena (Kelaher et Al.).

A recente aprovação do National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Plan (2013-2023), se configura como uma estratégia para reduzir o citado *gap* da saúde das populações aborígenes declarando a centralidade da cultura e do conceito de bem estar aborígene. Mesmo assim, não existem estudos que evidenciem até hoje formas de articulação entre saberes em saúde ou práticas de cuidado em termos interculturais que contemplem a visão êmica aborígene do cuidado. Mesmo sendo definida e prevista a figura do Agente de Saúde (Medicare Liason Officier) aborígene, não é previsto pelos ditames legislativos nacionais o reconhecimento do saber tradicional e a sua integração nos serviços de saúde diferenciados.

Já na vizinha Nova Zelândia, a população indígena- Maori resulta em termos relativos maior (15%, CENSUS 2013) em relação à população da Austrália (3%, ABS 2013) e a participação à política nacional resulta garantida por mecanismos de maior representatividade nos processo de tomada de decisões de política pública.

Na saúde isso se reflete na efetiva participação dos Maori no processo de construção da política de atenção saúde aos Maori (MINISTRY OF HEALTH, 2002) através da criação de um núcleo multidisciplinar de experts Maori ao interno do Ministério de Saúde (WALTON, 2007, p.3). Nesses termos o paradigma que orienta as ações de saúde pública as comunidades indígenas locais, é uma construção de tipo intercultural e orientada a intersectorialidade.

De fato, a realização do cuidado as populações Maori prevê o emprego de cuidadores tradicionais, alguns dos quais diretamente empregados pelos Estado efetivando a inclusão do cuidado tradicional na oferta do cuidado público.

Nesses termos, os direitos à representação na política institucional e o relevante progresso na autodeterminação e autonomia (*self-governance*) dos Maori parecem favorecer o aprimoramento da saúde indígena e a interculturalidade na construção do perfil das instituições da saúde em todos os níveis da administração nacional (MINISTRY OF HEALTH, 2014) integradas pela visão êmica da saúde.

Mesmo assim, os profissionais Maori resultam o 3% da população de profissionais da saúde dedicada aos Maori e limitadas são as unidades apropriadas para acolher pacientes Maori nos hospitais públicos.

Outros estudos de comparação entre as nações com populações indígenas conquistadas pelos povos anglo-saxões (incluindo Canada e Estados Unidos), evidenciam que as barreiras culturais e linguísticas persistem entre as principais determinantes sociais da saúde indígena, além das tradicionais variáveis socioeconômicas (renda, escolarização, habitação...), (PULVER et Al., 2010).

Posicionamentos mais críticos evidenciam enfim que as ações dos governos e as *policies* seguem sendo realizadas de fato na dominância de modelos biomédicos também nos contextos onde a autonomia e controle dos povos indígenas sobre os serviços de saúde e a articulação entre saberes é mais ativa, como em Nova Zelândia (LAVOIE, 2004, p.19).

Nos exemplos contemplados, a aproximação à visão êmica das políticas públicas pode ser favorecida pela inclusão e reconhecimento de autonomia de serviços diferenciados e até na inclusão de especialistas tradicionais no modelo público de oferta

de saúde as populações indígenas, porém o domínio do modelo do saber e das práticas biomédicas não consegue produzir mudanças na perspectiva da articulação entre saberes.

A questão central da operacionalização da interculturalidade como prática de cura e cuidado, assim como explicitado nas conceptualizações legislativas através do respeito, reconhecimento e promoção dos direitos culturais indígenas não consegue modificar as práticas da saúde pública na atenção e cura às populações indígenas nesses contextos.

No continente sul-americano, onde se encontra a mesma tendência ao *fosso-gap* profundo entre condições de saúde das populações indígenas e não indígenas em um panorama étnico mais heterogêneo que dificulta uma análise comparada com os modelos até aqui considerados, recentes estudos das políticas de saúde às populações indígenas concluem ressaltando alguns aspectos que tem que ser considerados específicos e comuns aos diferentes contextos das colonização hispano-lusitana. Em primeiro lugar o processo de adoecimento por determinantes de tipo estrutural: “O que há de comum nesse cenário entre os distintos países são as altas taxas de doenças endêmicas, carências e crônicas, refletindo as violências estruturais que impactam nas suas vidas (...)” (CARDOSO, 2015, p. 13)

A ênfase da análise é posta na trajetória da interculturalidade no continente sul-americano, entre o paradigma originado no contexto dos “processos de redemocratização e mudança constitucional” nas décadas dos anos ’80-’90 e produziram o “reconhecimento legal” das populações indígenas sem uma sua concretização efetiva nas políticas públicas:

“(...) se houve, do ponto de vista jurídico, a consolidação de políticas de reconhecimento e visibilidade da questão indígena, esse reconhecimento deixou de ser traduzido em políticas de saúde diferenciadas dirigidas a essas populações. A noção de interculturalidade foi, isso sim, incorporada as retóricas estatais, baseadas na diferença cultural, que mascaram as existentes relações de poder e as desigualdades sociais”, (CARDOSO, 2015, Op. Cit., p. 10)

Esses limites são considerados a partir de uma visão da situação sanitária vinculada aos processos de colonialização dos Estados nos termos de “subordinação política, exploração econômica, discriminação social, posição de marginalidade e a inadequação do atendimento em saúde” (CARDOSO, 2015, *Ibidem*, p. 13), que explicitam e produzem a hegemonia do modelo da medicina não indígena, principalmente no plano das práticas dos serviços nas comunidades. Na perspectiva mais crítica referida ao caso Chileno, mesmo tendo um formal reconhecimento do saber tradicional indígena em uma perspectiva de complementariedade, a interculturalidade no seu processo de

institucionalização vem a perder a sua carga crítica tornando-se “funcional” à hegemonia da sociedade não indígena e do Estado colonizador:

“(...) a lógica do campo da “interculturalidade”, no discurso e nas práticas do Estado, no âmbito dos seus projetos maiores de desenvolvimento, tem resultado na continuidade dos processos de colonização e normatização dos grupos indígenas por meio, inclusive, das políticas de saúde indígena” (CARDOSO, *Ibidem*, p. 25)

Assim, a interpretação desses autores é que a Cultura seja utilizada na retórica do discurso político para deixar em segundo plano as questões estruturais que são envolvidas na questão do *gap* da saúde indígena.

Isso nos leva a considerar a importância de procurar uma definição da interculturalidade que possa resultar suficientemente norteadora para enfrentar uma análise contextualizada da saúde indígena no Brasil. No capítulo seguinte irei explicitar tanto os elementos e referenciais teóricos que compõem o quadro de referência desse estudo que a definição do conceito de atenção diferenciada que define a interculturalidade da formulação da Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas. Aqui o foco é a problemática da interculturalidade do cuidado nas políticas públicas de saúde no Brasil do ponto de vista da sua operacionalização.

A produção científica acadêmica no panorama da América do Sul, a partir dos aportes antropológicos de cunho reflexivo e fenomenológico, tem contribuído para ampliar a reflexão sobre as potencialidades interculturais contidas na polissemia do conceito de saúde diferenciada, favorecendo uma maior aproximação ao ponto de vista *do nativo* e a uma concepção holística da saúde e do processo de saúde-doença, entendido como processo sociocultural que envolve interações e negociações assim como subjetividades, conforme Langdon EJ (apud BEKER et al., 2009). Isso favoreceu uma progressão do conhecimento de sistemas tradicionais de saúde e dos sentidos das experiências do adoecimento do ponto de vista indígena.

Por um lado, segundo o autor Menéndez E (2003), na perspectiva do *pluralismo terapêutico*, esse olhar na atenção à saúde indígena leva à afirmação da existência e necessidade de pesquisar modelos de atenção em saúde que se diferenciam a partir da pluralidade dos contextos existentes, assim como concordam importantes autores quando refletem sobre as questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde (PONTES, 2015).

Por outro lado, essa perspectiva leva às práticas de “autocuidado” (MENÉNDEZ E, 2003m, op. cit.), entendidas como expressão de como o cuidado público é recebido, reelaborado e autopromovido pela comunidade de usuários indígenas. Isso, por sua vez, permite uma mudança de olhar sobre as práticas de cuidado público em relação aos efeitos e impactos que produzem nas comunidades e uma nova consideração pelas dinâmicas e transformações culturais implicadas nas práticas de cuidado:

“(…) os povos indígenas estão longe da passividade; ao contrário, num quadro de simultaneidade de tradições epistemológicas, incorporam artefatos e ideias e exercem agência social, construindo algo novo. O conhecimento indígena é dinâmico, criativo e sujeito às influências, perfazendo negociações e renegociações constantes entre as diferentes formas de saber médico” (PEREIRA, 2012, p.531)

Ao mesmo tempo esse autor evidencia a importância do reconhecimento e foco nas práticas de “auto atenção”, que posso associar às práticas de cura e cuidado *do nativo* à saúde *do nativo*, oriundas das tradições e conhecimentos indígenas, silenciadas e desconsideradas ou não reconhecidas pelos sistemas sanitários públicos fundamentados na ciência e medicina ocidental e, portanto destinatárias privilegiadas dos estudos da antropologia medica.

Assim, para aprimorar a capacidade de leitura das necessidades específicas de cada comunidade, além do conhecimento do sistema tradicional de saúde, o intercâmbio de conhecimentos entre equipes de profissionais da saúde indígena (EMSI) e comunidades indígenas pode ser efetivado através da sensibilidade e uma escuta qualificada na procura de um diálogo que reduz o predomínio do paradigma biomédico, na direção de um cuidado integral e humanizado. Isso pode ser observado também em contextos sanitários mais heteroculturais, onde a alteridade é definida pelos processos migratórios de pessoas de outras nacionalidades e predomina a perspectiva de saúde *do nativo* que, nesse caso, originariamente é o europeu (o conquistador):

“Os trabalhadores da saúde não deveriam conhecer todas as culturas e se tornar expertos antropólogos sanitários, mas, remarcar que o usuário/paciente heterocultural pode representar uma formidável ocasião para recuperar uma capacidade de escuta e uma sensibilidade à abordagem holística que a nossa medicina tecnológica e hiper-especializada esqueceu e que poderia revelar-se particularmente útil também para os usuários “nativos” (GERACI, EL HAMAD I, 2012, p. S18, tradução pessoal, *ndr*)

No âmbito brasileiro, os estudos que evidenciam a importância de aumentar o foco sobre os serviços e as práticas de cuidado ao nível micro sociosanitário, no cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica, partem da intuição que esse é o *locus*

privilegiado do encontro intercultural e da necessidade/possibilidade de práticas interculturais de acolhimento e compreensão das necessidades indígenas de saúde. Em alguns casos, são evidenciadas as potencialidades de reorganizar sócio culturalmente as práticas do cuidado a partir da emergência da medicina tradicional indígena nas políticas públicas (FERREIRA LO, 2013) e do seu reconhecimento em termos de práticas complementares e integrativas.

Em outros casos, são representados elementos mais negativos da relação intercultural, como nos choques culturais entre “estranhos morais”: os profissionais dominados pelo *habitus* biomédico e os usuários indígenas pelo *habitus* tradicional (PONTES, Op. Cit. 2015).

As análises das práticas dos profissionais no âmbito da saúde indígena, desde uma perspectiva (intercultural) crítica, tem revelado um quadro de relações assimétricas entre os vários atores do contexto local que oscilam entre os extremos da participação e do conflito. Nos contextos mais positivos este quadro se traduz em lutas ou conquistas cotidianas que podem produzir mudanças paulatinas na direção de uma maior sensibilidade cultural, tanto dos protocolos dos serviços do SUS não diferenciado, quanto nas concepções e práticas de saúde dos profissionais da atenção básica indígena (ABI).

Finalmente, transformam-se também concepções de saúde-cuidado-doença e práticas terapêuticas dos usuários indígenas, configurando um quadro típico de hibridização.

Em geral, o foco sobre o contexto situacional do cotidiano de trabalho permite ampliar a análise sobre as relações dialógicas entre profissional da saúde pública e usuário indígena, a partir da construção do vínculo entre os membros das equipes da atenção básica e as comunidades de usuários (PEREIRA, 2014). A iniciativa espontânea dos trabalhadores parece ser um fator de mudança de *práxis* de atenção, mas os estudos tendem a considerar alguns casos específicos, focando sobre as práticas de algumas categorias profissionais (DIEHL EE, LANGDON EJ, DIAS-SCOPEL, 2012), deixando em segundo plano outras categorias e a EMSI, entendida como sujeito coletivo que opera no território da comunidade indígena.

Na revisão da bibliografia nacional sobre a atenção à saúde indígena no Brasil realizada na fase inicial de construção do projeto de pesquisa da tese, foi identificado apenas um artigo que abordou especificamente a atuação do profissional indígena nas equipes de saúde. Trata-se do trabalho dos autores Diehl, Carvalho, Follmann (2014), cujos achados indicaram que a presença de indígenas como profissionais qualificados da

Saúde Indígena (auxiliares e técnicos de enfermagem) como potenciais elementos de maior interculturalidade, destaca uma tipologia de práticas e de processo de trabalho prevalentemente baseados na intervenção individual e curativa, segundo uma lógica biomédica/clinica.

Mesmo assim, o estudo evidenciou uma menor rotatividade desses profissionais, ligada a um maior compromisso com a comunidade indígena, uma auto representação como “cuidador da comunidade” e “facilitador/interlocutor” entre EMSI e comunidade, enfatizando nas conclusões a importância de aprofundar esse tipo de análise que considera a variável étnica do profissional da saúde em outros contextos.

Essa *linha* de estudos que considera as EMSIs a partir das práticas efetivamente executadas, conforme ressaltado pelas perspectivas de análise das políticas públicas na América do Sul analisadas, permite evidenciar como as variadas interpretações dos elementos de diferenciação da Política Nacional de Atenção à Saúde das Populações Indígenas (PNASPI) podem abrir “janelas de oportunidades” em perspectiva intercultural sobre a relação de cuidado e os processos de hibridização, tanto dos sentidos “afetados” (NOVO, 2011, Op. Cit.) dos profissionais que das práticas efetivas de saúde e cuidado às comunidades de usuários indígenas.

A discussão empreendida até aqui contribuiu para elucidar alguns aspectos centrais do problema de pesquisa a nível global, considerando a falta de um paradigma teórico de referência e consenso para definir, operacionalizar e avaliar modelos de cuidado culturalmente apropriado e a tendencial discrepância entre a formulação da interculturalidade das políticas públicas e a sua efetiva operacionalização em termos biomédicos.

Em relação ao caso das políticas brasileiras de atenção as populações indígenas, os estudos evidenciam as ambiguidades e omissões legislativas da formulação do conceito de “atenção diferenciada” e as consequências na prática cotidiana das equipes da atenção básica, entre contraditórias interpretações e adaptações que geram fricções, conflitos, hibridizações e formas de interculturalidade na relação do cuidado com os usuários. No capítulo a seguir, vou apresentar uma análise da formulação da interculturalidade na atual política nacional de saúde as populações indígenas brasileiras utilizando uma perspectiva crítica, a fim de apontar com mais clareza as falhas da conceptualização e definição operacional desse conceito opaco que estrutura e justifica a existência de um subsistema diferente de atenção à saúde dos povos indígena brasileiros.

Para além desse diálogo com a literatura especializada até aqui conduzido, no tópico a seguir ilustro outros elementos que permeiam a análise de ditas práticas e, norteiam as perguntas de investigação dessa pesquisa que emergiram no processo de pré-campo, propiciado em parte pelos exercícios práticos de algumas disciplinas de metodologia do curso de doutorado em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva (ISC, UFBA).

As experiências de pré-campo permitiram ampliar o olhar sobre a definição do problema e avançar na construção do objeto de pesquisa, focando nas comunidades Pataxós do polo base de Porto Seguro do DSEI-Bahia, como *locus* privilegiado dos processos de hibridizações da atenção pública às populações indígenas e das formas que assume a política de atenção às populações indígenas em ato, ou seja ao nível concreto e efetivo das suas manifestações cotidianas nas práticas de trabalho em saúde: a experiência direta com as dinâmicas contextuais e situacionais que caracterizam a saúde indígena no polo-base de Porto Seguro do DSEI/Bahia, permitiu refinar os objetivos e orientar as escolhas das abordagens teórico-metodológicas do presente projeto resumidas nas primeiras partes dessa introdução.

Resumidamente, os elementos que mais contribuíram na construção da justificativa do projeto de pesquisa e da escolha do contexto de estudo foram os seguintes:

1. O contexto do polo de Porto Seguro resulta diferenciado dos outros 11 polos-base que constituem o DSEI/Bahia pela maior concentração de profissionais indígenas, mostrando também um nível de qualificação profissional mais elevado, além dos agentes comunitários de saúde (AIS). Esse dado resulta ainda mais interessante, se considerada também a especificidade da concentração de diferentes especialistas tradicionais atualmente registrados pelo DSEI/Bahia (Pajé, parteiras, rezadeiras, benzedeiros, raizeiros) (Fonte: DISI, DSEI/Bahia, 2013). O panorama terapêutico local parece, portanto, caracterizado pela efetividade e coexistência de diferentes sistemas de saúde e uma variada oferta de práticas de saúde.
2. A existência de práticas diferenciadas em algumas EMSIs: algumas equipes em áreas *distantes* realizam práticas que as diferenciam das maiorias das EMSIs como o parto tradicional e, mesmo em algumas EMSIs que operam biomedicamente existem sensibilidades interculturais de alguns profissionais que geram situações de conflito ou colaboração intra-equipe. Além disso, foi evidenciada uma demanda de formação

intercultural de alguns profissionais indígenas mais qualificados. Esses aspectos resultam centrais para justificar o meu interesse de pesquisa no território do Polo-base finalizado a individualizar práticas e concepções do conceito de atenção e cuidado *diferenciado*, assim como a caracterização étnica do perfil dos profissionais que operam nessa área sócio sanitária que corresponde às comunidades Pataxós.

3. A tipologia de práticas efetivamente realizadas pelos profissionais: resultou escassa a informação e conhecimento compartilhado entre os informantes-chave, gestores e conselheiros da saúde indígena. Tal fato reforçou a necessidade de uma maior aproximação com essas práticas e sujeitos que as realizam, a partir da observação direta nos lugares da atenção.
4. A importância da perspectiva do profissional indígena e dos especialistas tradicionais: nas entrevistas e conversas informais realizadas resultou evidente a visão e autorreflexão étnica desses profissionais em relação às necessidades das próprias comunidades (de origem e de trabalho), assim como a visão intercultural na definição das competências profissionais necessárias ao profissional que (quer) atua(r) nas aldeias e comunidades indígenas. Além da escuta aos profissionais indígenas da saúde pública, tendo em vista o interesse em explorar os processos de hibridização das práticas sanitárias, considerei fundamental procurar contemplar a visão sobre as práticas de cuidado considerando os especialistas tradicionais indígenas locais: “aqueles que são considerados como os (cuidadores, *ndr*) diferentes” (fonte: anotação do diário de pré-campo de conversa informal com jovem liderança em Coroa Vermelha), ampliando a potencial polifonia da visão indígena local.
5. A falta da perspectiva do usuário indígena: seguindo a variável étnica e a visão étnica do cuidado, resulta nula a referência e informação sobre a perspectiva do usuário indígena ou as práticas de auto atenção ou as práticas de cuidado dos especialistas tradicionais. Em geral, poucos foram os elementos referidos à recepção e vivência dessas práticas pelas comunidades indígenas assistidas em relação à atribuição de sentidos, avaliação e satisfação. Nesse sentido, a fim de perceber as tonalidades do caráter híbrido das práticas ofertadas pelo modelo local de atenção básica, mesmo não se tratando do objetivo principal do estudo, procurei uma aproximação ao saber e as práticas consideradas “tradicionais”, tanto pelos profissionais da saúde pública que pelos especialistas tradicionais e usuários indígenas.

6. Os conhecimentos sobre plantas medicamentosas e curas fitoterápicas Pataxó como argumento de convergência entre alguns atores indígenas e não indígenas da saúde local: gestores municipais da AB e ABI como base pela construção de “hortas comunitárias” ou “farmácias vivas”, é um tipo de projeto citado por vários conselheiros de saúde indígena e lideranças que pode se configurar como uma estratégia intercultural.
7. A presença no território do Polo de diferentes atores, ações e projetos orientados a saúde indígena em sentidos interculturais: isso evidenciou a importância de considerar as práticas de cuidado da atenção básica nas suas articulações e interfaces com diferentes atores locais de diferentes setores institucionais e não (por exemplo: escola diferenciada indígena, outros serviços públicos locais), reforçou a necessidade de orientar a metodologia da pesquisa em sentido polifônico.
8. A influência de múltiplos fatores e variáveis situacionais que favorecem e limitam a expressão de sensibilidades e realização de práticas diferenciadas de cuidado:
 - ✓ Forte caracterização étnica das equipes: as trajetórias de vida e profissionais *sui generis* ou heterogêneas que podem favorecer concepções, sensibilidades ou ações interculturalmente sensíveis; a concentração em algumas equipes de profissionais indígenas mais qualificados, o que reforçou a necessidade de contemplar a variável étnica na análise dos dados e a escolha das EMSI protagonistas do estudo;
 - ✓ Grau de medicalização e apropriação de práticas terapêuticas biomédicas dos usuários: as demandas de saúde indígena dos conselheiros e representantes das comunidades indígenas são formuladas e se expressam através de palavras e linguagem (biomédico) técnico-institucional, denotando uma capacidade de apropriação do discurso da saúde pública oficial. Ao mesmo tempo na leitura de alguns informantes-chave, o tipo de demanda de saúde prevalente dos usuários é de medicamentos e curas em situações de extrema necessidade ou urgência, o que limita a realização em sentido intercultural de práticas de cuidado.

A leitura dominante em diferentes atores da demanda de saúde dos usuários em termos mais ou menos medicalizados é posta em relação com o grau de etnicidade comunitária (rural-tradicional *versus* urbana-folclórica, turístico-comercial *versus* afastado-remoto) ou proximidade/distância e contato/isolamento das comunidades

indígenas com a sociedade não-indígena dos centros turísticos que caracterizam a área sócio geográfica local. Impõe-se a necessidade de verificar a polarização da demanda de saúde como mais ou menos biomedicalizada em relação as tipologias de território e comunidades Pataxó. Isso reforçou a necessidade de conhecer a visão e percepção de diferentes comunidades de usuários dos serviços, observar diretamente as práticas efetivadas e considerar os discursos dos profissionais que as realizam nos distintos territórios indígenas da atenção básica indígena;

- ✓ Fatores político-institucionais do contexto local: a influência da política da liderança indígena local favorece uma maior “aproximação” dos profissionais das EMSIs às comunidades assistidas e, em alguns casos exitosos, a “fixação da equipe no território da comunidade dos assistidos” (Coordenadora do Polo-base). Além disso, resulta significativamente positiva a relação interinstitucional entre Município de Porto Seguro e a Coordenação do Polo-Base local, denotando a importância de contemplar as relações políticas interinstitucionais no processo de realização da atenção básica *diferenciada* nesse município.

Todos esses elementos, conjuntamente considerados, evidenciam de fato a complexidade da análise do objeto das práticas de cuidado, sugerindo a necessidade de contemplar diferentes níveis de análise relacionadas às práticas de atenção à saúde dos Pataxó: a partir dos sentidos e concepções inter e intra individual-subjetivo, grupal-coletivo- comunitário e individualizar as diferentes dimensões de tipo situacional de varia natureza (política, institucional, indenitária, cultural e social) que interferem e moldam as formas das práticas dos sujeitos e atores da saúde indígena local.

Pareceu necessário, portanto, considerar por um lado as trajetórias e perfil de cada profissional em relação às várias dimensões tais como os processos de hibridização, a respectiva perspectiva sobre a relação de cuidado com o usuário indígena e a própria vivência da experiência do trabalho no cotidiano do contexto comunitário. Por outro lado, considerei cada EMSI como um agente do cuidado às comunidades de usuários em um campo de relações e interações de diferente natureza, vindo assumir uma perspectiva de análise que considerou todos os sujeitos e atores, individuais e coletivos, e relativas posições de poder que modelam, influenciam e interferem no processo de atenção à saúde indígena local.

Justificativas, perguntas norteadoras do estudo e objetivos do estudo: os porquês e para que.

Além das considerações até aqui produzidas que contemplam as lacunas e contribuições da literatura especializada sobre a saúde diferenciada às populações indígenas e as informações e omissões reveladas nas experiências de pré-campo, evidencio dois últimos dados que contribuem e definem as bases pelas perguntas de investigação dessa proposta de pesquisa.

Em primeiro lugar, a maioria dos estudos no Brasil consideram contextos e situações de cuidado para algumas etnias, específicas de uma porção limitada de áreas geográficas indígenas do País (Ex. Mato Grosso do Sul, Amazonas, Rondônia).

Quase exclusivamente as análises se referem às situações de populações com um recente ou limitado contato interétnico, deixando em segundo plano as *nuanças* que pode oferecer uma análise do cuidado em comunidades indígenas que tem um maior histórico de contato ou proximidade geográfica às áreas urbanas (OLIVEIRA JPD, 1998). Esses fatores específicos, a meu ver, podem aumentar a frequência e a intensidade de processos de fusão de confins ou horizontes etnicizados(-antes) e ativar complexas dinâmicas indenitárias (políticas, culturais, étnicas) que não são consideradas em profundidade na literatura consultada.

Essa lacuna de conhecimento resulta ainda mais significativa quando se refere à atenção às populações indígenas do território de Bahia que, de fato, resulta o terceiro estado brasileiro por população indígena (56.381), depois Amazonas (168.680) e Mato Grosso do Sul (73.295), maiormente representada pelos Pataxós (13.588 habitantes), a quinta maior etnia/povo do Brasil (IBGE, 2010)

Em segundo lugar, enfatizo que os estudos que consideram a variável da diferença étnica na composição dos profissionais das EMSI são limitados e até hoje concentrados na figura profissional do ASI mesmo sendo reconhecida a crescente presença de profissionais indígenas nas equipes da atenção básica, além dos agentes comunitários de saúde, vindo a concordar com a autora Garnelo L quando refere:

“É digno de nota que as diretrizes institucionais do SASI ignorem o crescimento expressivo do número de profissionais indígenas de nível médio e superior, os quais vêm sendo formados no Brasil, no âmbito da educação escolar indígena e da política de cotas que ampara o acesso das minorias étnicas às vagas nas universidades” (GARNELO L, 2014, Op. Cit., p. 875).

As análises críticas até agora consideradas sobre o conceito de saúde diferenciada nos ditames legislativos dialogaram com os estudos que considero mais representativos em relação à reflexão sobre um pensar e agir diferenciados na saúde indígena e se fortaleceram a partir das evidências até aqui produzidas sobre as lacunas da sua definição operacional reveladas pelas experiências de pré-campo no contexto da saúde dos Pataxó, um território indígena pouco conhecido à análise acadêmica da saúde pública. Por consequência, a questão que se torna questionamento norteador da pesquisa é construir uma leitura de como é concebida e praticada a atenção básica diferenciada as populações Pataxó.

As formas e tipologias que assume a “atenção diferenciada” no contexto da atenção básica em um determinado território indígena, tendo como referência as práticas interculturais de cuidado, assim como os múltiplos sujeitos e sentidos mobilizados neste processo, constituem os elementos centrais que conformam o objeto de pesquisa.

A análise dessas dimensões visa entender os posicionamentos dos atores e as práticas de atenção e cuidado no contexto investigado em relação à interculturalidade do cuidado. Em outros termos, interroga-se sobre a afetação e hibridização de ditas práticas no cotidiano das interações entre racionalidades da medicina ocidental e biomédicas e indígenas e que pertencem ao conhecimento tradicional: “a potencialidade desse encontro em produzir afetações que interroguem a biomedicina e as formas de conceber e organizar os serviços de maneira mais ampla” (DIEHL, PELLEGRINI, 2014, Op. Cit., p.871).

Para construir o objeto de pesquisa, me proponho analisar desde uma perspectiva polifônica e intercultural, sentidos e práticas cotidianas de atenção com foco na atenção básica e cuidado em saúde das populações Pataxós do Polo-base de Porto Seguro do DSEI-Bahia.

Para esse escopo geral, vou em primeiro lugar descrever e analisar sentidos e concepções de atenção e cuidado diferenciado à população indígena local, considerando a perspectiva das equipes e das comunidades de usuários indígenas assistidas.

Secundariamente, vou descrever as práticas cotidianas de cuidado efetivadas pelos profissionais, indígenas e não-indígenas das equipes que operam na atenção básica indígena, bem como suas convivências com práticas tradicionais de especialistas tradicionais e de autoatenção dos usuários das comunidades indígenas.

Enfim, vou analisar as interfaces, os tensionamentos e as hibridizações entre saberes em saúde indígena nas dinâmicas culturais entre os polos da indigenização da biomedicina e do seu oposto, a biomedicalização do cuidado do indígena que podem se

expressar em entendimentos e comportamentos múltiplos, variavelmente consonantes ou ambivalentes do ponto de vista intercultural.

A melhor expectativa em relação aos resultados dessa proposta de pesquisa de tese é contribuir para ampliar a discussão acadêmica sobre a complexidade da análise da atenção às populações indígenas a partir de um dos casos do possível no contexto da saúde indígena no Brasil e, esclarecer os céus nublados da “atenção diferenciada” apontando as luzes da interculturalidade sobre as cotidianas relações de cuidado às populações indígenas na diferenciada “porta de entrada” ao sistema público de saúde brasileiro.

A necessária especificidade do estudo focado no local ofereceu, na minha perspectiva de análise evidências que corroboram a tese da complexa polissemia e poliformia que assume a interculturalidade na prática de cuidado e atenção às populações indígenas do Brasil. Isso evidencia a necessidade de uma transformação e aprimoramento intercultural da sua definição analítico-conceitual e operacional-prática e, por outro lado a importância de (re-)conhecer as adaptações, hibridizações e transformações dos modelos de práticas desenvolvidas ao longo da recente implantação da saúde pública nos territórios indígenas no Estado Brasileiro. Concordo com a autora Langdon EJ, quando afirma:

“Baseando-me em Menéndez (2003), atenção diferenciada é mais bem conceituada não como incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, e sim como articulação entre estes e as práticas de auto-atenção existentes na comunidade particular” (LANGDON EJ, 2004, Op. Cit., p. 36)

As possibilidades de articulação entre as práticas de cuidado que ilustro nos próximos capítulos como formas de integração dos conhecimentos da saúde (tradicional) Pataxó à atenção à saúde dos Pataxó e o protagonismo dos profissionais indígenas permite considerar a questão da participação e inclusão da visão do nativo sobre as práticas de atenção à própria saúde. Assim, a concepção da operacionalização da atenção diferenciada que parece mais pertinente pela sua análise é expressa pela mesma autora reduzindo o foco sobre as práticas de auto-atenção e ampliando-o sobre a participação do nativo no processo de saúde-doença-(auto-)atenção:

“Para nós, a operacionalização da “atenção diferenciada” deve priorizar a garantia da participação política das comunidades indígenas em todo o processo de planejamento, execução, gestão e avaliação dos serviços” (grifos do autor, *ndr*), (LANGDON, DIEHL, 2007, Op. Cit.)

CAPITULO 1 – A LENTE TEÓRICA E OS OLHARES EPISTEMOLOGICOS: CONTEXTOS, CONCEITOS E ENFOQUES

Nesse capítulo referencio o objeto de pesquisa no quadro teórico e conceitual da “interculturalidade crítica” oriunda da perspectiva pós-colonial da antropologia sul-americana e aqui resumida nas palavras da autora Walsh Catherine. Secundariamente proponho um quadro teórico conceitual a partir das dimensões do objeto e da perspectiva de pesquisa, vindo resgatar a dimensão política transformadora da interculturalidade e os seus aspectos metodológicos de mediação, tradução ou “hermenêutica diatópica” do autor Boaventura Santos Souza.

A ênfase sobre a relação no cuidado como processo cultural, precisa uma orientação na questão da identidade indígena em termos e etnicidade onde possam ser contemplados os processos de hibridização em uma perspectiva pós-moderna e ao mesmo tempo pós colonial referida os processos de etnogênese e territorialização dos indígenas nordestinos do Brasil colocados pelo autor Joao Pacheco de Oliveira. Para concluir, resultou necessário procurar uma conceptualização de atenção e cuidado que permita evidenciar a pratica como momento de encontro e relação social, cultural e política, assim como teorizado pelo autor Ayres Ricardo.

Ao final do capítulo utilizo o quadro teórico para enfrentar um análise crítica da interculturalidade a partir do diálogo com a literatura sobre a definição operacional de “atenção diferenciada” definindo os elementos etnocêntricos subjacentes que contradizem os pressupostos interculturais da sua formulação e conceptualização no texto legislativo (PNASPI, 2002).

1.1 Qual interculturalidade por uma análise crítica?

A minha proposta, afinada com o paradigma crítico da antropologia sul-americana, é referenciar a discussão até agora enfrentada à definição fornecida por Walsh C de interculturalidade *critica* que surge no meio das transformações das constituições de Equador e Bolívia e conceptualização da saúde pública em função do “Sumak Kawsay - bem viver” dos povos Quíchua e “Suma Qamaña -viver bem” dos povos Aymara:

“Um processo dinâmico e permanente de relação, comunicação e aprendizagem entre culturas em condições de respeito, legitimidade mútua, simetria e igualdade. Um intercâmbio que se constrói entre pessoas, conhecimentos, saberes e práticas culturalmente diferentes, buscando desenvolver um novo sentido entre elas na sua diferença. Um espaço de negociação e de tradução onde as desigualdades sociais,

econômicas e políticas, e as relações e os conflitos de poder da sociedade não são mantidos ocultos e sim reconhecidos e confrontados. (WALSH. 2001 apud OLIVEIRA, CANDAU, 2010, p.26).

Na minha leitura, aqui encontramos elementos centrais para compreender a interculturalidade em termos conceituais e, também operacionais que podem ser referidos à análise das *policies* da saúde indígena. Em primeiro lugar, a autora sinaliza as condições de base da metodologia intercultural (“respeito, legitimidade mútua, simetria e igualdade”) entendida como um “processo de construção” de um “ intercâmbio” entre “diferentes” sujeitos da operacionalização saúde indígena.

Isso implica indiretamente no reconhecimento recíproco dos atores do processo e do interesse e vontade (política) ambivalentes deles de desenvolver, em uma lógica de projeto ou pacto, a criação de espaços-lugares e momentos-tempos para definir mecanismos de “diálogo, confronto” e reflexão orientados à saúde.

A dinâmica desse processo depende da “relação” e “comunicação” baseados na “troca, mutuo aprendizagem” e finalizados à ampliar a compreensão “ambivalente” e concretizar o reconhecimento “mútuo” de conhecimentos, saberes e práticas em saúde referentes à diferentes epistemologias.

Para que o processo resulte *permanente* e garanta as condições metodológicas interculturais, a *tradução* é a técnica que favorece a negociação ou mediação entre concepções, sentidos e significados da saúde indígena.

O resultado do processo de construção do dialogo intercultural é a construção de um (novo) conhecimento compartilhado sobre as múltiplas determinantes socioculturais da saúde indígena e reconhecimento das dinâmicas de hegemonia e poder que influenciam a operacionalização das políticas públicas de atenção saúde das populações indígenas.

A escolha por essa definição resulta ainda mais clara quando a autora caracteriza os pontos de diferença entre as perspectivas funcional e crítica, ressaltando a continuidade com as considerações críticas propostas pelas análises comparadas da antropologia sul-americana sobre a transformação da interculturalidade nas políticas públicas. Por outro lado isso permite de considerar a importância de considerar tanto os aspectos sociais que culturais que limitam o “dialogo intercultural”:

“(…) o reconhecimento e respeito à diversidade cultural se convertem em uma nova estratégia de dominação que ofusca e mantém, ao mesmo tempo, a diferença colonial através da retórica discursiva do multiculturalismo e sua ferramenta conceitual, a interculturalidade “funcional”, entendida de maneira integracionista. Essa retórica e ferramenta não apontam para a criação de sociedades mais equitativas e igualitárias, mas para o controle do conflito étnico e a conservação da estabilidade social, com o fim de impulsionar os imperativos

econômicos do modelo neoliberal de acumulação capitalista, agora “incluindo” os grupos historicamente excluídos (...) Enquanto no interculturalismo funcional busca-se promover o diálogo e a tolerância sem tocar as causas da assimetria social e cultural hoje vigentes, no interculturalismo crítico busca-se suprimi-las por métodos políticos não violentos. A assimetria social e a discriminação cultural tornam inviável o diálogo intercultural autêntico. [...]”. (WALSH, 2009, p.21)”.

Por outro lado, as autoras da mencionada análise crítica das políticas de saúde indígena na América do Sul, evidenciam também a necessidade de aprimorar a capacidade de análise e compreensão mútua e, portanto intercultural dos processos de poder inter/intraétnicos que influenciam a saúde indígena (a oferta e demanda dos serviços públicos de atenção primária às comunidades indígenas). Para alcançar esse objetivo intercultural, o foco da análise da *policy* assim tem que contemplar as concepções e entendimentos étnicos das populações atendidas que participam ao cuidado e atenção diferenciados por indígenas.

De fato, a partir das evidências produzidas pelos estudos, às concepções de reconhecimento formal do saber tradicional nas respectivas legislações nacionais corresponde o desconhecimento e desconsideração pelas práticas de auto atenção dos usuários indígenas na operacionalização das políticas públicas, vindo criar assim uma geral contradição entre formulação e operacionalização da saúde indígena em termos interculturais.

O recurso a essa categoria intercultural definida por Menéndez EL, permite à pesquisa da interculturalidade nas políticas públicas de se orientar ao paradigma do pluralismo terapêutico, e analisar o contexto da saúde em termos de “sistemas sociais de cura” onde se realizam “práticas de saúde socialmente organizadas” (KLEINMAN, 1995), e uma maior aproximação analítica às concepções étnicas das práticas de saúde que o autor a define como auto atenção:

“As representações e práticas que a população utiliza ao nível de sujeito e grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, mesmo quando estes são a referência da atividade de auto-atenção” (MENÉNDEZ E, 2005, p.54).

O processo de reconhecimento das determinantes e hegemonias culturais em saúde indicado por Walsh C. portanto pode ser enfrentado, como já assinalado nas conclusões das análises das políticas públicas de saúde indígena sul-americanas, a partir de uma abertura do sistema público à perspectiva indígena sobre a saúde. Isso significa

colocar em questão a centralidade da polifonia das concepções e variedade de práticas que constroem as polissemias da saúde indígena e levantar as questões interculturais silenciadas pelo domínio etnocêntrico biomédico dos sistemas de saúde nacionais sobre a visão do indígena:

“autoatención constituye el primer nivel real de atención, y que dicho proceso cuestiona algunos de los principales estereotipos que maneja el SS respecto de los conjuntos sociales” (MENÉNDEZ E, 2003, p.205).

Os estudos considerados até agora, tanto no contexto das populações indígenas de dominação anglo-saxônica que hispano-lusitana, não ressaltam a questão problemática da comunicação (envio, recepção) ou, tradução (mediação, conflito) de significados, retomando as palavras de Walsh C (Ibidem, Op. Cit.) e o processo de mútua compreensão, confronto e diálogo inter epistemológico necessários pela interculturalidade da relação de cuidado.

Por isso, no bojo da discussão sobre a interculturalidade das práticas de serviços diferenciados para um público diferente, como no caso dos serviços de atenção à saúde das populações indígenas, acho oportuna uma referência à uma série de macro conceitos que estruturam e orientam o enfoque teórico pela análise da interculturalidade na operacionalização de “atenção diferenciada” que vou explicitar nos próximos parágrafos.

1.2 A mediação linguístico-cultural: entre tradução e possibilidades hermenêuticas

Em contextos ocidentais europeus de recente e forte imigração, resulta uma competência transferida à uma específica figura profissional (de diferente nacionalidade, no caso “extracomunitário”), definida como “aquele que facilita a comunicação, a compreensão e interação entre indivíduos e grupos que se diferenciam pela linguagem e cultura”, (SIEBETCHEU YOUMBI, 2011, p.12, tradução pessoal, *ndr*).

O mesmo autor evidencia algumas características das competências específicas da mediação e da necessidade de um status bi cultural do mediador:

“The role of the mediator is performed by interpreting the expressions, intentions, perceptions, and expectation of each cultural group to the other, that is by establishing and balancing the communication between them. In order to serve as a link in this sense, the mediator must be able to participate to some extent in both cultures. Thus, a mediator must be to a certain extent bicultural”. (SIEBETCHEU YOUMBI, Ibidem, p.15)

“O papel do mediador se realiza na interpretação de expressões, intenções, percepções, e expectativas que cada grupo cultural tem dos outros, fundamentando e balanceando a comunicação intercultural. Nesse sentido, para se tornar um laço entre as culturas, de alguma forma o mediador tem que fazer parte de ambas as culturas. Portanto, o mediador tem que ter um perfil bi cultural”. (SIEBETCHEU YOUNBI, *Ibidem*, p.15, tradução pessoal, *ndr*)

Nos contextos da saúde indígena sul-americanos, mesmo reconhecendo os esforços de atribuição de competências de mediação da figura do agente (comunitário) de saúde indígena, os estudos citados evidenciam os limites da sua efetividade e escasso reconhecimento e definição das suas competências interculturais de mediação no(s) lugar(es) do cuidado entendido(s) como locus(i) privilegiado(s) e palco principal de encontro, diálogo e recíproco reconhecimento ou para silenciar diferenças e semelhanças sociais, étnicas, simbólicas, políticas que intervêm no processo de adoecimento e cura da saúde indígena.

A mediação intercultural se insere portanto como uma caixa de ferramenta potencialmente idônea para a descrição dos elementos de diferenciação ou hibridismo da relação de cuidado entre profissional da saúde e usuário indígena, o ponto focal (crítico) do (des-) encontro entre sistemas socioculturais vivenciados e representados como diferentes:

“Success in preventing and avoiding conflicts might be indicative of intercultural effectiveness, and interlingual and intercultural mediation could work effectively without cross-cultural adaptation and dialogue. However, the main problem concerns the possibility of observing these problems: the patients’ cultural and personal choices cannot be observed without dialogic mediation and this means that only such a form of conflict management can allow us to eliminate doubts about the effectiveness of dialogue” (FARINI, 2008, p.20)

“O sucesso para prevenir e evitar os conflitos pode ser indicativo da efetividade da interculturalidade, assim como a mediação interlinguística e intercultural pode funcionar sem uma adaptação trans-cultural e o diálogo. Porém, o principal problema é a possibilidade de perceber e observar esses problemas: as escolhas culturais e subjetivas do usuário não podem ser analisadas sem uma mediação dialógica e, isso significa que só essa forma de gestão dos conflitos pode permitirnos de eliminar definitivamente as dúvidas sobre a efetividade do diálogo” (FARINI, 2008, p.20, tradução própria, *ndr*).

Essa mediação dialógica intercultural pode ser considerada como uma capacidade de construir por um lado uma dupla competência comunicativa do tipo “duas peles/caras por uma cabeça” / “two skills in one skull” e, por outro lado, desenvolver uma atitude orientada a “mudar o próprio horizonte cultural” (SIEBETCHEU YOUNBI, 2012, p.17).

A mediação vem a ser entendida como uma (intermedi)ação intersubjetiva entre ou sobre sujeitos e, portanto, um momento de potencial (re)processamento de sentidos que são representados a priori como diferentes e opostos entre si segundo uma lógica bi-linear e, ao mesmo tempo, uma ação subjetiva auto-reflexiva sobre os significados e os valores pessoais implicados nas práticas de cuidado interculturais.

A ênfase sobre a mediação como metodologia que permite construir pontes entre sistemas de significados, não tem que ser entendida só a partir das diferenças, mas ao contrário porque favorece a sensibilidade e maior confiança na leitura da hibridização e transformação de práticas de cuidado além das visões dicotômicas, retomando a palavras de Menéndez EL:

“Para nosotros lo pertinente es remitir las prácticas y representaciones “populares” y “científicas” al campo social en el cual se constituyen y entran en relación los diferentes saberes; en este sentido, la forma en que un grupo articula su saber médico con el saber de los otros sectores es lo que posibilita entender su tipo de saber, al que, por otra parte, no se define en términos de tradicional o moderno ni de científico/no científico” (MENÉNDEZ EL, 1994, Op. Cit., Ibidem, p. 76).

Por outro lado, a necessidade da *tradução* no processo de *comunicação* mediada culturalmente chama a atenção à referência as práxis interculturais da *hermenêutica diatópica* (SANTOS DSB, 2009) ou exercício de *interpretação* orientado a mutua compreensão e inteligibilidade de problemas e definição de soluções comuns em condições de alteridade entre epistemologias em saúde, vindo conjugar a visão de Walsh C, com a “ecologia de saberes” de Boaventura De Sousa Santos: a possibilidade de levantar, de baixo pra cima questões que problematizam e questionam as concepções e práticas em saúde hegemonicamente definidas como monopólio do modelo biomédico à nível global, ocidental em relação às garantias de respeito e integração declaradas nas políticas de todos os Estados sul-americanos com população indígena. Isso permitiria ganhar uma suposta nova consideração e conceptualização da *equidade* das populações indígenas, em termos epistêmicos:

“A equidade, ou seja o reconhecimento da par dignidade epistêmica dos conhecimentos que se definem mutuamente e reconhecem como diferentes por questões e dinâmicas históricas. No caso da cultura indígena: o reconhecimento da tendência historicamente demonstrada de uma hegemonia e domínio de um modelo de cuidar sobre outro, onde o saber indígena vem a se individualizar como dominado, excluído, negado, não reconhecido como válido ou verdadeiro pelo dominante não indígena”, (SALAVERRY O, 2010, p. 89).

Retomando a lógica do autor português, a negação epistêmica é uma expressão da desigualdade estrutural que diferencia os povos indígenas em qualquer sociedade envolvente, da qual o *gap* da saúde indígena é uma expressão:

“[a]s linhas cartográficas “abissais” que demarcavam o Velho e o Novo Mundo na era colonial subsistem estruturalmente no pensamento moderno ocidental e permanecem constitutivas das relações políticas e culturais excludentes mantidas no sistema mundial contemporâneo. A injustiça social global estaria, portanto, estritamente associada à injustiça cognitiva global, de modo que a luta por justiça social global requer a construção de um pensamento “pós-abissal” (SANTOS DSB, 2007, p. 71)

Mais uma vez, o recurso à perspectiva de análise oferta por Menéndez EL indica a necessidade de superar os limites da compreensão dualística, não para transcender diferenças, mas para evidenciar as hibridezes que definem o perfil das concepções e das práticas de saúde e cuidado possíveis em cada contexto local comunitários indígena, a partir do protagonismo e das escolhas dos sujeitos que participam ao processo de doença, saúde e atenção. Este autor propõe algumas perguntas:

“¿Cuáles son los parámetros que determinan que un saber sea tradicional –o más tradicional–, o científico –o más científico–? ¿Consideramos acaso como idénticos el saber de un médico que opera en el primer nivel de atención y la “teoría” médica o, si se prefiere, consideramos como idénticos el saber de una partera empírica y la cosmovisión construida por un antropólogo respecto del grupo al que pertenece esa partera empírica?” (MENENDÉZ, 1994, Op. Cit.).

Ao mesmo tempo o autor oferece algumas respostas orientadoras à análise da interculturalidade como articulação entre saberes e práticas em saúde que restituí espaço ao indígena e as possibilidades do hibridização:

“En función del conjunto de los procesos analizados la articulación entre ambos tipos de servicios debe ser pensada primero en el nivel de las prácticas y representaciones de los grupos subalternos y, posteriormente, en el de los servicios y los curadores especializados, ya que son los sujetos y grupos sociales los que, en función de sus necesidades y posibilidades, generan (en su vida cotidiana) dichas articulaciones independientemente de que los servicios de uno otro tipo se opongan, reconozcan y/o incluyan dichos procesos de articulación” (MENENDÉZ EL, 1994, Op. Cit., pag. 81)

Retomando a citada perspectiva proposta por esse autor, acho portanto interessante a tentativa de superar a visão de análise dicotômica entre sistemas de saúde diferentes, polarizados entre biomedicina/ciência ocidental e saberes em medicina tradicional ou indígena (MENÉNDEZ EL, 2003, Op. Cit.). Aplicado ao âmbito da pesquisa, isso resgatar os processos micro socioculturais implicados na cotidianidade do

cuidado, tanto da relação individual entre profissional e usuário indígena, quanto da relação entre os sujeitos coletivos da equipe médica e aqueles da comunidade indígena assistida que fogem à hegemonia da “interculturalidade funcional” que define política de atenção as populações indígenas no Brasil conforme as tendências individuadas no panorama sul-americano.

Ao restringir a atenção científica sobre as passagens e as interfaces entre os confins fluidos das diferenças e identidades culturais, através da análise dos processos de adaptação e hibridização que podem-se ocasionar em contextos de longa relação de contato interétnico entre conflitos, fricções, adaptações, contraposições e articulações ou adaptações, a pesquisa persegue portanto uma secundária finalidade compreensiva das práticas a partir de uma análise descritiva não essencializante as diferenças focando mais nas linhas moveis dos confins entre as diferenças percebidas e socialmente construídas, assim que permita: “assinalar algo das realidades que fluem e escapam, compostas por linhas de fuga, e que se volte para subjetividades que excedem, resistem e esquivam (DELEUZE, 1986), não se configurando exclusivamente como instâncias reificadoras”. (PEREIRA LO, 2012, Op.cit. p.533).

1.3 Interculturalidade e hibrididades

Essas primeiras reflexões sobre o paradigma da perspectiva intercultural de tipo crítico permite passar a outro núcleo de conceitos que rodeiam ao redor do conceito de identidade, central na construção do objeto de estudo das práticas de atenção à saúde em contexto de comunidades indígenas e necessário na descrição dos sentidos incorporados nas práticas.

Sabendo da problemática que essa categoria e os seus desdobramentos (étnica, cultural, social, profissional, subjetiva, sexual, etc.) implicam na discussão geral sobre as suas complexidades e polissemias que tornam estéril a referência genérica a esse conceito, opto por um recorte referenciado no conceito de identidade étnica sociocultural, nos seus desdobramentos de etnicidade e processos de etnização (DE OLIVEIRA RC, 2006).

Esse autor parte de uma concepção de identidade como fenômeno sociocultural, ou seja, “um fenômeno cuja inteligibilidade requer contextualizá-lo no interior das sociedades que o abrigam” (DE OLIVEIRA RC, Ibidem, p.8), problematizando a relevância do território que se eleva entre as condições de possibilidade de etnização. A *etnicidade* assume portanto uma relevância maior como categoria operacional ao entendê-

la como construção social processual e interacional em um território, “uma propriedade de uma forma social” e “uma forma de interação entre grupos culturais operando dentro de contextos sociais comuns” (DE OLIVEIRA RC, 1976, p.85).

Em contextos de fácil contato com a urbanização hegemônica, as trajetórias indenitárias dos “índios misturados” vem a ser caracterizadas pelo “alto grau de incorporação na economia e na sociedade regionais” (OLIVEIRA JPD, 1998, p.52).

Assim, o conceito de territorialização desenvolvido por esse autor vem a ser uma referência para entender os processos de etnização a partir da história da relação colonial desses grupos étnicos com o Estado e a sociedade envolvente local:

“Um processo de reorganização social que implica: 1) a criação de uma nova unidade sociocultural mediante o estabelecimento de uma identidade étnica diferenciadora; 2) a constituição de mecanismos políticos especializados; 3) a redefinição do controle social sobre os recursos ambientais; 4) a reelaboração da cultura e da relação com o passado” (OLIVEIRA JPD, Ibidem, p.55).

A ação político-colonial da *sociedade envolvente* e principalmente do Estado que levou ao etnocídio, dispersão e várias diásporas das populações indígenas é aqui considerada em relação à capacidade de uma resistência e resposta contrastiva ou ação política anticolonial que se explicita nos processos de reconstrução da identidade coletiva de grupo indígena, assim como remarcando pelo autor Oliveira JPD: “Cada grupo étnico repensa a “mistura” e afirma-se como uma coletividade precisamente quando se apropria dela segundo os interesses e crenças priorizados” (Idem, p.60).

A identidade indígena vem a ser definida assim a partir da interação-fricção sociocultural que se (re)produz nas experiências de luta política, conflito e sofrimento social que se definem como determinantes da etnicidade: a análise dos processos identitários de cada povo indígena pressupõe portanto uma leitura da memória coletiva comunitária como *etnogênese*, entendida como um fenômeno sociocultural antagônico ou contra hegemônico conforme a contextualização proposta por Lisboa JFK (2017) na análise das lutas dos movimentos dos povos indígenas no Brasil.

Isso permite portanto preparar a análise da interculturalidade para focar sobre o histórico das relações interétnicas marcadas pela ação colonizadora do Estado e sociedade envolvente no processo de reconhecimento de direitos pois nos exemplos considerados até agora, só dois estados se redefiniram “plurinacionais” como o Equador e a Bolívia. A questão da autodeterminação e autonomia dos povos indígenas nos outros contextos nacionais da América do Sul foram silenciadas pela concepção de soberania nacional do

Estado que, no contexto brasileiro, é criticado como patrimonial, paternalista e privatizado pelo autor PAIM J (2008) quando considera o processo de construção da reforma sanitária brasileira no qual se contextualiza a questão do direito (diferenciado e cultural) à saúde pelas populações indígenas no Brasil.

Essas reflexões sobre a dimensão político-cultural dos processos identitários fundada no conflito e estridente atrito sociocultural deve, porém, superar os riscos de uma visão cristalizante, reificadora e essencialista(-zante), assim como a rigidez de uma análise exclusivamente estruturalista em relação à identidade indígena. Por isso, a assunção de uma concepção dinâmica ou fluida de processos culturais e de identificação de cunho pós-moderno (HALL SA, 2006) pode ajudar na análise e compreensão dos sentidos e descrição da etnização que se reflete na esfera simbólica das práticas de atenção e relações de cuidado no atual contexto intercultural local indígena.

O conceito de identidades múltiplas ou multiplicidade indenitária resultam centrais para definir os perfis híbridos entre “novas identificações "globais" e novas identificações "locais"” (HALL SA, Ibidem, p.31) tanto do profissional que do usuário da saúde indígena assim como das práticas de cuidado através das quais se relacionam.

Considerar os sujeitos indígenas e não-indígenas, como “multindividuos” que assumem “hibrididades” (CANEVACCI, 2009) nos permite focar sobre as interfaces, articulações e processos de hibridização que superam os limites dos confins e espaços fronteiriços das polarizações identitárias (biomédico-tradicional, branco-indígena, modernidade-tradição, rural-urbano) que não permitem olhar e analisar as possibilidades de realizar-fazer, entender-pensar, vivenciar e pensar as práticas de atenção à saúde indígena como expressões da fluidez e contradições da etnicidade colocada em uma perspectiva pós-moderna.

A definição de hibridação proposta por Canclini NG (2008) pode resultar portanto uma útil referência por compreender esse tipo de processos identitários:

“Em um mundo tão fluidamente interconectado, as sedimentações identitárias organizadas em conjuntos históricos mais ou menos estáveis (etnias, nações, classes) se reestruturam em meio a conjuntos interétnicos, transclassista e transnacionais. As diversas formas em que os membros de cada grupo se apropriam dos repertórios heterogêneos de bens e mensagens disponíveis nos circuitos transnacionais geram novos modos de segmentação”.

(...).

“Estudar processos culturais, por isso, mais do que levar- nós a afirmar identidades autossuficientes, serve para conhecer formas de situar-se em meio à heterogeneidade e entender como se produzem as hibridações (CANCLINI, 2008, p. XXIII, p. XXIX)

Nas palavras da autora Carneiro da Cunha E, referidas à identidade do povo indígena escolhido como sujeito da presente pesquisa: “é índio quem se considera e é considerado índio. Portanto, os Pataxó são índios porque assim se consideram, não obstante ostentem uma cultura forjada, precisamente criada para afirmá-lo” (CARNEIRO DA CUNHA M., 1994, p. 238).

Nesse termos, Oliveira JPD, utiliza o conceito de “territorialização” quando se refere aos “índios misturados do Nordeste” como ato político e os processos de etnização ou

“o movimento pelo qual um objeto político-administrativo (...) vem a se transformar em uma coletividade organizada, formulando uma identidade própria, instituindo mecanismos de tomada de decisão e de representação, e reestruturando as suas formas culturais” (OLIVEIRA JPD, 1998, Op. Cit., p. 52)

Assim a ênfase do discurso recai sobre a *identidade étnica indígena* como processo, dinâmica, criatividade, resgate, transformação e possibilidade que se associam mais ao conceito de etnicidade, concordando com a análise de Baniwa L (2006) sobre o recente reinício e retomada dos projetos sociais e identitário dos povos indígenas do Brasil.

Em segundo lugar, para ampliar a compreensão da evolução e trajetória da etnização de cada povo indígena, a etnicidade é aqui considerada em relação ao conceito de etnogênese entendida como “o fato social que nos últimos vinte anos vem se impondo como característico do lado indígena do Nordeste é o chamado processo de etnogênese, abrangendo tanto a emergência de novas identidades como a reinvenção de etnias já reconhecidas.” (LISBOA K., 2017, Op. Cit., Ibidem).

Por consequência os conceitos utilizados nesse texto de “índio” (utilizado pelo indígena-nativo) e “indígena” (mais utilizado pela visão normativa institucional) remetem à “indianidade” para escapar ao uso de categorias predefinidas:

“É na transvaloração da imagem baseada no equívoco e na indiferença presente no projeto colonial e em sua herança posterior que um devir indígena se constitui como espaço, discurso e voz que se contrapõem aos modelos culturais estabelecidos e a uma imagem projetada sobre o indígena na sua relação com os não índios. Essa indianidade representa uma maneira de identificação entre os sujeitos e uma gama de práticas discursivas que constrói mecanismos de autorrepresentação, não somente pautados pelas implicações biológicas como cor da pele, cabelos, etc., mas, sobretudo, pelas disposições, entrelaces culturais e a subjetividade do próprio sujeito indígena”. (ROSA FMSCD, 2015, p. 272)

Seguindo Bhabha HK (2005), na oportuna contextualização de Ferreira LO (2013), o hibridismo (sócio)cultural pode ser definido seguindo duas perspectivas. A primeira que considera a coação do poder simbólico-administrativo das políticas públicas no discurso colonial do Estado Brasileiro que produz: “as diferenças de acordo com as quais são definidos os termos que pautam as relações de alteridade” (FERREIRA LO, 2013, Op. Cit., p. 37).

A segunda direção amplia a visão sobre os processos de hibridização, evidenciando o seu potencial transformador ao sinalizar que “os processos de apropriação dos símbolos e dos discursos do colonizador propiciam a emergência de híbridos culturais e fundam novos locais de cultura, que tendem a escapar do controle administrativo governamental” (FERREIRA LO, Ibidem, pag.38).

Seguir essa segunda direção investigativa orientada pelo conceito de hibridismo cultural permite fechar a lógica das escolhas dos referenciais conceituais interligados ao conceito de identidade, através o conceito operacional de “indigenização da modernidade” (SAHLINS, 1997, p.58) que, colocado no campo da saúde, resulta uma orientação necessária para descrever as formas de entender e praticar a saúde em comunidades indígenas e possivelmente compreender até que ponto:

“A incorporação de bens, objetos e experiências advindas do mundo externo, geralmente, incrementa os poderes e as relações locais e possibilita que “as práticas e relações tradicionais ganhem novas funções e talvez novas formas situacionais” (SAHLINS VT, apud FERREIRA LO, 2013, p.40).

Assim, as práticas de saúde e cuidado vem a ser consideradas como interação sociocultural que pode modificar, re- ou desconstruir, afirmar ou silenciar identidades e alteridades, portanto um processo de re(des-) conhecimento da identidade que passa por processos de hibridização:

“A hibridização não é algo que apenas existe por aí, não é algo a ser encontrado num objeto ou em alguma identidade mítica ‘híbrida’ – trata-se de um modo de conhecimento, um processo para entender ou perceber o movimento de trânsito ou de transição ambíguo e tenso que necessariamente acompanha qualquer tipo de transformação social sem a promessa de clausura celebratória, sem a transcendência das condições complexas, conflitantes, que acompanham o ato de tradução cultural” (BHABHA HK, 1990, p.314)

Assumir esse conceito como central significa estar dispostos a mudar de posição, mais que de postura, epistemológica em um “terceiro lugar”, além das oposições entre conceitos que se auto excluem, focando nas passagens entre o *limes* das diferenças.

Na leitura descolonizadora de Mills C. do processo hegemônico da biopsiquiatria a nível global, a autora descreve essa perspectiva epistemológica como um “terceiro espaço”:

“Bhabha (2003:202), na sua leitura de Fanon, nos avisa de não considerar a violência colonial e a violência-contra como dois espaços paralelos e opostos que precisam de uma síntese: não são sublimados à um terceiro espaço superior, universal (aqui não tem o home universal!), isso porque tem que ser contemplados (posicionando-nos) na linha de confim que marca a passagem entre eles. Isso permite superar a diferença”. (MILLS C., 2014, p.138, tradução própria, *ndr*).

“Bhabha (2003:202), reading Fanon, urges us not to encounter colonial violence and counter-violence as two opposing, binary spaces in need of synthesis: ‘[t]hey are not to be sublated into a higher, third term (there is no universal man here!) because they must be read from the borderline that marks the passage between them. This splits the difference’ (MILLS C, 2014, p.138).

É interessante considerar essa perspectiva deslocando-a no discurso do domínio hegemônico do saber e prática da biomedicina de cunho clínico-ambulatorial dos sistemas de saúde nacionais dos estados considerados e, no específico que mais interessa aqui, na “atenção diferenciada” ou culturalmente sensível ou apropriada às populações indígenas para procurar uma posição epistemológica na direção desse *terceiro espaço*, híbrido e de confim, necessário para perceber a fluidez e ambivalência de sentidos e ações práticas de atenção em contextos de saúde interculturais indígenas.

Obviamente, a análise de tipo situacional do contexto local da saúde indígena, não pode se descolar dos elementos e fatores históricos conjunturais que caracterizam a questão indígena e as suas identidades, embora extrapole os objetivos da presente pesquisa empreender uma análise histórica. Assim mesmo, retomando a perspectiva de uma interculturalidade crítica, isso permite considerar as expressões e manifestações simbólicas inditárias indígenas como estratégia de (r)e(s)xistência em resposta as condições do sistema “multiétnico” brasileiro:

“Os sistemas multiétnicos sobredeterminam os sistemas sociais: à lógica interna que os anima acrescentam uma lógica externa que os coloca em relação com outros sistemas. Mas, do mesmo modo que o totemismo não dissolve as espécies vivas, tampouco o sistema multiétnico dissolve as sociedades tradicionais. No nosso mundo atual, ele é, pelo contrário, sua condição de sobrevivência.” (CARNEIRO DA CUNHA E, 1994, Op. cit., p. 135).

Seguindo essa autora, voltamos a considerar a necessidade de assumir uma perspectiva sobre a identidade indígena como processo sociocultural e político, condicionado por fatores internos e externos aos sistemas indígenas que moldam as

formas de expressão da “sociodiversidade” do tecido sociocultural brasileiro. Em suas palavras: “qualquer essencialismo é enganoso. A posição das populações indígenas dependerá de suas próprias escolhas, de políticas gerais do Brasil e até da comunidade internacional” (CARNEIRO DA CUNHA E, *Ibidem*, p. 123).

1.4. Interculturalidade, concepções de saúde e cuidado

A reflexão até agora conduzida sobre os referenciais teóricos e conceituais da interculturalidade crítica precisam da referência a um terceiro polo conceitual em torno a saúde e práticas de cuidado. Isso para conseguir superar os limites individuados pelas análises comparadas das políticas públicas em saúde indígena e identificar referências teóricas e analíticas que sejam suficientemente porosas, flexíveis e universais para incluir a visão étnica na análise.

A partir das diferentes concepções de saúde definidas no campo da Saúde Coletiva, utilizo aqui a definição de Paim J. como “um mediador de interação cotidiana dos sujeitos sociais” (PAIM J, ALMEIDA FILHO ND, 2014, *Op. cit.*, p.26) que pode ser pesquisada ao nível de “processos sociais de produção da saúde-doença-cuidado” (PAIMJ, ALMEIDA FILHO ND, *Op. Cit.*, *Ibidem*). É interessante a perspectiva desse autor porque introduz a temática importante dos macro processos de determinação política e dos determinantes sociais sobre a saúde das pessoas, sugerindo a necessidade de uma abordagem micro social: “Focalizar, em uma imersão etnográfica na cotidianidade, as práticas de vida diária e, nelas, o efeito da distribuição desigual dos determinantes da saúde-doença-cuidado” (PAIM, ALMEIDA FILHO ND, *Ibidem*, *Op. Cit.*).

Em convergência com a posição referida, considero o cotidiano como ponto de partida privilegiado de análise e a saúde como um produto de processos sociais relacionais. Contudo, tendo em vista o quadro diversificado de vulnerabilidades sociais, culturais e sanitárias das populações indígenas, acho portanto necessário descrever em perspectiva situacional os elementos socioculturais micro condicionantes que definem, favorecem ou limitam os elementos das práticas de atenção em sentido (culturalmente) diferenciado e apropriado às populações indígenas. É nessa tentativa de conjugar dimensões macro e micro estruturais que me refiro ao conceito de “dispositivos patogênicos estruturais” definido por Bibeau J., quando analisa conjuntamente condições

determinantes e experiência organizadora coletiva a nível local dos processos de saúde-doença assim como oportunamente elucidado pelos autores Coelho e Almeida Filho:

“As condições estruturantes abrangem o macrocontexto, ou seja, as restrições ambientais, o estilo de poder político e de desenvolvimento econômico, as heranças históricas e as condições cotidianas de vida. Já a experiência organizadora coletiva compreende os elementos do universo sociossimbólico do grupo e seu projeto fundador, ou seja, os elementos que mantêm a identidade do grupo ao longo das gerações, fazendo perdurar o sistema de valores e a organização social” (COELHO MTAD & ALMEIDA FILHO ND, 2002, p. 321).

Como demonstrado pelas pesquisas referidas ao continente sul-americano, o pressuposto do reconhecimento da variedade das especificidades culturais (e conhecimentos em saúde) constitui o fundamento da existência do conceito de realizar à saúde *culturalmente apropriada*. Assim, mesmo reconhecendo a importância de assumir uma postura crítica de análise que não pode excluir a consideração dos limites impostos pelas macro determinações estruturantes as condições e situações da saúde indígena e dos modos de cuidar, assumo uma postura mais flexível, resgatando os conceitos de *pluralismo terapêutico* do autor Kleimann (1991) que permite considerar heterogêneos sistemas, modelos e práticas de atenção coexistentes nas mesmas realidade e concordando sobre a importância de focar na “pluralidade dos contextos e sua influência nas formas de interação que possam ocorrer entre profissionais de saúde e usuários e no uso de tecnologias em saúde” (PONTES; REGO, GARNELO L, 2015, p.320). Isso permite ampliar a análise dos processos saúde-doença-cuidado ou atenção, nos termos propostos por Menéndez (1994), incluindo a dimensão simbólica da intervenção em saúde e reconhecer os múltiplos sentidos atribuídos à vivência desse processo coletivo construído, ativamente e passivamente, por diferentes atores socioculturais em heterogêneos territórios e comunidades indígenas no Brasil. Assim, as práticas de atenção assumem uma concepção ampla que inclui a possibilidade de agência dos atores na cotidianidade desse processo, os profissionais e os usuários indígenas, *in primis*.

Em relação ao conceito de cuidado, utilizado até agora em termos acrílicos, acho oportuna a análise proposta pelas autoras Bustamante V. e Mccallum C. que ilustra a variedade de concepções e definições no debate atual da Saúde Coletiva.

As autoras remarcam a dificuldade de definir conceitualmente essa categoria univocamente e, por consequência, a necessidade de recorrer à sua dimensão empírica para permitir uma definição suficientemente ampla para abarcar a variedade de práticas ou modos de cuidar possíveis:

“O conceito aqui proposto nos aproxima do cotidiano, de práticas construídas nos mais diversos contextos. Nesse sentido, defendemos a importância de que esta maneira de compreender o cuidado seja considerada como sabedoria prática que pode ser incluída nas práticas de saúde”. (BUSTAMANTE V, MCCALLUM C, 2014, p.688)

É através da referência as categorias de integralidade e humanização do cuidado que posso pensar em uma análise das práticas de cuidar que resgate o valor intercultural dessas duas dimensões do cuidado. Assim, por “integralidade” não me refiro aqui à articulação entre ações de saúde nos diferentes níveis organizacionais de um sistema de saúde, mas seguindo essas duas autoras na leitura de Pinheiro, me aproximo à uma concepção de *saúde* como “direito de ser” e, portanto, de cuidado como garantia de “acesso a outras práticas terapêuticas permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia médica ser por ele utilizada” (PINHEIRO, MATTOS, 2001, p.113) e voltando à importância do reconhecimento da livre escolha do usuário entre sistemas de cuidado à sua saúde e práticas mais ou menos híbridas de *autoatenção* ressaltada por Menéndez (2003).

Reforçando o lugar central das práticas na construção da integralidade (PINHEIRO, MATTOS, 2003), essa concepção reconhece a existência e agência de vários modelos de práticas de cuidado que contemplam o protagonismo das escolhas e tomadas de decisão dos destinatários das práticas. Assim colocada a questão do cuidado, a integralidade vem a ser interconectada axiologicamente com o conceito de humanização do cuidado: isso permite entender a relação de cuidado em termos de dimensões técnicas e também intersubjetivas ou existenciais que implicam em questões éticas e interculturais.

Eis, o aspecto de humanização do conceito de práticas de (relação de) cuidado vem a ser considerado conforme Deslandes SF, como uma ação-projeto:

“A produção de um cuidado orientado pelo reconhecimento de pessoa (o sentido de ser membro, de pertencimento a um ethos, a uma cultura, a um grupo que define os próprios significados do “eu”) e de sujeito (o sentido de uma identidade a partir de uma biografia singular, articulada a uma cultura, capaz de dotar de legitimidade a autonomia de cada um). Resgato aí a crucialidade da politização do estatuto de pessoa e de sujeito. A definição de pessoa passa pelo reconhecimento e respeito a outros e distintos referenciais culturais.” (DESLANDES SF, 2005, p.403).

Nesses termos aparece mais evidente a possibilidade de utilizar essa integração entre humanização, integralidade e interculturalidade do cuidado para ampliar a reflexão sobre os elementos de *diferenciação* de cuidado as populações indígenas a partir das

práticas. As autoras Bustamente V e McCallum C, vislumbram porém, uma tendência a polarização na conceptualização do cuidado na atual discussão científica, assim que:

“De um lado, o cuidado constitui um horizonte normativo para as práticas de saúde, e o desenvolvimento desta perspectiva tem expressão muito significativa na obra de Ayres. Por outro lado, o cuidado não tem uma qualidade definida a priori, e se constrói cotidianamente em interações que envolvem relações de poder”. (BUSTAMANTE V, MCCALLUM C., 2014, Op. cit., p.674-675).

Para sair dessas tendências que implicam em diferentes orientações epistemologias divergentes que se refletem mais ou menos explicitamente nas análises das políticas de saúde até agora consideradas, as autoras propõem uma reflexão que acho pertinente que aqui assumo como referência sobre uma terceira perspectiva que anela a uma “teoria geral sobre a saúde” que considera o cuidado na construção social cotidiana e situacional e reconhece as variadas formas de pensar, fazer, viver a atenção e o cuidar da saúde e, ao mesmo tempo, “os diversos fatores que influenciam as práticas” (BUSTAMANTE V, MCCALLUM C, Op. Cit., p. 677), reconhecendo a importância da variedade dos processos de territorialização que assume o cuidado na saúde indígena.

De fato, a concepção de cuidado como “horizonte normativo” que orienta as práticas se aproxima a uma visão intercultural na base da qual as concepções de integralidade e humanização assumem uma maior consistência e coerência no plano ético e da “interculturalidade crítica”. As práticas de cuidado podem ser lidas seguindo a visão de um “humanismo revisitado” definido por Deslandes SF, como “aberto sinergicamente ao singular de cada experiência humana em suas necessidades e ao mesmo tempo ancorado numa ética da vida, portanto universal” (DESLANDES SF, 2005, Op. cit., p.401).

Essa autora identifica como prioritária a atenção sobre a comunicação como conceito operacional central sobre o cuidado, pois pode permitir identificar os processos e as dimensões das práticas ligados a “troca de informações e saberes, diálogo, escuta de expectativas/demandas e a partilha de decisões entre profissionais, gestores e usuários” (Ibidem). Assim, o foco na relação de cuidado nos serviços de atenção à saúde indígena pode permitir uma “reflexão sobre esses encontros e desencontros entre trabalhadores da saúde e usuário” que “propicia entendimento das tecnologias das relações como uma hermenêutica do cuidado” (TRAD LAB, 2006, p.200).

A partir de uma compreensão ontológica de cuidado de matriz heideggeriana, os autores Anéas e Ayres (2011) definem o cuidado em saúde como uma ação do ser humano na sua essência de estar no mundo, recuperando a dimensão ética da relação de cuidado,

na base da qual as práticas de cuidado são vinculadas a “valores e categorias ontológicas” tais como a “felicidade humana e o bem comum” (AYRES JRDCM, 2004, p.19).

É interessante considerar essa visão então em relação comparativa a uma concepção *indígena* de *saúde* e cuidado contida nos conceitos de “Sumak Kawsay- bem estar ou bem viver” (EQUADOR, 2010), já tomados em consideração em referência aos fundamentos orgânicos da definição de interculturalidade crítica da autora Walsh C.

Além dessa simples visão de uma (inter)epistemologia *sincrética*, as práticas de cuidado podem ser conceituadas como “relações dessa centralidade dos projetos no modo de ser dos humanos, com os modos de compreenderem a si e a seu mundo e com seus modos de agir e interagir” (AYRES JRDCM, 2004, Op. Cit., p. 21). Em definitiva, a definição de cuidado que escolho como resumidora e representativa da abertura intercultural que leio nas palavras de Ayres é: “a busca ativa de projetos de felicidade daqueles de quem se cuida, traz para o espaço do encontro terapêutico, potencializando-o, um processo de (re)construção identitária que implica mutuamente profissionais e usuários”. (AYRES JRDCM, 2004, Op. Cit., p. 24).

Essa definição permite ao autor de resgatar o conceito de “identidade-ipse” Do autor Ricoer P, na fundamentação dos efeitos da inter-relação do cuidado como a: “compreensão da identidade como um processo de contínua reconstrução reflexiva, talhada pelo encontro com a alteridade” (AYRES JRDCM, 2004, Op. Cit., p. 25). É assim que posso considerar, concluindo com uma congruência com a visão de Menéndez EL, que a análise das práticas de cuidado em contexto comunitário indígena como uma possibilidade de descrever a variedade das possibilidades de sentido, práticas e projetos de cuidado, “incluindo soluções heterodoxas para o manejo de situações” (MENÉNDEZ EL, Op. Cit., Ibidem), em referência a atenção diferenciada, humanizada e integral às populações indígenas.

1.5 Interculturalidade e atenção básica diferenciada: problematização da análise da política nacional de atenção as populações indígenas no Brasil.

A descrição das problemáticas da interculturalidade em uma perspectiva global e a explicitação das ferramentas teóricas que considero necessárias para definir o quadro que define a perspectiva desse projeto de tese e analisar a interculturalidade das políticas de saúde às populações indígenas, são agora colocadas no contexto da saúde indígena do

Brasil e referidas a Política de Atenção a Saúde das Populações Indígenas (PNASPI; 2002).

A análise da política de saúde é focada aqui na definição normativa da “atenção diferenciada”, tanto em termos de formulação que operacionalização e resulta, ao meu ver necessária para compreender e explicitar os limites e as possibilidades da interculturalidade na atenção à saúde das populações indígenas brasileiras.

O meu interesse científico pela interculturalidade na saúde indígena deriva em grande medida da aproximação à especificidade e originalidade que esta questão adquire no Brasil. Me refiro especificamente ao fato de o Estado Brasileiro ter instituído há 16 anos, no seio do seu sistema sanitário definido “Único” (Sistema Único de Saúde, SUS), um submodelo de atenção às populações indígenas (Submodelo de Atenção à Saúde Indígena, SASI), “um dos programas sociais mais inclusivos da América latina em relação à cobertura de serviços e quantidade significativa de recursos destinados a melhorar a saúde dos povos indígenas” (LANGDON E, GARNELO L, 2017, p. 458, tradução pessoal, *ndr*). Definido como “complementar e diferenciado” do SUS, (PNASPI, 2002, p.6) e concebido na base de elementos de especificidade e diferenciação “fundamentados no reconhecimento da diversidade sociocultural” (WELCH, 2014, p.853) estruturados “sob a bandeira” do conceito de “atenção diferenciada” (DIHEL, LANGDON, 2015, p. 215) o SUS se multiplica em “contextos” reconhecidos como “interculturais” (PNASPI, 2002, p.13), portando lugares de experimentação da “abordagem intercultural” orientada ao cuidado, (COHEN-EMERIQUE, 2013, p.233).

Diferentes autores, com base nos achados produzidos em estudos empíricos com escopos diversos, concordam em pontuar a opacidade e complexidade do conceito de atenção diferenciada e dos seus desdobramentos nas definições operacionais.

Destacam-se aqui os trabalhos da autora Langdon (2004) e o citado trabalho de dos autores Langdon e Cardoso (2015). Podem ser citados também as pesquisas de Follér (2004), Cardoso (2004) ou Novo (2011) que abordaram o cotidiano das práticas sanitárias públicas nas comunidades indígenas como meio para avaliar a política em ato.

Chama especial atenção a referência a concordância sobre a generalização de um modelo de assistência que produz uma “normatização inclusiva” (CARDOSO, 2014), ou seja, um modelo de práticas predominante de tipo assistencialista e homogeneizante as diferenças (PEREIRA, ALMEIDA, 2005) onde o indígena vem a ser considerado conforme o autor Raynaut (2002), como destinatário e receptor passivo de uma forma de cuidado estabelecida por *outros*.

A operacionalização da PNASPI em definitiva produz efeitos contrários aos seus princípios e pressupostos fundantes:

“Uma desigualdade real ao ignorar, inclusive, o modo pelo qual grupos ou sociedades distintas apreendem o que lhes é transmitido em termos das suas próprias categorias ou “lógicas culturais” que, supostamente, deveriam lhes ser agregados, sem que, ao mesmo tempo, se produza efetivamente ações em saúde tal como as comunidades indígenas as demandam” (CARDOSO, 2014, p.864).

Portanto, entendendo que “a interculturalidad en salud requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal” (HASEN NARVAEZ, 2012, p.19), a política nacional de saúde não parece ter produzido efeitos de mudança na cultura do cuidado nem avanços na construção de uma atenção diferenciada no Brasil em perspectiva intercultural. A realização da “adaptação” e “aperfeiçoamento” do funcionamento e a “adequação” da capacidade do SUS às “necessidades específicas” de saúde (PNASPI, 2002, p.6) das “comunidades culturalmente diferenciadas” (Idem, p.14), referenciados na “saúde diferenciada” (Idem, p.8), tem se revelado um ponto nebuloso no bojo da legislação nacional.

Cabe interrogar quais aspectos do complexo conceito de saúde diferenciada são claramente definidos na política de saúde indígena em termos de operacionalização e quais resultam os pontos negligenciados ou contraditórios que (des-)orientam o *modus operandi* dos profissionais da saúde. Isso para entender até que ponto o modelo de práticas pode resultar interculturalmente aceitável e efetivamente aceito pelas populações indígenas assistidas, além da livre iniciativa ou sensibilidade espontânea dos trabalhadores da saúde indígena.

De fato, o termo “diferenciado” é utilizado explicitamente em relação a “uma forma” diferenciada do “modelo diferenciado de organização de serviços” a partir das “formas ocidentais convencionais de organização dos serviços” (Idem, p.1), através uma predominante “reordenação da rede de saúde” e menor referência às “práticas sanitárias” (Idem, p.13). A preocupação pela “adequação” do sistema público de saúde aos sistemas tradicionais de saúde resulta centrada portanto sobre questões formais e sobre “tecnologias apropriadas” em um sentido genérico (Idem, p.6).

Na diretriz relativa ao monitoramento das ações de saúde o prevalecer do *habitus* biomédico se reflete na preocupação para definir critérios e indicadores *strictu sensu* epidemiológicos como instrumentos que deverão “permitir a identificação dos riscos e

das condições especiais que interferem no processo de adoecer” (...) “fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliem a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde” (Idem, p.16).

Outro uso explícito ao termo diferenciado aparece na referência à “serviços diferenciados” (Idem, p.15), para garantir o acesso à níveis mais complexos de cuidado na lógica da integralidade, aqui entendida como continuidade do tratamento entre níveis de complexidade diferentes, “por intermédio de diferenciação de financiamento” (Ibidem, p.15).

Os aspectos mais claramente orientados a uma perspectiva intercultural e indigenista da PNASPI, tais como “articulação entre saberes; respeito de práticas e valores do sistema tradicional; consideração e reconhecimento da diversidade”, aparecem claramente nas diretrizes farmacológicas. Estas explicitam a valorização das práticas farmacológicas tradicionais como uma estratégia de articulação entre saberes fitoterápicos que implicam nas mudanças de práticas sanitárias através da “avaliação e adaptação dos protocolos padronizados de intervenção” e um cuidado particular para o “controle de qualidade e vigilância em relação a possíveis efeitos iatrogênicos” (Idem, p.18).

Essa atenção específica pela articulação entre farmacologia ocidental e tradicional indígena pode resultar aberta a leituras ambíguas pois, por um lado, manifesta-se uma preocupação pelo impacto entre sistemas de saúde centrada exclusivamente na base da troca cultural de um objeto, o medicamento, definido a partir da sua aceção biomédica e, por outro lado, expõe a PNASPI a dúvidas em relação à perspectiva de apropriação unidirecional de tipo predatório do conhecimento, das práticas fitoterápicas e dos segredos do ofício da pajelança.

Ao meu ver, se os elementos de diferenciação do SASI-SUS são definidos na PNASPI prevalentemente com uma ênfase na formalidade da organização dos serviços, a substancialidade do cuidado ofertado resulta definida por várias contradições, confirmando uma dominante visão biomédica de saúde e atenção à saúde: a partir do título da diretriz “Articulação dos sistemas tradicionais”, não resulta claro o sentido do termo articulação, pois não vem a ser citado o sistema público como outro objeto desse tipo de ação ou estratégia de cunho intercultural. Outro ponto suficientemente claro nesse sentido é a natureza epidemiológica dos critérios que definem o perfil e as competências das “Equipes Multidisciplinares” que operam na saúde indígena (EMSI) que refletem a organização médico-cêntrica das equipes que operam na atenção básica do SUS, não

diferenciado: “o número de habitantes, a dispersão populacional, as condições de acesso, o perfil epidemiológico, as necessidades específicas para o controle das principais endemias” (PNASPI, 2002, p.14). Aqui resulta evidente a falta de referência às competências dos profissionais em termos comunicativo-relacionais e linguístico-culturais, necessárias para operar em contextos interculturais. De fato, curiosamente, não consta no texto legislativo alguma referência a competências de mediação ou de tradução linguística, mesmo sabendo da enorme variedade de línguas ainda em uso nas 305 etnias indígenas brasileiras.

Assim, a composição das EMSIs definida explicitamente como “multidisciplinar” se reduz *a priori e a fortiori* exclusivamente aos profissionais da saúde pública *strictu sensu*, reproduzindo exatamente o modelo de equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do SUS não diferenciado. A definição organizativa do modelo de atenção ao nível de atenção básica exclui, portanto, a contribuição de especialistas de outros saberes da saúde (Ex. o tradicional indígena) ou de campos e disciplinas acadêmicas orientadas a interculturalidade na saúde, pois a “colaboração sistemática de antropólogos” (Idem, p.14), não resulta efetivada na oferta cotidiana de atenção à saúde pública às comunidades indígenas do Brasil, *id est*.

Portanto, se indiretamente a PNASPI considera os profissionais das EMSI como “brancos” e representantes da “medicina dos brancos”, ocidental e biomédica, a falta de uma preparação e formação diferenciada estruturada sobre o conhecimento tradicional do contexto local e sobre as competências relacionais e comunicativas interculturais não permite entender como possa ser efetivada uma articulação entre saberes ou uma relação de cuidado efetivamente diferenciada, concordando com Langdon EJ e Dihel EE (2007).

A política indígena, mesmo reconhecendo a centralidade da formação “como instrumento fundamental de adequação das ações dos profissionais e serviços de saúde do SUS às especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas” (PNASPI, 2002, p.16), a define nas suas diretrizes exclusivamente para um tipo de profissional das EMSIs, o Agente Indígena de Saúde (AIS) e a partir de uma concepção que se arrisca em termos assimilacionistas e integracionistas como “uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental” (Ibidem, p.16).

De fato, os ditames legislativos não preveem uma reciprocidade na apropriação e incorporação de outros saberes em saúde pelos outros profissionais das EMSI: médico, odontólogo, enfermeiros, técnicos e assistentes. O percurso de apropriação e incorporação

do sentido de cuidado das comunidades assistidas e da aproximação ao processo de saúde-doença do saber tradicional em saúde não resultam portanto definidos operacionalmente, demonstrando uma contradição com pressupostos interculturais que fundamentam a lei nacional quando fala de “articulação” e “respeito” entre saberes.

A análise do texto da PNASPI evidencia uma visão intercultural “funcional”, mais que crítica ou operacional do *fazer diferenciado* em relação à atenção à saúde indígena, que passa pelos extremos do etnocentrismo até as contradições sobre os pressupostos da articulação entre saberes, central na concepção de atenção diferenciada. Ao retomar como referência o conceito de interculturalidade “crítica”, a análise proposta evidencia os nós críticos que viram obstáculos e barreiras para o entendimento de atenção diferenciada como um processo de interação mutuamente construído, compartilhado e validado. As ambiguidades ou ambivalências que permeiam a noção de atenção diferenciada se apresentam como empecilhos à construção de novas práxis interculturais de cuidar conforme as intenções expressas nas premissas fundantes da legislação nacional.

A análise da operacionalização da atenção diferenciada em um contexto específico indígena que proponho se baseia nesses pressupostos críticos de análise da política pública de atenção à saúde indígena que permitem focar sobre os limites e as possibilidades de concepções e práticas efetivas de cuidado em perspectiva intercultural e êmica.

CAPITULO 2 - METODOLOGIA

No presente capítulo desenvolvo uma descrição dos aspectos metodológicos, focando nas práticas e técnicas de pesquisa utilizadas e ressaltando as especificidades e questões problemáticas encontradas nas fases de pré, campo e pós-campo ao longo dos quatro anos de realização do projeto de pesquisa. A partir de um modelo de pesquisa intercultural proposto pelo autor Dietz G. descrevo o esforço para contemplar as múltiplas dimensões e complexas dinâmicas que envolvem os relativos processos de saúde e atenção nos dois contextos Pataxó e os cuidados para garantir uma leitura focada no híbrido que permita ressaltar a visão êmica e, ao mesmo tempo, as condições e situações que oportunizam práticas culturalmente sensíveis ou diferenciadas.

Por isso as conclusões da análise foram construídas para evidenciar (pro)positivamente as oportunidades de reforço de práticas de cuidado interculturais a partir das “evidências” produzidas pela análise e garantidas pelas escolhas metodológicas aqui apresentadas.

2.1. Considerações sobre abordagem

A pesquisa aqui apresentada é qualitativa, se caracterizando como estudo exploratório, portanto principalmente descritivo, centrado na etnografia, multisituada polifônica e intercultural, baseada na vivência do cotidiano da atenção básica no contexto territorial de duas comunidades do Povo Pataxó.

O caráter exploratório do objeto aliada à ambição precípua da abordagem etnográfica de “compreender a inteligibilidade de um fenômeno e ao mesmo tempo interliga-lo a totalidade social na qual ele se inscreve e estudar as múltiplas dimensões que lhe são próprias” (LAPLANTINE, 2004, p.52), requereu um desenho da pesquisa que articulasse diferentes estratégias. Neste sentido, foram mobilizadas de forma integrada e cíclica diferentes técnicas nas várias fases de construção do objeto, no movimento gradual de aproximação interpretativa ao objeto que considerou visões êmicas e éticas de cuidado.

Cabe, portanto, romper com uma descrição linear da pesquisa realizada e privilegiar a experiência do campo e seus movimentos de *vai e vem* e contínuos distanciamentos e re-imersões. Uma dinâmica constitutiva da tensão da pesquisa etnográfica como processo indutivo de construção gradual das dimensões do objeto.

Portanto, ao longo da descrição da metodologia utilizada vou evidenciar os elementos referentes à minha experiência do método etnográfico, considerando as adaptações da sua aplicação nas situações de campo.

A *imersão total* como método de pesquisa e a presença estável do pesquisador no campo de estudo são a *conditio sine qua non* que permitem considerar a experiência etnográfica como “uma fonte infinitamente fecunda de conhecimento” (LAPLANTINE, 2004, p.27) e constituem o elemento que diferencia o *modus operandi* do método etnográfico. Sem esquecer de considerar a subjetividade e outros aspectos relativos a seu lugar e posição sociocultural em relação ao papel do pesquisador e no processo de construção do objeto da pesquisa. Conforme assinalou o autor Fetterman DM (2009): “O etnógrafo é um instrumento humano (...) na base dos seus sentidos, pensamentos, e sentimentos, o instrumento humano é uma das ferramentas de coleta de dados mais sensível e perceptiva”.

A escolha do método etnográfico visou responder à exigência de favorecer a redução da distância entre Eu, como pesquisador e os sujeitos/objetos do campo. Isso, a partir da constatação das características específicas do contexto intercultural indígena, *diferente* em relação a minha origem e identidade sociocultural e étnica de estrangeiro e pesquisador, neófito tanto da cultura Brasileira que indígena e, no específico, Pataxó.

A experiência etnográfica aqui portanto é considerada então como um recurso de “impregnação e aprendizagem de uma cultura que não é a minha” (LAPLANTINE, 2004, p.9) uma “experiência simultaneamente perceptiva e linguística da diferença” (LAPLANTINE, OP. Cit., p.111). Uma atividade “de vai e vem entre a proximidade e a distância, entre o mesmo e o “outro” e a escrita etnográfica “um discurso” que vem “depois do olhar do pesquisador e da palavra dos seus interlocutores”, com a expectativa de “fazer surgir o que ainda não foi dito, em suma, revelar o inédito (...)” (LAPLANTINE, Op. cit., p.24).

Considerado que a observação é base da descrição etnográfica e a escrita é a sua tradução, a capacidade de utilizar a “mediação da linguagem, e da palavra” deve garantir a “vigilância em relação à linguagem” (LAPLANTINE, 2004, Op. Cit., p.42) e a construção e uso de categorias analíticas descritivo-interpretativas de tipo intercultural, portanto desconstruídas do poder monológico do discurso do pesquisador e dos riscos de etnocentrismo que se podem correr ao assumir as categorias *normativas* definidas pelas instituições e reificadas na legislação da política pública da saúde indígena.

O autor Dietz G., compartilha a mesma preocupação, propondo uma abordagem intercultural como garantia epistemológica contra “as tendências ao monoculturalismo assimilador e ao multiculturalismo que essencializa as diferenças” (DIETZ, 2012, p.221, tradução pessoal, *ndr*). Isso pode ser alcançado através de um enfoque de tipo intercultural que, nas palavras do autor:

“parte do caráter plural, multisituado, contextual e por isso necessariamente híbrido das identidades culturais, étnicas, de classe, sexo, gênero, etc., que articula cada indivíduo e cada coletividade. A correspondente estratégia de análise é intercultural, i.e. relacional, transversal e interseccional, fazendo ênfase na interação entre dimensões indenitárias heterogêneas” (DIETZ G, 2012, Op. Cit., p.228, tradução pessoal, *ndr*).

Para que a etnografia se torne um processo de construção de uma *descrição densa* (GEERTZ, 2008, p. 7) voltada à reconstruir as estruturas e processos de articulação da trama de sentidos ou *patterns* e categorias experienciais êmicas que modelam a construção de sentido (SASSO, BAGNASCO, GHIROTTI, 2015) de discursos e práticas de cuidado na saúde pública indígena local, utilizei como referência orientadora do desenho de pesquisa o modelo de *etnografia tridimensional* proposto pelo acima mencionado autor.

A primeira dimensão de pesquisa sugerida é semântica: “centrada no ator, o discurso identitário do qual é coletado a partir de uma perspectiva êmica, analisada em função das suas estratégias de etnicidade” (DIETZ, 2012, p.156, tradução pessoal, *ndr*).

Na pesquisa essa dimensão foi construída a partir do foco no sujeito indígena Pataxó como usuário dos serviços, profissional da saúde, especialista tradicional e liderança de comunidade focando na percepção das práticas de atenção, nas práticas consideradas tradicionais e de autocuidado na perspectiva Pataxó, assim como dos profissionais da saúde do perfil intercultural. Ao mesmo tempo, foi considerada a perspectiva êmica dos profissionais não indígenas, os *outros* atores do cuidado diferenciado.

A segunda é “uma dimensão pragmática, centrada nos modos de interagir desde uma perspectiva ética analisada tanto em função do *habitus* intracultural como das suas competências interculturais” (Ibidem, pag. 159, tradução pessoal, grifo do autor, *ndr*).

Essa dimensão ressaltou da observação direta, continuada, participante e não, tanto da vida sociocultural intraétnica que da relação de contato com o não indígena (relação interétnica). O maior foco e atividade observacional foram dedicados aos

momentos de cuidado público das EMSI, nas rotinas cotidianas e na execução do processo de trabalho de cada profissional na relação com as comunidades dos usuários.

Por fim, Dietz (2012) apresenta a dimensão sintática, “centrada nas instituições no seio das quais se articulam tanto os discursos de identidade que as práticas de interação” (Ibidem, pag. 161, tradução pessoal, *ndr*). Essa terceira dimensão resulta necessária, na visão do autor para resolver:

“as contradições que aparecem ao contrastar a informação etnográfica de tipo *emic VS etic* (...) que devem ser interpretadas como inconsistências coerentes (Verlot, 2001) que refletem a lógica específica do Estado-nação representado pela instituição analisada” (Dietz, 2012, pag. 171 tradução pessoal, *ndr*).

Essa última dimensão considerou os sujeitos e atores públicos institucionais e das comunidades que participam ao processo de operacionalização da atenção diferenciada (gestores, Conselheiros de saúde indígena ou lideranças e anciões das comunidades) e as dinâmicas de poder envolvidas no processo de realização do cuidado local.

Na base dessas premissas, a descrição etnográfica que proponho procura realizar um esforço para que a “dinâmica do encontro etnográfico” (DE OLIVEIRA, RC, 2000, p.67-68) consiga se expressar numa “compreensão intercultural” do objeto da atenção diferenciada indígena, entendida como:

“Estudar a geração, a tradução, o intercambio e a “fusão” de “horizontes” de sentido que definem (...) a pluralidade de *mundos de vida*, constituídos pelos conjuntos auto - referenciais que dotam de sentido a seus membros. (...) Não é possível compreender o sentido sem analisar a sua imersão e negociação nos contextos sociais que conferem-lhe a validade e legitimidade intragrupal” (DIETZ, 2012, p.128)

O recurso à polifonia é portanto aqui funcionalmente considerada uma estratégia (intercultural) de construção do discurso local complementar à observação direta e participante das práticas de cuidado *diferenciado* para reconhecer as negociações e múltiplas construções de significado da operacionalização de atenção e cuidado diferenciados expressando a sua potencial “heteroglossia” (BAKHTIN, 1981), ou concordando com as autoras Ferreira, Fleischer uma técnica que vocaliza, verbaliza e divulga conhecimentos e entendimentos silenciados ou não conhecidos sobre o objeto:

“Como uma boa etnografia preconizaria, além dos espaços, contextos, comportamentos e personagens, atentamos também para os discursos que constroem os serviços de saúde. A polissemia (...) aprofunda nosso conhecimento sobre essas instituições e práticas.” (FERREIRA, FLEISCHER, 2014, p.24).

Nesse sentido o *local* representado pelos territórios das comunidades Pataxó, *locus* privilegiado do encontro intercultural do cuidado e da análise da atenção básica diferenciada é aqui considerado potencialmente “um incubador de novos sentidos, representações e linguagens e portanto lócus da produção de uma específica teoria local ou (forma de) “conhecimento situado” relacionado ao fenômeno em questão” (GENAT P, 2009, p.102, tradução pessoal, grifos do autor, *ndr*).

Como indicado nos capítulos precedentes, a metodologia do estudo vem sendo construída através de uma atividade de pesquisa desenvolvida nos últimos quatro anos (desde 2014) e caracterizada por distintas fases, de pré-campo, campo e pós-campo descritas em seguida.

2.2 Pré-campo: definição e primeiras aproximações com o contexto local de estudo

No período 2014-2015, realizei inicialmente uma análise documental baseada na revisão de literatura científica finalizada ao escopo do tema da interculturalidade nas políticas de saúde tanto a nível nacional⁸ que foi sucessivamente integrada no final do 2017 com uma revisão de nível internacional⁹. O foco da análise de literatura nacional, além da análise da política se concentrou sobre as práticas de atenção às populações indígenas. Enfim, nessa fase foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre as características histórico-sociais e culturais do Povo Pataxó¹⁰. Por fim, elaboração e análise de dados secundários dos serviços da atenção básica do DSEI/Bahia.

Em paralelo, realizei uma análise das especificidades do sistema sanitário local do polo/base de Porto Seguro, vindo justificar a escolha do território indígena Pataxó como *privilegiado* foco territorial sanitário da pesquisa sobre a atenção diferenciada à saúde

⁸ Foram realizadas várias pesquisas focadas no profissional e nas práticas de atenção à saúde indígena. A primeira, realizada entre janeiro e junho do 2015, na base de dados *SciELO* e *PUBMED* nos últimos 5 anos, na base de múltiplos descritores relacionados à atenção básica diferenciada, intercultural, culturalmente apropriada a nível nacional e internacional, e no motor de pesquisa *Google Scholarship*.

⁹ Realizei duas revisões bibliográficas de revisões de literatura relativas à artigos científicos produzidos nos últimos dez anos respectivamente sobre *análise das políticas públicas de saúde indígena* e o conceito de *cultural competence*, referenciadas no contexto Australiano e da Nova Zelândia, utilizando os motores de pesquisa MINERVA da Universidade de Melbourne, entre setembro e dezembro do 2017).

¹⁰ A pesquisa bibliográfica utilizou o motor de pesquisa *SciELO*, contemplou artigos científicos, teses e dissertações de doutorado e mestrado.

indígena no DSEI/Bahia, onde se encontram onze polos bases para atender vinte duas outras etnias em trinta e um municípios baianos.

Brevemente sintetizo aqui os principais dados encontrados:

- Os Pataxó representam cerca de 40% do total da população indígena atendida no Estado/DSEI Bahia);
- O sistema de saúde pública local consta do maior contingente de EMSI (7) e profissionais (98) que representam cerca de ¼ da população de trabalhadores contratados pelo DSEI/Bahia, estruturado em 11 polos-base;
- Maior presença de profissionais indígenas contratados em relação a outros polos-base do DSEI/Bahia (60% dos profissionais do Polo resultam indígenas);
- Significativa presença de profissionais indígenas na população dos profissionais além dos AIS: técnicos de Saúde Bucal (75%), técnicos de enfermagem (35%), enfermeiros (30%), a nutricionista que opera no polo-base;
- Algumas trajetórias híbridas de profissionais não indígenas: 4 médicos de origem cubana do *Programa Mais Médicos*, um médico *indigenizado* operante em uma EMSI (resulta casado com uma mulher indígena Pataxó);
- Número considerável de especialistas e cuidadores tradicionais: 27 oficialmente registrados e atuantes, que correspondem à cerca de 30% do total do DSEI/Bahia; mesmo considerando esse dado subestimado, nesse território se encontra a maioria de rezadeiras-benzedeiros (12) e, em número menor, parteiras (9) e pajé (4).

Integrei as análises quantitativas com algumas atividades de inicial aproximação ao contexto sanitário local que me permitiram uma primeira leitura da heterogeneidade do território das comunidades e características do sistema sanitário local através de:

- Entrevistas semiestruturadas: 21 entrevistas à acadêmicos, políticos e profissionais da saúde indígena no âmbito do seminário nacional “Formação Profissional em Saúde & Ensino na Saúde Coletiva”;
- Observação participante: presenciei por 30 horas à uma oficina do Conselho Local de Saúde Indígena pela elaboração do plano distrital de saúde indígena do DSEI-Bahia 2016-2019;
- Conversas informais com 5 informantes-chave: Coordenadora do Polo-Base DSEI/Porto Seguro; Coordenadora da Atenção Básica, Diretora de Saúde

Indígena de etnia Pataxó, Farmacêutica do NASF do Município de Porto Seguro; enfim, um profissional da saúde indígena, referente de um projeto inovador de terapia comunitária na Aldeia de Coroa Vermelha do Município de Sta. Cruz de Cabrália em parceria com o instituto de pesquisa Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA).

Na base dessas observações, portanto, a primeira representação do território indígena de competência do polo-base de Porto Seguro apresenta uma polarização entre duas áreas distintas, mais ou menos próximas aos centros urbanos e turísticos de maiores dimensões, onde se encontram tipologias de comunidades Pataxó de tipo tradicional/preservada/fechada ou urbana/comercial/aberta. Por consequência, escolhi dois focos territoriais representativos dessa suposta dualidade nos territórios indígenas que se referem as aldeias de Barra Velha e Coroa Vermelha, as duas maiores aldeias de referência dessas duas áreas e em geral dos Pataxó do sul da Bahia.

De fato, ambas as aldeias têm um forte valor simbólico pelos Pataxó, pois a primeira, Barra Velha é considerada *Aldeia Mãe* de todas as aldeias e comunidades Pataxó e de maior preservação da etnicidade *autentica, distante* dos centros turísticos e urbanos maiores, portanto inserida em uma área prevalentemente *rural*. A segunda, Coroa vermelha é considerada a aldeia *filha* que mais cresceu e se desenvolveu como referência internacional da venda do artesanato dos Pataxó, nas *proximidades* da cidade de Porto Seguro, portanto localizado em uma área prevalentemente *urbanizada* onde a etnia Pataxó se apresenta como mais *misturada*.

Do ponto de vista das especificidades sanitárias dos dois contextos, as informações recolhidas evidenciam a efetividade do parto tradicional na aldeia Barra Velha articulado com os profissionais do posto de saúde e a permanência da equipe na aldeia como um fatores de destaque. Na aldeia Coroa Vermelha, representada pela maior dimensão populacional e mixigenação, é recorrente a referência à problemática do perfil do usuário biomedicalizado.

Além disso, em ambos os Postos de Saúde operam EMSI cuja composição é definida pela maior presença de profissionais indígenas mais qualificados que nas outras equipes do polo-base, pois aqui mais da metade dos profissionais das EMSI é da comunidade local. Isso pode motivar a (silenciosa) hipótese que a etnicidade do profissional indígena possa ter uma influência na visão e pratica cotidiana de cuidado aos próprios *parentes*.

Enfim, os dois Postos de Saúde são de referência por outras aldeias e comunidades menores e menos urbanizadas, às quais é garantido ciclicamente o atendimento em aldeia pela EMSI. Assim o foco no atendimento oferecido pelas EMSI nas duas aldeias principais permite considerar essas realidades comunitárias representadas como menores e diferentes das duas principais.

O pré-campo evidenciou, portanto, a oportunidade de replicar a experiência etnográfica nesses dois contextos, opostos mas que fazem parte da mesma unidade de grupo étnico indígena Pataxó. A comparação de duas experiências etnográficas multisituadas foi planejada e realizada para representar a heterogeneidade da tipologia de comunidade Pataxó.

2.3. A metodologia no Campo: da teoria à prática

A entrada em campo efetiva teve que esperar a conclusão do processo burocrático de autorização à entrada em terras indígenas que atrasou de oito meses o cronograma e a realização das atividades efetivas de campo. Isso permitiu desfrutar para ampliar a análise documental sobre os Pataxó das duas comunidades e, ao mesmo tempo, uma vez obtido consentimento das lideranças locais, comecei algumas ações de abordagem inicial à leitura dos territórios das comunidades através de primeiras entrevistas e conversas informais com atores institucionais não indígenas assim como de lideranças, na espera da definitiva autorização da instituição federal preposta.

Em ambos os casos, a convivência nas comunidades se realizou na residência nas áreas das comunidades Pataxó das duas Terras Indígenas respectivamente por quatro meses ininterruptos, aplicando diferentes técnicas de construção dos dados de forma integrada e contínua, em qualquer momento da experiência da vivência na comunidade

Aqui são apresentadas inicialmente todas as técnicas utilizadas, ressaltando em seguida as especificidades de cada situação de campo que impuseram escolhas alternativas e novas estratégias não previstas na fase de construção da proposta de projeto de tese.

Inicialmente, além da análise documental apresentada na introdução e produzida na fase de pré campo, foi sucessivamente realizada uma outra análise documental focada na produção local e *cinzenta* sobre a identidade e história local das comunidades Pataxó, implementada com visitas às bibliotecas das escolas indígenas locais, alguns materiais informativos fornecidos pela FUNAI local no caso de Barra Velha. A observação nas

estruturas das aulas escolares deixadas livres pelos alunos na temporada das férias em Coroa Vermelha propiciou também uma integração documental e registro de alguns temas desenvolvidos pelos alunos sobre questões da identidade Pataxó e da relação com o ambiente natural.

A observação participante no cotidiano da vida das comunidades e à momentos comunitários é centrada na convivência prolongada nas duas aldeias principais centrada na convivência integral e atenção flutuante nas situações de vizinhança e do entorno do bairro da minha moradia provisória, a frequência e observação sistemática e o trânsito contínuo pelos pontos de agregação social local além da participação à momentos da vida e, mesmo que limitada à alguns episódios, a participação à momentos tópicos das comunidades tais como: a festa de final de ano das escolas indígenas, um velório, rituais do awé nos dias de lua cheia e pela celebração de vitórias do movimento indígena, a produção das famílias nas “casas da farinha”, os Jogos indígenas Pataxó que reúnem todas as aldeias na semana do “dia do índio” e por fim, momentos de manifestação e participação coletiva em apoio ao julgamento da legitimidade das ações promovidas pelo movimento indígena pelo direito à terra, assim como a uma marcha pela luta a violência da mulher indígena. Na área de Coroa Vermelha, na fase inicial da pesquisa a participação em qualidade de turista à algumas atividades de turismo étnico permitiu ter uma perspectiva da auto representação da identidade Pataxó ao não indígena (turista).

A etnografia nas comunidades menores foi realizada priorizando o critério do acompanhamento dos profissionais da saúde, portanto resultou parcial a vivência e observação e limitada a análise nesses territórios, prevalentemente associada ao momento da visita da EMSI. Mesmo que não fosse planejado, no avançar da experiência do campo e depois dos primeiros contatos mediados pelos profissionais da saúde, comecei retornar em algumas das aldeias menores mais acessíveis (em termos de distâncias geográficas e segurança) para ocasionar ulteriores momentos de observações participadas e não, conversas informais ou entrevistas com os atores locais (*stakeholders*), aprofundando as especificidades da atenção diferenciada em relação as duas aldeias onde concentrei a maioria do tempo da convivência das experiências etnográficas.

A convivência no cotidiano dos serviços de saúde locais permitiu também a observação participante em reuniões institucionais entre gestão local e EMSIs assim como entre gestão distrital, local e lideranças, tanto nos territórios das duas aldeias principais que na sede do polo-base em Porto Seguro.

Em termos mais específicos, tive a oportunidade no início da pesquisa de presenciar à apresentação dos dados relativos ao atendimento do polo base e das EMSIs do posto de saúde da área de Coroa Vermelha relativo ao ano 2016 porém infelizmente, o gravador teve problemas técnicos e as minhas anotações parcialmente conseguiram registrar as dimensões do atendimento e da saúde das comunidades apresentadas pela gestão local que nunca disponibilizou esse material para uma análise mais detalhada, não obstante os meus insistentes pedidos.

A dificuldade de acessar e consultar esses dados do atendimento, assim como os dados do SIASI, ambos necessários para uma avaliação da efetividade e qualidade do atendimento, limitou as possibilidades de uma integração quantitativa às observações qualitativas sobre as condições e (in)satisfações dos participantes ao cuidado da minha pesquisa, prioritariamente de cunho qualitativo. Na minha leitura, além de se constituir como um limite às possibilidades de análise e pesquisa sobre a saúde indígena em geral e portanto no meu caso específico também, o acesso e qualidade dos dados da saúde indígena é uma questão que tem que ser interculturalmente problematizada em termos de participação na definição, controle e avaliação do indígena sobre o dado que representa a sua saúde. Esse tema é retomado nas descrições das experiências etnográficas dos capítulos três e quatro.

Ao longo do campo também presenciei a dois encontros de apresentação e avaliação das necessidades urgentes das comunidades entre a nova gestão do DSEI/Bahia e as lideranças das comunidades de Barra Velha e Coroa Vermelha, além de alguns encontros entre a gestão local do Polo-base e as EMSI em ambas as áreas para resolver a questão problemática dos meios de transporte da SESAI.

A participação nessas situações institucionais favoreceram as trocas de informações e conversações informais com vários atores e representantes do controle social da saúde indígena local e permitiram registrar elementos do discurso público e institucional sobre a atenção diferenciada, que contribuíram na construção da visãoêmica e ética de caráter institucional e algumas observações sobre as relações de poder intraétnicas que se explicitaram nesses encontros, temáticas que foram incluídas na análise em ambos os contextos da pesquisa. .

A maior parte da observação, porém, se concentrou no acompanhamento das práticas de atendimento, cuidado das EMSI em diferentes situações (de rotina e, no caso de Barra Velha emergenciais também) e lugares (fixos, improvisados) às comunidades

assistidas e precisou de um planejamento mais articulado a partir da situação de campo e organização diferente do atendimento dos profissionais Posto de Saúde nas duas áreas.

Assim, em geral, optei para desdobrar a observação seguindo as modalidades do atendimento dentro e fora do *Posto*, distinguindo por essas segundas entre visitas domiciliares nas áreas urbanas por tipo de profissional (médico, enfermeiras e AISs ou combinações de profissionais da EMSI) e, o atendimento nas outras comunidades aldeadas em cada área previsto duas vezes por mês.

O acompanhamento sistemático no cotidiano do funcionamento do posto de saúde foi planejado e realizado seguindo a perspectiva do usuário nas fases do atendimento, ou seja a partir do momento da chegada até a conclusão do iter do atendimento, concentrando a atenção sobre as tipologias de barreiras e tipo de inter-relação de cuidado em cada ambiente ou setor de cuidado e ocasião e caso de interação entre usuário e profissional (acolhimento, triagem, visita medica-odontológica-de enfermagem, sala de vacina, sala curativo, farmácia, central de marcação).

Confirmando minha expectativa, a vivência prolongada na estrutura do posto propiciou vários momentos compartilhados e convividos junto ao usuário que permitiram momentos de contato, conversas informais e orientadas ao objeto as vezes mais produtivas de entrevistas mais prolongadas, entendendo nas palavras de Geertz essa metodologia como: “um estilo de pesquisa particular, coloquial e informal, radicado num conjunto específico de habilidades improvisadas e pessoais” (GEERTZ, 2001, p.90).

Além do contato com o usuário a proximidade ao profissional de saúde na participação ao atendimento favoreceu em ambos os contextos a observação do processo de trabalho e da relação entre os profissionais das equipes que implicou um maior tempo no caso de Coroa Vermelha dada a numerosidade dos profissionais da EMSIs e o modelo mais complexo de serviços ofertados pelo Posto de Saúde.

Além disso a observação sistemática nos espaços do posto de saúde permitiu focar também sobre as condições da estrutura física em termos de qualidade técnica do cuidado (DONABEDIAN, 1992) necessárias para enquadrar as limitações de tipo estrutural da qualidade do cuidado em termos universais e de atenção diferenciada em termos interculturais.

Em ambos os contextos, contudo, no período de realização da pesquisa as EMSI tiveram uma limitada disponibilidade dos meios de transporte da SESAI para se deslocar nas aldeias limítrofes assim que o atendimento nas “extensões” foi limitado e

objetivamente reduzida à possibilidade da observação do atendimento a todas as comunidades menores.

No caso positivo em que as EMSI e as comunidades assistidas conseguissem um meio de transporte, o número de profissionais que participavam ao atendimento nas *extensões* geralmente não permitia o meu transporte também.

Assim, para consentir uma observação menos superficial baseada no contato ocasional ou único com essas comunidades procurei não resultar exclusivamente dependente das EMSI para frequentar as aldeias menores e, ao mesmo tempo me permitir de participar ao atendimento em qualquer situação, escolhi comprar um meio de locomoção pessoal de mínimo impacto ambiental (bicicleta). Mesmo assim, nem sempre foi possível o recurso a essa estratégia alternativa, pois em alguns casos a distância do posto de saúde com algumas aldeias resultou elevada ou as condições da pista difíceis à ser praticadas (pistas de areia, chuva e inundações) ou a periculosidade de territórios mais isolados, especificadamente na área de Coroa Vermelha a causa de assaltos. Nesse sentido a minha identidade de estrangeiro pesquisador foi sempre percebida como mais vulnerável à exposição à possíveis situações de risco, portanto nesse caso um limite.

Diferentemente do planejado, aconteceu que no território de Coroa Vermelha, das três comunidades atendidas pela EMSI escolhida¹¹ consegui participar ao atendimento em duas aldeias, das quais em uma só foi possível voltar para os aprofundamentos citados. Porém, ao longo do campo consegui acompanhar dois dias de atendimento também das outras equipes de Coroa Vermelha em duas Aldeias menores, onde porém não foi possível voltar por questões de distância e segurança.

No caso de Barra Velha onde, como ilustrarei, foi mais difícil acompanhar o atendimento da única EMSI que opera nesse território, consegui dedicar mais tempo à observação em três das quatro aldeias menores assistidas, sendo que não consegui acompanhar o atendimento e nem me aproximar à uma comunidade, a mais distante. Nesses termos tentei aumentar a frequência de visitas e o tempo de permanência em algumas das aldeias assistidas para uma leitura mais em profundidade dessas realidades comunitárias e renunciando à contemplar sistematicamente todas as aldeias atendidas pelas EMSI originariamente escolhidas na amostra.

¹¹ Como vou descrever no parágrafo relativo ao início do campo, no Posto de Saúde de Coroa Vermelha operam 3 equipes, mas no posto de Barra Velha somente uma. Isso implicou em uma necessária escolha amostral da EMSI de Coroa Vermelha a ser acompanhada mais de perto na observação participada.

No que concerne à vocalização das concepções na direção da polifonia foi construído um modelo de entrevista semiestruturada (anexo 1) na base de cinco dimensões principais: perfil etnocultural do participante, condições socioeconômicas das comunidades, condições de saúde e determinantes do adoecimento das comunidades, condições e características da oferta de atenção básica diferenciada, perfil e práticas das comunidades de usuários.

Para responder ao objetivo da polifonia, defini quatro tipos de participantes: profissional da EMSI, usuário do serviço, liderança comunitária e especialista tradicional. Essas tipos de fato incluíram e agruparam diferentes tipologias de participantes ao cuidado local a fim de ter uma representação completa da gama de perfis e diferentes experiências da saúde pública indígena local: todos os profissionais das EMSI considerados por categoria profissional e etnia, alguns responsáveis de serviços locais diferenciados e não (Responsável local de polo-base, Nutricionista indígenas do polo base, responsável da FUNAI, Secretarias locais de serviços sociais e educativos e matriciais de atenção à saúde mental), lideranças-anciãs e mais jovem contemplando várias posições e papéis de liderança que as vezes se sobrepuseram (cacique, vice cacique, conselheiro do conselho comunitário, conselheiro do conselho de saúde, professor de ensino básico e médio de escola indígena, estudante de faculdade e de escola indígena local) e enfim os usuários (em relação as faixas de idade, tipo de adoecimento e etnia).

O modelo de entrevista de base foi construído a partir do profissional da EMSI, prevendo uma diferenciação e integração de algumas perguntas no caso de profissional indígena em relação à própria representação étnico-identitária. A partir desse guia básico, foram construídos os roteiros de entrevista dirigidos aos usuários, às lideranças e aos especialistas tradicionais, incorporando algumas perguntas mais específicas sobre o saber tradicional e as práticas de auto atenção.

No caso do usuário, foi também produzida uma breve e esquemática versão de entrevista utilizada em situações nas quais não foi possível realizar a entrevista por completo, geralmente nos casos de contato e abordagem nos momentos de espera do atendimento ao posto de saúde.

Nos casos de lideranças, usuários indígena ou profissionais com longa experiência na saúde indígena (anciões e profissionais de longa carreira) foram incluídas perguntas que procuraram apreender a percepção dos sujeitos acerca da trajetória dos serviços de saúde, dos impactos iniciais até os dias atuais (implantação e implementação). Procurou-se assim valorizar esse capital diferenciado de conhecimento.

A utilização dos três roteiros de entrevistas visou, por um lado, a comparabilidade das respostas em relação as principais dimensões e, por outro lado, captar as especificidades dos pontos de vista definidos por diferentes perfis, posições, poderes e experiências dos atores protagonistas no processo de cuidado local. O processo de coleta *lato sensu* e produção de dados, informações e resultados é fruto de contínuas e constantes análises intermediárias das dimensões meso e micro do objeto que gradualmente surgiram na evolução do campo.

De fato, três dimensões dos contextos da atenção diferenciada se destacaram ao longo do campo: a auto representação da identidade pelos participantes Pataxó em relação aos percursos de identificação coletivos que estimulou a reconstrução da etnogênese em cada contexto comunitário; às concepções e práticas tradicionais de cuidado Pataxó que motivou uma maior procura de aproximação do previsto em Barra Velha e, enfim a hibridiz das concepções e práticas de cuidado especificamente pelo que concerne a auto atenção dos usuários de ambos os contextos.

As conversas informais que superaram as resistências à formalidade e dedicação exclusiva ao momento da entrevista, se prolongaram ou multiplicaram em diferentes momentos e conseguiram atingir argumentos e reflexões que algumas entrevistas supostamente planejadas para consentir uma abordagem mais em profundidade. Em alguns casos, principalmente em Barra Velha, onde as dimensões comunitárias são menores, foi possível realizar várias conversas em diferentes momentos com alguns participantes mais interessados e disponíveis, vindo criar uma forma de entrevista *segmentada* no tempo. Nesses casos, na minha leitura, o participante aumentou a capacidade de reflexão sobre os argumentos relacionados ao objeto nos intervalos entre um contato e outro e demonstrando a eficácia dessa metodologia de entrevista.

Nesse território, a escolha do lugar da entrevista resultou uma variável importante pelo entrevistado e, ao longo do campo, percebi que para tutelar os equilíbrios comunitários locais resultou melhor não expor os participantes à situações no espaço público-comunitário. Na minha percepção, confrontada com alguns mediadores locais, ser chamado à responder ou ter um colóquio com o pesquisador não indígena abaixo dos olhares dos *parentes* criava uma exposição e situações de constrangimento que podiam comprometer a fala do entrevistado. Por isso, me esforcei de garantir, também em situações ocasionais a livre escolha do entrevistado sobre as condições e tempos da entrevista (além dos termos expressados no termo de consentimento livre e esclarecido)

e propiciando lugares mais protegidos ou reservados para procurar a “zona de conforto” do participante.

Nem sempre foi oportuno o uso do gravador, principalmente junto aos usuários. Nesses casos, procurei reproduzir com maior atenção às expressões e palavras utilizadas nas falas dos entrevistados. Isso requereu um esforço mnemônico à mais na transcrição no diário de campo, geralmente realizada logo após o contato com o entrevistado. Além disso, no caso de situações de entrevistas ao ar livre, a modalidade preferida pela maioria dos entrevistados indígenas especificadamente em Barra Velha, a qualidade da gravação muitas vezes resultou comprometida pelos fatores externos e ambientais (vento), vindo reforçar a necessidade de não trascar a escrita como método de primeiro registro da fala dos participantes.

De fato, a construção do diário de campo seguiu uma metodologia cotidiana de transcrição das observações anotadas em oito pequenos cadernos de campo que me acompanharam ao longo do trabalho cotidiano como instrumento físico guardado em um espaço real a partir do qual esquematizei o diário de campo eletrônico, guardado em um lugar virtual. Isso permitiu não acumular e limitar a perda de informações e dados, não obstante os acidentes de percurso assinalados e acontecidos nas primeiras fases do campo (mal funcionamento do gravador, perda e reconstrução parcial de dados arquivados na memória do computador correspondente a quatro dias de campo, realização de uma nova entrevista à um participante já entrevistado). Essa metodologia de anotar tudo o que podia ser percebido das situações da interação no campo permitiu recolher e registrar nos diários de campo um volume elevado de informações na intenção de representar “a totalidade do fenômeno” a partir da variedade e amplitude das dimensões do objeto estudadas, tentando “mobiliza a totalidade da inteligência, da sensibilidade e até da sensualidade do pesquisador. Através da vista, do ouvido, do olfato, do tato e do paladar o pesquisador percorre minuciosamente as diversas sensações encontradas.” (LAPLANTINE, Op. Cit., p.20).

As resistências do usuário me permitem uma breve reflexão sobre a abordagem e a relação com os participantes na pesquisa. Em geral, conforme assinalado, procurei sempre um primeiro contato através da mediação de uma liderança local, mas não necessariamente isso favoreceu a abertura do usuário e disponibilidade em participar.

Em Coroa Vermelha, onde as relações de poder são mais evidentes à nível intraétnico, a apresentação de um mediador reconhecido na comunidade pelo poder simbólico e político foi mais eficaz em abater as primeiras resistências e desconfianças.

Nesse contexto em geral o fato de me apresentar ao interlocutor a nome de um parente ou conhecido indígena foi suficiente para encontrar a disponibilidade em participar.

Em Barra Velha, ao contrário, a apresentação feita por um parente, mesmo no caso de uma autoridade local, não foi suficiente para superar essas barreiras iniciais, pois nesse contexto todos se consideram parentes, portanto não resulta uma categoria que se diferencia de outros residentes não indígenas assim como acontece em Coroa Vermelha.

A relação de confiança foi um processo bem mais longo, construída paulatinamente por meio de continuas micro relações orientadas ao conhecimento recíproco, principalmente no caso do usuário com um perfil mais tradicional ou ancião.

Em geral, entre as tipologias de sujeitos participantes elencadas, as dificuldades de comunicação e relação maior foram com esses últimos sujeitos. Nesses casos, a presença de um mediador familiar (um parente convivente) resultou fundamental para facilitar a relação e o mútuo entendimento entre entrevistador e entrevistado.

Meu perfil étnico e perceptíveis falhas de dicção e pronúncia de estrangeiro ítalo-brasileiro não foram empecilhos na relação comunicativa com os participantes. Ao contrário do que tinha previsto, a partir da minha percepção, o potencial obstáculo na comunicação foi superado pela atitude de respeito, atenção e esforço dos participantes na audição e compreensão das perguntas. Em qualquer caso as desculpas preventivas inicialmente produzidas ao entrevistado produziram o efeito de uma *captatio benevolentiae* e uma atitude positiva do participante à escuta e à explicação mais clarificadora.

Desde meu ponto de vista, considero que o fato de ser percebido como estrangeiro e, portanto, externo e distante tanto do contexto sociocultural local indígena, quanto da sociedade abrangente não indígena nacional, me permitiu vestir os panos do pesquisador “leigo” com mais facilidade e procurar pedir explicações, explicitações e aprofundamentos ulteriores aos participantes.

Quanto à minha capacidade de recepção e entendimento das palavras do participante, a repetida audição da fala gravada e confronto com colaboradores que considerei “mediadores linguísticos e culturais” em ambos os casos permitiu uma maior compreensão ou entendimento das narrativas.

Como evidenciado até aqui, a definição dos métodos, técnicas e instrumentos de pesquisa padrão previstos no planejamento do projeto de pesquisa formam moldados pelas diferenças encontradas nas situações de campo e pela inevitável discrepância entre planejamento e operacionalização da metodologia de pesquisa de um objeto inexplorado.

2.4. Entrada(s) em campo – o desenvolvimento do trabalho etnográfico

A escolha de começar a experiência etnográfica na aldeia Coroa Vermelha pré campo resultou mais complexa pelo tipo de população atendida (tamanho população, perfil etnocultural), numerosidade de comunidades atendidas e organização dos serviços.

A pesquisa foi realizada na *alta* temporada do turismo que coincide com a estação do verão. Isso permitiu participar ao momento do calendário comunitário do ano no qual se intensifica ainda mais o fluxo do turismo de massa e por consequência a oferta de atividades gerenciadas por indígenas e a venda do artesanato étnico e a relação interétnica comercial.

Nesse contexto, como mencionado, surgiu um problema não previsto pelo planejamento das atividades de acompanhamento e observação das práticas de atendimento, pois aqui temos três EMSI fixas incompletas, pois tem dois médicos por três EMSI que prestam atendimento conjuntamente no posto de saúde e se dividem o território indígena pelas visitas domiciliares tanto na área urbana da aldeia central que nas aldeias menores ao seu redor e integrando mais uma equipe considerada “volante” a fim de garantir a cobertura em duas aldeias, mesmo não participando no atendimento ordinário ao *Posto*.

Para solucionar essa situação que dificultaria o acompanhamento da rotina do atendimento das EMSI, tanto no *Posto*, quanto nas comunidades limítrofes, realizei uma dúplici observação: por um lado considerei o atendimento no Posto como ponto de observação privilegiado das práticas de todos os profissionais das três EMSI, procurando realizar uma entrevista por cada profissional. Por outro lado, escolhi uma EMSI na base do critério da maior presença de profissionais indígenas em relação às outras duas EMSI que operam no Posto de Saúde de Coroa Vermelha. De fato isso permitiu uma visão geral e abrangente do funcionamento do Posto de Saúde e das práticas e concepções de todos os profissionais que realizam o cuidado diferenciado e por outro lado me concentrar no acompanhamento das visitas na área central da aldeia urbana, onde estabeleci a minha provisória residência (a minha base observacional fora dos horários de acompanhamento das EMSI), aprimorando as possibilidades de observação e interação com os moradores dessa área mais orientada ao objeto de estudo.

Vale ressaltar que a introdução dos novos médicos no Posto de Saúde de Coroa Vermelha coincidiu com o começo da pesquisa. Nesse sentido achei importante incluir nos participantes o médico da equipe volante, pois a longa experiência desse profissional

na área e na relação com as EMSI locais resultou significativa na leitura da trajetória dos serviços e do cuidado as comunidades. No caso dos novos médicos, esperei nos últimos dias do campo nessa área para realizar a entrevista em profundidade depois quase quatro meses de experiência desses profissionais.

Dado o elevado número de serviços concentrados no posto de saúde e profissionais, alguns dos quais responsáveis exclusivamente por um tipo de serviço ofertado pelo posto de saúde (acolhimento, marcação exames, implementação dados SIASI, farmácia), optei por uma observação sistemática e acompanhamento do trabalho e relação de cuidado de cada profissional das EMSI replicados em todos os locais do posto de saúde.

Foi importantíssima a colaboração com um mediador local, originário de uma “notável” família de lideranças da comunidade local e com um perfil e experiência interculturais na saúde indígena. Para integração inicial, para entrar em contato com as lideranças e apresentar o projeto de pesquisa que, ao longo do campo para me orientar aos sujeitos chave da comunidade. Irei retomar essa questão na sessão relativa ao desenvolvimento do campo.

Já na aldeia Barra Velha, o processo de pré-contato com as lideranças não garantiu o imediato começo das atividades de pesquisa pois, antes da efetiva entrada em campo que aconteceu depois da experiência de pesquisa em Coroa Vermelha, houve uma mudança de cacique e reorientação do conselho comunitário que necessitou de uma nova apresentação e consentimento. Essa situação é expressiva tipologia autóctone de gestão do controle comunitário e preocupação pela proteção da comunidade (por exemplo, no estatuto comunitário tem um artigo que limita a presença do não indígena na aldeia por motivos de pesquisa científica). Portanto, na espera da nova convocação do conselho, aproveitei para ter uma primeira aproximação geral ao território das aldeias através de observações não participadas nos territórios indígenas mais próximos aos povoados turísticos onde a presença do turista estrangeiro é aceita. A relação pregressa com lideranças de Barra Velha e de algumas aldeias limítrofes desenvolvida nas experiências de pré campo e que já tinham deliberado o próprio consentimento à realização da pesquisa, me permitiu realizar iniciais conversas informais e até entrevistas em profundidade à algumas lideranças históricas.

A pesquisa neste território foi realizada na época de outono-inverno, vivenciando a *baixa* temporada no calendário comunitário do fluxo turístico e menor rentabilidade das atividades econômicas relacionadas. A esse respeito, para garantir uma maior comparação

entre as realidades estudadas, a etnografia deveria contemplar, em ambos casos os mesmos períodos do calendário das atividades produtivas locais e possivelmente todas as estações do ano. Isso representa portanto um limite desse estudo, definido por duas experiências etnográficas realizadas diferenciadamente na alta e baixa temporada do fluxo turístico, determinante primária do nível de renda da maioria das famílias das comunidades estudadas mais próximas aos centros do turismo.

O fato de ter um tempo de espera “imprevisto”, antes de começar as atividades de campo planejadas a partir do imediato contato com os protagonistas da pesquisa (EMSI e usuários das comunidades atendidas), se tornou oportunidade por realizar uma aproximação mais gradual e abrangente da variedade dos territórios e comunidades indígenas nas duas áreas e vivenciar as dinâmicas de relação com a alteridade não indígena nas áreas e momentos de contato com o turismo.

Nesse tipo de situação, a minha dupla identidade - estrangeiro e pesquisador - resultou útil para vivenciar através da observação, participada e não, as expressões da hibridez de alguns espaços de interetnicidade dos territórios indígenas e construir um primeiro diagnóstico situacional da relação intercultural além do específico tema da saúde e cuidado, perpassando as entrelinhas entre os confins da hibridez da etnicidade local. No território de Coroa Vermelha aproveitei para ter conversas informais com os serviços não diferenciados e de apoio matricial do Município de Santa Cruz de Cabralia que só parcialmente consegui reproduzir no caso de Barra Velha, em relação aos mesmos serviços da prefeitura de Porto Seguro, por limites de tempo e distância da aldeia.

Infelizmente, ao longo das experiências de campo não foi possível entrar em contato com ONG que historicamente trabalham nas áreas estudadas, principalmente pela falta de tempo, saturação do material recolhido no campo e distância dos campos de pesquisa.

A vivência na aldeia, entendida como participação à vida cotidiana e acompanhamento das práticas nos momentos de visitas domiciliares teve algumas limitações entre as quais sinalizo acesso e permanência problemática em algumas áreas consideradas perigosas da Aldeia Coroa Vermelha e em uma das aldeias “retomadas” contíguas ao centro urbano, assim que foi realizado exclusivamente no acompanhamento dos agentes de saúde.

Mesmo assim, a imprevisibilidade da violência local ligada ao problema do narcotráfico ocasionou a percepção de vários episódios de conflito armado (barulho de “troca de tiros”). Vivenciei como uma experiência bastante traumática o assassinio perto

do meu domicílio no centro da área da comunidade de um jovem indígena executado em plena tarde de um sábado, na frente dos olhos de alguns meninos que se encontraram naquele lugar porque estavam brincando. Depois de uma avaliação junto aos informantes chave locais e as minhas professoras orientadoras sobre os riscos pela minha integridade resolvi não interromper a experiência de campo, ressignificando o episódio como emblemática do meu *estar* em campo e estar disposto à compartilhar todas as situações que se expressam na realidade do cotidiano local. Isso me estimulou a reconsiderar a leitura da geografia e acessibilidade do território e aprofundar ainda mais a temática da violência associada ao narcotráfico nos processos de adoecimento local.

Em geral, nesse contexto o problema principal foi a dispersão das comunidades no território indígena extenso e principalmente a hibridez entre as áreas que definem o território de pesquisa que por isso precisou de um mapeamento e orientação inicial mais prolongado. Nesse contexto o tempo de observação das práticas dos profissionais também foi maior, pois tratando-se de área urbana resultou mais fácil encontrar soluções alternativas a falta crônica de meios de transporte da EMSI.

Como sinalizado, o suporte do mediador local veio se transformando numa relação afetiva além da efetiva colaboração e permitiu a discussão, confronto e diálogo contínuo (que ainda segue até hoje) sobre a construção e interpretação intercultural do ponto de vista étnico local. Nesse sentido mais que uma colaboração, considero a relação com esse especialista local da saúde indígena uma participação e contribuição que tem que ser aqui reconhecida e visibilizada. Nesse contexto territorial, ao longo do campo, uma outra pessoa da comunidade com um perfil intercultural e profissional na saúde local também resultou eficaz na fase da interpretação e leitura dos resultados. A participação à pesquisa deve, ao meu ver ter em conta desses aportes valorizando esse tipo de colaboração na mediação que assumo como objetivo prioritário no caso de eventuais futuras publicações inerentes aos resultados da presente tese.

A observação das práticas dos profissionais em Barra Velha resultou mas limitada do que planejado. Isso é devido principalmente por dois tipos de motivações: a primeira é a citada falta de meios de transporte que limitaram a presença na aldeia das duas enfermeiras da única EMSI que operam no posto de saúde e, a segunda tem a que ver com as situações pessoais dos profissionais não indígenas. No específico, a presença e por consequência o atendimento das enfermeiras resultou muito limitado na temporada de realização da pesquisa por um processo de *burn out* da enfermeira coordenadora. Além disso, como resultará mais evidente na descrição dos capítulos à seguir, o atendimento

nesse contexto depende da disponibilidade do médico que, assim como os outros profissionais da EMSI não se limita aos horários e ao posto de saúde. Assim aconteceu muitas vezes que parte do atendimento médico do dia vinha ser realizada diretamente no domicílio do médico distante da aldeia principal. Além disso as condições de saúde do médico limitaram a frequência das visitas domiciliares.

De fato, a descontinuidade, ou casualidade da presença da coordenadora da EMSI, agravada pelas difíceis condições da comunicação com o “externo”, impediram a construção de uma programação semanal, deixando a cada dia que as urgências da demanda espontânea definissem as prioridades do atendimento. Na falta de um planejamento de equipe, combinada à autonomia dos profissionais indígenas ao cuidado dos *parentes*, resultou difícil seguir o atendimento assim como realizado em Coroa Vermelha. Além disso, nesse contexto, encontrei a maior resistência por parte dos profissionais não indígenas a fim de realizar a observação participada aos momentos de visita com o usuário no posto de saúde, as vezes justificada pela diferença de gênero com as usuárias e argumentos ligados à intimidade da experiência da maternidade.

Para superar essa situação, por um lado me concentrei no acompanhamento das visitas ao posto através de conversas com o usuário antes e depois do atendimento e, por outro lado a observação das visitas dos profissionais indígenas (AIS e técnicos de enfermagem), limitando o acompanhamento das práticas de cuidado dos “outros profissionais” naqueles momentos considerados menos reservados do atendimento no *Posto* (acolhimento, triagem, pedidos de informações, testes e vacina), alguns momentos de curativo e acompanhando o médico, a enfermeira quando disponível e o dentista nas visitas domiciliares da comunidade principal.

Porém, essas condições limitantes permitiram ampliar o foco da pesquisa mais que na primeira etnografia sobre a dimensão êmica das práticas de cuidado tradicionais, entendidas na forma da auto atenção das comunidades e conhecimentos e práticas tradicionais dos especialistas tradicionais. Isso implicou em um jogo de cintura com os entrevistados, especificamente com os especialistas tradicionais que nos levou à borderar assuntos “segredos” do cuidado tradicional, ressaltar a importância da dimensão espiritual do cuidado Pataxó.

Um último aspecto de diferenciação metodológica entre momentos (tempos) e contextos diferentes (espaços) das duas experiências etnográficas da pesquisa é o conceito e percepções êmicas de Tempo. Isso teve reflexos também nas modalidades de execução do tempo (ético) da pesquisa pois no caso de Coroa Vermelha a dificuldade maior resultou

conseguir a disponibilidade dos participantes em relação ao *tempo livre* do tempo de trabalho e deveres familiares após o trabalho, em uma lógica de *tempo urbano* definido pelas horas do relógio, resultando bastante limitado ou difícil de se achar para participar (em alguns casos não foi possível ao longo dos quatro meses realizar algumas entrevistas já marcadas no princípio do campo).

No caso de Barra Velha, o *tempo comunitário* se revelou mais orientado pela horas da luz solar, um tempo agrícola, no qual o dia é definido em manhã, tarde e noite.

Nesse contexto, a percepção do tempo portanto manifestou a sua precípua relatividade (inter)cultural e implicou na minha adaptação e compreensão, depois de alguns desencontros¹². Assim, a rotina de observação da vida comunitária e a disponibilidade a realizar as entrevistas se estendeu das primeiras luzes do dia até as ao aparecer das estrelas, na frente de uma fogueira.

Como mencionado, o lugar (espaço) também da relação de entrevista nessa área resultou um fator importante para garantir as condições (e o tempo) de realização da pesquisa. Se em Coroa Vermelha todas as entrevistas e conversas foram realizadas em lugares fechados (casas, oficinas, salas do posto de saúde) e com a presença estável da televisão ligada, em Barra Velha a maioria foi realizada no espaço de propriedade do participante, mas quase sempre ao ar livre, seguindo as modalidades de socialização e uso dos espaços domésticos locais. Nesse sentido a preparação e controle das condições da entrevistas como escolha livre do participante permite ao participante de controlar e criar as condições e se predispor à um momento importante e definido simbolicamente.

Por exemplo, em alguns casos antes de começar a entrevista, o participante se silenciou em um momento de recolhimento espiritual e em alguns casos alguns especialistas tradicionais pediram para marcar em um momento (tempo) e lugar (espaço) definidos para “estar preparado à te acolher”.

No caso de Barra Velha, as relações estabelecidas com alguns especialistas tradicionais e usuários ao longo das nossas conversas e frequentações se tornaram relações carregadas de afetividade, manifestada pelos convites em festas de aniversário, festas das comunidades menores e sempre, quando aconteceu que a conversa se

¹² Um exemplo entre vários é quando marquei um encontro com um participante para “depois do almoço”: no habito local, o almoço é servido bem antes do meio dia (11hs00). Quando cheguei no lugar do apontamento as 13hs00, o *meu* horário do “depois do almoço” e por sinal com a preocupação de ter chegado cedo demais, o participante já tinha voltado aos próprios deveres.

prolongasse até os horários dos almoços, o convite a compartilhar a comida junto com a família, mesmo quando a quantidade era apenas suficiente pelos familiares.

A convivência nas aldeias, em termos de imersão a fim de estabelecer um contato orientado a construir e obter informações pessoais ligados a experiência da dor, do sofrimento não deixou o *Eu* pesquisador em uma posição e postura neutra, quase nunca.

Pelo contrário, os processos de afetação e as emoções da ruptura de barreiras de relação e comunicação produziram numerosas situações de empatia, no sentido de vir a compartilhar (sentir) com(o) um outro um sentimento (modo de ser em uma situação) em um momento (tempo) e lugar (espaço).

A vivência da relação empática foi o elemento que mais marcou a convivência nas experiências etnográficas e inesperadamente emergiu em vários momentos de contato e experiência direta do sofrimento como também das felicidades Pataxó, entre choros e abraços que acompanharam as falas e audição de fatos da saúde e doença das experiências subjetivas e intersubjetivas das comunidades de usuários, do próprio grupo étnico, assim como nas danças das participadas festas comunitárias ou as euforias, bate palmas, na celebração orgulhosa de vitórias coletivas contra a opressão das comunidades Pataxó ainda não reconhecidas pelo Estado.

É claro, querer fazer parte (como ambição e pretensão) do contexto “novo” (não conhecido por mim e por consequência onde ninguém me conhecia) do *indígena* Pataxó implicou numa série de possibilidades da inter-relação entre pesquisador e pesquisado ou participante entre a frieza de distanciamentos, fechamentos, desconfianças e a quentura de aproximações, aceitações, alianças tácitas e permissões para compartilhar entendimentos, as vezes íntimos da pessoa ou da própria comunidade com o “outro”.

Na tentativa de estar ininterruptamente presente na vida comunitária e participar a momentos e atividades coletivas além dos lugares e momentos da saúde ou ter acesso à momentos da vida cotidiana das famílias, em Barra Velha, onde a “alteridade” é representada e percebida através de expressões mais radicais, gradualmente se criaram as condições para uma aceitação e interesse geral das comunidades e dos profissionais, assim que os últimos dois meses se tornaram muito mais produtivos que a primeira fase de contato, mais problemática nesse contexto.

Novamente ressalta-se a importância do *tempo* como variável dependente das condições situacionais da pesquisa etnográfica que por definição não pode ser definido ou planejado a priori. Por isso considero a presente pesquisa o início de possíveis etnografias de longo prazo, fruto de uma convivência que se possa desenvolver nos anos

e aprofundar as dimensões que assume a atenção diferenciada aos Pataxó delineadas na presente tese, concordando com a autora Trad LAB, quando observa que a qualidade das informações e dos dados depende em larga medida do tempo de permanência e da duração da experiência da imersão no cotidiano e da observação *in situ* (TRAD LAB, 2012).

O envolvimento emotivo principalmente em Coroa Vermelha, se manifestou através de um crescente estado de fraqueza nos meses centrais do campo, uma sensação de cansaço que manifestei à alguns cuidadores tradicionais que sem explicitar diagnósticos me propuseram rezas e benções além de banhos de folhas. Às margens dessa tese, considero em um esforço intercultural essa manifestação de mal estar pessoal como emblemática da intensidade do “sofrimento” das comunidades dessa área, ou como nas palavras do Pajé: “Você está fazendo pesquisa da saúde na comunidade? Tem que ter muito cuidado quando vai querer perguntar disso” (fonte: diário de campo).

Já em Barra Velha, os aprofundamentos e aproximações à espiritualidade Pataxó ligadas às concepções e práticas de cura e cuidado pessoal e coletivo jogaram uma função importante no meu “estar” e “viver” a experiência de campo que o método etnográfico pode proporcionar. Aqui aprendi mais em profundidade o respeito e a força necessários para pisar a terra das trilhas que levam ao encontro com a dor de um parente e a humildade para reconhecer as próprias fraquezas e limites nos desencontros com o outro nessa caminhada na procura da harmonia e saúde das comunidades Pataxó.

Nesse contexto me sensibilizei ao tipo de comunicação, formal e informal, verbal e não que caracteriza a forma das relações entre *parentes*, adquirindo competências e estilos comunicativos que facilitaram a relação e troca de conhecimento com os participantes e análise da relação intercultural do cuidado entre EMSI e usuários em situações percebidas de alteridade radical.

Em Coroa Vermelha como sinalizado, a hibridez e multiculturalidade da área favorecerem um contato menos determinado pela comunicação diferenciada, exclusivamente necessária na relação com o usuário ancião ou pelos usuários das comunidades mais afastadas da área urbana.

2. 5. Saída do campo, retorno e processo de análise colaborativa

Em ambos os casos, a saída do campo foi definida pelo critérios de saturação e repetitividade das informações e dados revelados ao longo da permanência no campo da pesquisa em relação as dimensões da atenção diferenciada à saúde indígena.

Logo depois a saída do campo no final do mês de agosto de 2017, como citado na introdução, tomei distancia psicofísica da experiência de campo realizando por alguns meses um doutorado sanduiche em Austrália, nos quais paralelamente ao aprofundamento dos paradigmas de análise das políticas de saúde para as populações do hemisfério austral de dominação anglo-saxã, comecei o processo de análise, reelaboração, descrição e interpretação do material de campo que se concluiu depois de nove meses em maio de 2018.

Essa fase foi mais demorada do que planejado. A dificuldade maior resultou conseguir contemplar e sintetizar o volume e variedade dos dados em uma única leitura basicamente descritiva, lógica, coerente e suficientemente abrangente e sensível para descrever a complexidade da articulação entre as dimensões da atenção diferenciada que surgiram das experiências do campo.

A preocupação maior do ponto de vista teórico e metodológico foi garantir uma descrição analítica científica que contemplasse e conseguisse devolver uma representação da hibridez e fluidez que assumem os confins da etnicidade Pataxó e da atenção diferenciada nas contradições entre concepções e práticas êmicas e éticas. Isso para superar os limites do uso da categorização ética e prevenir os riscos de uma tendência à leitura essencializante orientada pela oposição entre indígena e não indígena.

Portanto, em primeiro lugar resolvi desenvolver uma análise descritiva de cada experiência etnográfica através da análise de cada contexto, a fim de ressaltar as especificidades da atenção básica diferenciada à nível local explicitando as formas e polissemias que assume em diferentes comunidades do mesmo povo.

Como até aqui evidenciado do ponto de vista metodológico e como vou evidenciar nos capítulos seguintes sobre os resultados, as duas experiências de campo se diferenciaram, assim que na área de Coroa Vermelha foi possível descrever mais em profundo o processo de trabalho e as práticas das EMSI e ter uma visão abrangente das características heterogêneas da demanda das comunidades, limitando a aproximação à visão êmica de tipo tradicional.

Em Barra Velha foi possível aprofundar mais essa dimensão, pois a falta de condições para seguir o atendimento na mesma forma integral que no Posto de Coroa Vermelha. Como dito, isso por um lado oportunizou a vivencia mais intensa do cotidiano da comunidade, permitindo de participar a momentos cotidianos das famílias além daqueles coletivos comunitários.

Por outro lado, para abater as iniciais barreiras da alteridade percebida mais radical que em Coroa Vermelha precisei de uma nova estratégia de abordagem ao participante, pois o fato de ter ganhado a permissão e confiança do conselho comunitário local nunca garantiu a priori a disponibilidade do participante.

A relação cultivada com lideranças históricas, anciões e especialistas tradicionais, através da relação cotidiana feita de continuas visitas, conversas informais em qualquer lugar de encontro casual e o confronto contínuo confronto e diálogo com os professores indígenas e profissionais indígenas permitiram ao estudo contemplar a dimensão da espiritualidade que define a perspectivaêmica tradicional pataxó a nível de concepções.

Em ambos os contextos a participação as práticas de auto atenção ou saúde espiritual foi limitada, pois o acesso à uma parte de conhecimentos como dito é vedada ao não indígena e secundariamente o processo de aproximação precisa respeitar a vontade, tempo e as modalidades indígenas de compartilhar esse tipo de conhecimento na direção de uma etnografia de longo prazo.

O estilo e a estrutura narrativos tendem a ser diferente nos dois texto, pois diferentes foram os limites e caracterizações das experiências etnográficas. Para respeitar a relação simbólica entre Barra Velha, a *Aldeia Mãe* mais antiga e Coroa Vermelha, *Aldeia Filha*, optei para começar a descrição da experiência etnográfica Barra Velha, mesmo que do ponto de vista metodológico o campo nesse contexto foi realizado depois a experiência etnográfica de Coroa Vermelha.

Em geral, optei para fornecer uma descrição simples porém completa das dimensões da interculturalidade na atenção básica diferenciada, reduzindo os elementos subjetivos da vivencia de pesquisador parcialmente evidenciados nesse capítulo. Isso por um lado para garantir mais espaço à vocalização e análise da polifonia dos participantes.

Por outro lado, os dados observacionais nas situações da convivência na comunidade e na atenção básica diferenciada foram utilizados também tentando resumir as principais dimensões do objeto integradas à análise e a relação e dinâmica dos processos macro e micro que interferem na realização da atenção básica diferenciada à nível local.

Essas reflexões remetem ao ambicioso desafio da tese que pode se representar como um limite a priori do estudo ou seja: querer explorar de uma forma completa a interculturalidade da atenção básica aos Pataxó através de um inédito diagnostico que resulte abrangente as múltiplas dimensões e complexas dinâmicas em jogo da sua operacionalização. Sabendo que a compreensão hermenêutica precisa de um *mergulho*

mais profundo por cada dimensão que emergiu no estudo, espero que a descrição produzida possa ser uma referência útil ou de base para futuras pesquisas e recortes para reforçar ou aprimorar a interculturalidade na saúde indígena e Pataxó.

Para evidenciar a continuidade entre os elementos da hibridez dos processos de territorialização e etnicidade das comunidades, a partir das duas descrições das experiências etnográficas da atenção diferenciada nos dois territórios Pataxó, realizei uma análise comparativa entre as duas realidades fundamentada na perspectiva da interculturalidade *crítica* que permitiu evidenciar tanto a natureza e dinâmica das barreiras e obstáculos à diferenciação do cuidado quanto, em uma perspectiva mais (pro)positiva, as oportunidades, entre sensibilidades e práticas existentes de realização de um cuidado (inter)culturalmente sensível. A integração entre as minhas observações analíticas sobre as práticas e concepções êmicas do cuidado de tipo *diferenciado* e as contribuições dos participantes à pesquisa que vocalizaram as possibilidades da atenção diferenciada, resultaram úteis para definir por um lado as prioridades ou dimensões locais da demanda de interculturalidade e, ao mesmo tempo as possíveis práticas interculturais para alcançá-las.

A síntese dessa comparação é orientada à enquadrar as possibilidades práticas da interculturalidade no sentido dúplice e unitário de *sinolo*¹³: reconhecer o que existe já, ou seja o poder ou *ato*, a partir da *forma* que assumem as concepções e práticas interculturais no local e por outro lado, o que pode ser criado (*potência*) a partir do reconhecimento do que não existe, ou seja a *matéria* da interculturalidade (a ser definida interculturalmente).

Mesmo tendo finalidades heurísticas, o resultado desse esforço sintético-analítico quer responder às legítimas cobranças das comunidades Pataxó que participaram na pesquisa de ter um retorno dos resultados que possa ser utilizado como “evidência” das condições da saúde indígena dos Pataxó.

A fim de garantir uma interpretação culturalmente apropriada, como evidenciei no caso de Coroa a colaboração ativa do mediador local foi importante também para uma leitura de Barra Velha. Mesmo não tendo um mediador único de referência nesse contexto todavia resultaram fundamentais as relações e as prolongadas conversas com vários

¹³ Os termos “ato”, “potência” e “sinolo” são aqui utilizados na base da concepção aristotélica de “matéria” e “forma” (Reale G., Storia della filosofia antica / Dalle origini a Socrate, Ed. Vita e Pensiero, 1987, ed. 5, p.532)

professores indígenas da escola local, pois o perfil intercultural desse grupo de jovens lideranças e as experiências interculturais no campo da formação na educação indígena que os acomunam permitiram uma troca e verificação de várias questões levantadas pela minha leitura interpretativa das condições e concepções do adoecimento e do cuidado local.

As narrativas extraídas de entrevistas, depoimentos e textos escritos foram analisadas com a análise temática por tipologia de participante e, como evidenciado o trabalho de interpretação realizado ao longo do campo graças à colaboração de participantes do perfil intercultural ajudou na fase de análise sucessiva ao campo. Para garantir o total anonimato e preservar a identidade dos participantes a fim de não criar situações de exposição do sujeito participante ao juízo da comunidade, os trechos dos depoimentos foram apresentados em relação as principais categorias de atores, comunitários e da saúde indígena, perdendo a possibilidade de reconhecer o autor da fala ou sujeito da situação descrita.

Como ulterior estratégia metodológica de avaliação e validação participada da minha leitura na análise da atenção diferenciada, realizei uma apresentação dos resultados provisórios aos participantes das EMSI da Aldeia Coroa Vermelha, obtendo um retorno positivo sobre a completude das dimensões consideradas e reconhecida a sensibilidade intercultural da análise interpretativa realizada. Por motivos de tempo não foi possível realizar o mesmo encontro na Aldeia Barra Velha, inclusive porque desde que deixei o campo a EMSI subiu uma drástica mudança, pois o médico foi substituído por questões de saúde e Flavio, um dos três técnicos de enfermagem indígenas, faleceu.

O meu compromisso com as comunidades é realizar esse segunda apresentação e discussão compartilhada também no contexto de Barra Velha, possivelmente abrindo a participação à todos os participantes da pesquisa e interessados das comunidades, incluindo também os participantes de Coroa Vermelha. Portanto, assumo essa tarefa como um obrigação ética e de respeito pelos participantes e uma tentativa de devolver às comunidades uma representação da atenção diferenciada que pode ser utilizada como ponto de partida para futuros projetos locais de aprimoramento e reforço da interculturalidade do cuidado.

A preocupação a respeito da interculturalidade da abordagem metodológica no esforço hermenêutico compreensivo da análise da interculturalidade do objeto de pesquisa, ao meu ver não pode ser superada sem a participação, colaboração e o protagonismo do indígena em todas as suas fases do processo de pesquisa, a partir da

ideação, definição do problema à construção da metodologia e realização até a avaliação e divulgação dos resultados.

Nesse sentido acho que para reduzir as distancias entre epistemologias, saberes e concepções das práticas de cuidar da saúde indígena tem que implementar metodologias interculturais que permitam ampliar o “olhar etnográfico”. Caso contrário, o poder do discurso monológico do pesquisador como autor individual da presente tese não permite que uma participação limitada à momentos de vocalização de sentidos experienciais à partir de argumentos propostos pelo pesquisador e a interpretação das situações observadas pelo *olhar* do pesquisador exclusivos e excludentes.

Isso limita as possibilidades do protagonismo do indígena na participação à pesquisa e da expressão menos mediada ou traduzida da visão êmica, objeto do interesse mais antropológico (e político) da análise da *policy* da saúde indígena. As metodologias da antropologia (da comunicação) visual (CANEVACCI M., 2001) podem superar os limites da representação subjetiva dos sentidos *outros* e permitir a auto representação dos próprios sentidos, superando os limites do uso exclusivo da escrita para reproduzir imagens, sons, sensações e tudo o não verbal que faz parte de uma situação que representa o objeto de estudo.

Uma integração entre escrita e imagem pode permitir também uma maior divulgação, fruição e comunicação das condições silenciadas de vida e saúde indígenas.

ASPECTOS ETICOS

Esta pesquisa cumpriu com a Resolução 196/CNS/1996, recebendo a autorização dos Caciques e dos Conselhos de lideranças de ambas as comunidades do estudo, o Parecer n. 1.663.312 do Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA, Parecer Consubstanciado n. 1.769.149 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 9/AAEP/PRES/201790/AAEP/2010 da Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Os nomes dos participantes não aparecem nessa pesquisa para garantir o anonimato do entrevistado, conforme o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) assinado pelos entrevistados e o pesquisador.

Optei portanto por classificar os entrevistados em relação as categorias de atores locais:

- Liderança: no texto pode aparecer a diferenciação entre “anciã” e “jovem” para distinguir os posicionamentos entre gerações sobre os específicos argumentos; considere, conforme a visão do nativo, os professores indígenas como lideranças comunitárias;

- Especialista Tradicional: representa um *parente* que é reconhecido em âmbito comunitário e familiar pelo conhecimento ou práticas de cuidado tradicional e Pataxó, normalmente identificados pelos nativos como “pajé, parteira, rezador, raizeiro, benzedor”;

- Usuário: no texto pode aparecer a diferenciação entre “anciã” e “jovem” para distinguir os posicionamentos entre gerações sobre os específicos argumentos

- Profissional da Saúde Indígena: no texto é considerado como indígena e não indígena e as vezes é relatada a categoria profissional;

- Profissional de outros serviços públicos: no texto é considerado como indígena e não indígena;

CAPITULO 3. O TERRITÓRIO PATAXÓ DE BARRA VELHA. Etnogênese, etnização e implicações do modelo de desenvolvimento *do branco*.

A partir desse capítulo começo a descrição dos resultados da pesquisa etnográfica partindo de uma análise dos processos de etnização das comunidades, ressaltando tanto os elementos de especificidade dos contextos envolventes e que relação interétnica.

Para introduzir essa análise optei por uma descrição separada dos dois territórios, começando pela *Aldeia Mãe*, Barra Velha, como assinalado na metodologia, para respeitar o valor simbólico dessa terra indígena, entendida como “território mítico” assim como pontualmente representado por Pereira TS (2016), quando recupera o mito da criação dos Pataxó em relação a geografia da presença Pataxo: a Juacema, o lugar de onde nasceram os Pataxó da mistura de chuva e terra, é um lugar que alguns anciões consideram próximo à atual área indígena de Barra Velha próxima ao Monte Pascoal identificado com o Itôhã, o monte sagrado onde foi morar o primeiro guerreiro semidivino Pataxó Txopai depois ter repassado aos *parentes* Pataxó o conhecimento de origem divina.

O capítulo evidencia a homogeneidade étnico cultural da área da Aldeia Mãe dos Pataxó, representada pelo discurso do nativo como centro de referência simbólico e político do resgate cultural e da luta pelo reconhecimento dos direitos aos Pataxó.

Todavia, a análise foca nas ambiguidades que acompanham o processo recente de maior abertura ao contato interétnico e os efeitos sobre o equilíbrio comunitário. A categoria do híbrido aparece central para descrever múltiplos conflitos, atritos e tensões ou contradições entre os extremos da tradição e da modernidade, indianidade Pataxó e branqueamento. Isso evidencia a fluidez da etnicidade por um lado e os processos complexos da vulnerabilização das comunidades estudadas.

3.1 Os Pataxó do Sul da Bahia

Resultam escassas as pesquisas etnológicas especialmente nos últimos vinte anos o foco do debate é alimentado pela área da educação indígena. Mesmo assim vale lembrar que o autor Sampaio JAL (2000) evidencia a possibilidade da origem no tronco linguístico

Macro-Jê com possíveis mas não verificáveis aproximações à família linguística Maxaxali, em comum com uma variedade de grupos étnicos como Botocudos, Puri, Kamakã que habitavam a área na época da chegada do colonizador e, dizimados resistiram na área da costa do sul da Bahia até o meado do XVIII século, no território correspondente aos atuais Municípios de Belmonte/Santa Cruz de Cabrália e Porto Seguro/Prado. Esses grupos sobreviveram em núcleos pequenos de base familiar nas áreas rurais distantes dos interesses do Estado e da sociedade não indígena local, através de contatos na base da trocas comerciais e atritos com os habitantes das pequenas vilas litorâneas,

Já a autora Carvalho (2005), apresenta dados que representam ao princípio do XIX século os centros urbanos da costa (Villa de Trancoso e Villa de Prado) na convivência de uma população indígena e não indígena além de grupos “brabos”, mais afastados e dedicados ao cultivo nas áreas mais distantes aos redores do Monte Pascoal. É interessante a reconstrução fornecida porque ressalta a especificidade local nessa época da presença continuativa de uma população misturada urbana num contexto distante da capital Baiana. De fato a população desses centros é definida pelas categorias de “cidadãos nativos e adotivos”, onde os Pataxó representavam uma porção significativa também na representatividade e participação nas instituições locais, tais como a Câmara Municipal ou a Guarda Nacional, pela gestão e segurança da comunidade urbana Tensões interétnicas cresceram gradualmente até a meado do 1800 na época correspondente ao desenvolvimento dos interesses locais sobre a terra (CARVALHO, Op. Cit., p. 47).

Nos seus primeiros estudos sobre os Pataxó de Barra Velha, a mesma autora Carvalho (1977) reconstrói o processo de “concentração compulsória” desses grupos em uma única aldeia, distante dos centros urbanizados, determinada em 1861 pelo Presidente da Província da Bahia, onde viveram isolados e esquecidos pela sociedade envolvente. Essa porção de território é apontada pela a autora Paraíso MH (1992) como “zona tampão”, ou seja uma área que conseguiu se manter distante das áreas de contato com não indígenas, até o episódio noto na historiografia local do “fogo do ‘51”, um extermínio da polícia dos municípios de Prado e Porto Seguro que provocou a diáspora do grupo Pataxó e alimenta a continuidade da opressão e violência institucional e da sociedade local pela questão da terra até os dias atuais.

MAPA 1 – ALDEIAS PATAXÓ DO SUL DA BAHIA



No Mapa 1 aparece evidente a dimensão da diáspora dos Pataxó na Bahia, pois aproximadamente conta-se 34 comunidades entre reservas, extensões e aldeias.

A partir de alguns dados disponibilizados pelo DSEI Bahia (2016), em 2015 no Estado de Bahia a população total indígena resultou de 27.295 pessoas, referentes à 21 etnias, distribuídas em 32 territórios Municipais. Pelos dados oriundos do SIASI/MS, os

territórios indígenas resultariam 186 e 72 as aldeias, o que demonstra a dificuldade de ter uma visão estática do processo de etnização dos grupos indígenas aqui considerados, tanto que outros dados apontam a população indígena baiana como quinta maior população fora de aldeias na região, com 20.957 indígenas nessa condição (BRASIL, 2012).

Como pontualmente ressaltado por Mota e Nunes (2018, Op. Cit.), na base dos dados oriundos do SIASI, as aldeias em 2017 resultaram 136 das quais uma pequena parte resulta em fase de processo de demarcação.

As mínimas informações disponíveis sobre a organização dos serviços de atenção à saúde dessas populações indicam a existência de 24 unidades básicas de saúde indígena e 32 equipes (EMSI) em todo o território do Estado (DSEI-BA, 2016).

Os Pataxó como indicado na introdução, já representavam a população indígena maior (13.588 habitantes) segundo dados menos atuais do IBGE (2010) e são hoje assistidos por em 7 unidades básicas de saúde referentes ao Polo-Base de Porto Seguro e cerca de 90 profissionais de saúde.

3.2. O berço e a Aldeia Mãe dos Pataxó.

O território que constitui o primeiro campo de observação da pesquisa é a Terra Indígena de Barra Velha, reconhecida em 1988 pelo Estado brasileiro, situada em uma área do litoral do extremo sul da Bahia bastante isolada em termos de condições de acesso (estradas de barro e areia, disponibilidade de transporte) e distâncias dos centros urbano, Itabela (64 km) e do polo do turismo de massa de Porto Seguro (80 km).

Essa porção de terra aos cuidados da Atenção Básica Indígena do Polo Base da SESAI e da Prefeitura de Porto Seguro tem uma população total de 3000 habitantes distribuídos em 4 comunidades aldeadas, distantes entre 4 até 7 km de Barra Velha, a comunidade urbanizada maior (1991 habitantes no recente censo da EMSI), duas das quais confinantes com dois atrativos centros turísticos de pequenas dimensões (Caraíva, Corumbau ambas a 6-7 km de Barra Velha), orientados a modelos de desenvolvimento de menor impacto socioambiental. Mesmo assim a diferença entre essas duas aldeias é gritante, pois a primeira, Xandô sendo separada do centro turístico que mais está crescendo, Caraíva, por um aviso oficial do governo federal que se encontra também na área da praia entre esses dois diferentes agregados habitacionais, onde o visitante é informado da necessidade de obter a prévia permissão das comunidades para transitar e ter acesso à terra indígena.

A segunda aldeia, Bugigão, é inserida em uma área de proteção de pesca, portanto não reconhecida oficialmente e separada por um rio do pequeno habitado de Corumbau, destinação ambivalente de um público de médio e alto perfil econômico. A comunidade de pescadores só recentemente conseguiu um acesso à água potável, não tem acesso à energia elétrica, o que cria problemas de conservação do pescado, a fonte primária de subsistência. Não sendo reconhecida os serviços básicos públicos são inexistentes a nível de saneamento, porém aqui existe uma escola indígena de ensino fundamental e o transporte escolar consegue chegar quase todos os dias para deslocar os estudantes e *parentes*¹⁴ de carona até a escola secundária na *Aldeia Mãe*.

A atenção à saúde da EMSI nessas comunidades é definida com um atendimento planejado como bissemanal (1-2 vezes por mês), de forma precária, pois além das dificuldades em se tratando das condições das pistas ou da disponibilidade de meios de transporte da SESAI, só na aldeia Xandò existe um *Postinho* de apoio construído pela comunidade e nas outras aldeias o atendimento é realizado quando possível na casa disponibilizada de *um parente* ou ao ar livre, abaixo de uma árvore ou no pátio da escola.

As diferenças entre as comunidades indígenas são principalmente: o tempo diferenciado de aldeamento das 4 comunidades menores, criadas a partir da agregação entre grupos de famílias de parentes próximos oriundos de Barra Velha; o status de aldeia reconhecido pelas instituições públicas e por consequência o acesso efetivo a serviços públicos de base; o tipo de atividade de sustentação ligada ao tipo de recurso natural disponível ou prevalente (pesca, turismo, cultivo, tipo de semente utilizada pelo artesanato) e as condições de vida e socioeconômicas das famílias.

Sob o ponto de vista dos profissionais não indígenas locais a dimensão de indigência social e sobrevivência abaixo dos níveis da pobreza é presente em várias famílias de todas as aldeias, com algumas concentrações maiores nas realidades mais afastadas que indicam condições socioeconômicas ao limite da sobrevivência. A preocupação pela falta de perspectiva de sustentação da própria família “porque o subsidio da bolsa família não caiu” (usuário), pela insegurança alimentar, ou pela impossibilidade de enfrentar os custos para cuidar da saúde de um membro da família,

¹⁴ A expressão *parente* como evidenciado por Llanes Guardiola C. (2011) se referindo ao trabalho de Lobão et al. (2009), tem o duplice sentido de identidade comunitária Pataxó e “parceiro preferencial” nas trocas entre aldeias. Ao meu ver tem que ser considerados também os vínculos e laços de sangue dos linhagem que, no caso da Aldeia Mãe, se concentram nos dois núcleos ou clã, das famílias dos Ferreira e do Braz.

são considerados fatores de estresse psicológico, perda de sono, ansiedade e depressão de vários “caciques” das famílias, homens ou mulheres jovens das comunidades.

Ao mesmo tempo a qualidade da água e a falta de saneamento básico e acesso a água potável são notadas pelo profissional branco ainda como fatores determinantes das principais cronicidades que afetam as comunidades, confirmando a visão de Luciano Baniwa (2006) quando afirma:

“Programas assistenciais não são suficientes para resolver um problema que é estrutural e reflete a necessidade de solucionar os problemas de terra e de auto sustentação econômica dos povos indígenas”, (BANIWA L, 2006, pag. 87)

Pelos conhecimentos e lembranças dos anciões, antigas lideranças e especialistas tradicionais da saúde indígena local que conformam a memória coletiva das comunidades do Território Indígena de Barra Velha e constitui o pano de fundo das narrativas dos entrevistados sobre a identidade comunitária nos dias atuais, o extremo sul da Bahia “desde sempre é terra de índio”, uma “terra de guerreiros e de pajé”, o berço da cultura Pataxós. Barra Velha é a *Aldeia Mãe* e mais antiga (os primeiros registros definem o ano 1861 como data da sua fundação oficialmente transcrita) das atuais comunidades aldeadas Pataxós do sul extremos sul da Bahia e dos grupos Pataxós no Minas Gerais que, pelas lideranças do movimento indígena local chegam totalizar até 35 comunidades, entre aldeias derrubadas pela polícia e terras retomadas mais recentemente (Liderança anciã).

Pelas lideranças de meia idade e os professores que constituem parte da segunda geração de lideranças a terra de Barra Velha, essa terra mantém até hoje uma espiritualidade muito forte, o que demonstra a capacidade de resistência dos conhecimentos e espírito comunitário das origens milenárias à hegemonia “do mundo lá de fora”. Uma terra indígena que foi protegida e reconquistada com muita luta, resistência e sofrimento, “muita dor, muito suor e muito sangue derramado” pelas famílias do passado e do presente para garantir uma vida “digna” pela futuras gerações do povo Pataxó, “com a ajuda de Tupã, dos espíritos de luz e dos nossos ancestrais, como sempre foi e sempre será” (Liderança jovem).

Para quem é estrangeiro e não nativo, a aldeia indígena de Barra Velha de hoje parece ter conservado algumas características evidenciadas pelos relatos antropológicos da *redescoberta* científica da comunidade de Agostinho P. (1974), referência dos sucessivos estudos sobre os Pataxó (SAMPAIO, OP. Cit., 2000): afastada do mundo do branco, remota, escondida entre o mar, mato e manguezal em uma atmosfera de

“sossego” e “tranquilidade” bucólicos (categorias utilizadas pelos entrevistados). A *Aldeia Mãe* se apresenta como uma comunidade tradicional-rural de meias dimensões, autônoma/auto suficiente e homogênea em termos de socioculturais e étnicos (até fenotípicos), portanto mais “autêntica” em relação as outras aldeias Pataxós do sul da Bahia (Profissional não indígena de Coroa Vermelha).

Nas descrições da “redescoberta” do das pesquisas citadas, a comunidade de Barra Velha é representada como um agregado de famílias indígenas que conseguiu preservar as suas características culturais a partir das condições de isolamento/esquecimento das instituições, inclusive acadêmicas até os anos ’50, portanto um grupo de famílias de *parentes* e que demonstrou capacidade de sobrevivência, autonomia e resistência (resiliência) ao contato e opressão do branco até o final do século passado.

É assim que as narrativas dos entrevistados com significativas experiências de vida “fora da aldeia”¹⁵, como lideranças, estudantes, professores e famílias emigradas de aldeias urbanas nos processos de migração de retorno, ainda percebem essa terra de comunidades indígenas destacando as diferenças com o “mundo lá de fora”, lugar da “confusão e perigo das cidades aqui próximas” (usuário), por contraste um “lugar onde me sinto bem, estou em paz com todos, vivemos bem...em harmonia...” (Profissional Indígena).

Ao mesmo tempo, todas as narrativas indígenas percorrem os elementos que definem a etnização Pataxó através da revogação épica de atos heroicos dos (re-)fundadores e das lideranças antigas ainda vivas, relatos de episódios de luta comunitária e estratégias de proteção da agressão “ao que vem de fora” e a ameaça que representa o contato com as instituições do Yndí’hí, o não indígena.

Nas narrativas sobre a auto representação do “o que é ser Pataxó” nos dias atuais aparecem três dimensões principais, coerentes com a análise dos processos de etnização que consideram a continuidade da relação de domínio e estrutural e opressão interétnica a partir do contato com o mundo não indígena:

- uma identificação como *sujeito comunitário*: formação humana e estilo de vida (“nasci, cresci, me formei na aldeia”, expressão utilizada recorrentemente), participação à proteção e continuidade do *espírito comunitário* das famílias de *parentes*; uma essência que precisa ser protegida da mudanças dos tempos modernos.

¹⁵ Nas narrativas é recorrente o uso da expressão “de fora” para distinguir o espaço comunitário do contexto da sociedade envolvente representado como distante e separado por um confinamento marcado.

- uma identificação como *sujeito étnico histórico*: fazer parte com *orgulho* da história e épica de *luta, sofrimento e resistência* pela terra de um povo e uma comunidade indígena com elevado valor simbólico (o berço da ancestralidade Pataxó);

- uma identificação *projetada no(s) (desafios) futuro(s)*: a consciência coletiva da *necessidade da luta* e da *unidade* entre as comunidades de *parentes* para resistir contra uma “hegemonia que vem de fora da comunidade” (liderança jovem) e a perda de direitos conquistados no passado (liderança antiga).

A longa trajetória do contato sofrido com o homem branco do povo Pataxó começa, *ab originibus* da dominação do colonizador dos “índios do descobrimento” (CARVALHO, MRGD, 1977). Até o recente passado, no meado do século passado, a área é definida como o lugar de refúgio de várias comunidades indígenas pelos confins naturais e distâncias dos pequenos centros e vilas da área.

Registrada em 1861, conhecida como “Belo Jardim”, Barra Velha mantém um distanciamento do contato profundo e envolvimento no processo de desenvolvimento da sociedade não indígena ao seu redor até o trauma coletivo da “guerra, batalha” ou, como mais noto do “Fogo do ‘51”, descrito nos títulos da prensa da época como “a revolta dos caboclos do sul da Bahia”, uma situação que “motivou” uma (contra)ação de extermínio violenta da polícia local que matou e torturou por alguns dias a comunidade *dos familiares e parentes* no ano 1951 (ANAI, 2007).

Esse episódio é a origem da fuga e diáspora dos *parentes* da geração dos avós e pais mais *anciãos* das famílias das comunidades de hoje, do abandono da Aldeia Mae para o mato, as comunidades, fazendas ou cidades mais próximas e de territórios mais distantes (atual Terra Indígena Pataxó Fazenda Guarani, município de Carmésia, Minas Gerais), com a conseqüente perda da própria casa, dos laços comunitários e indenitários indígenas. Nesse período se criaram as condições pela intensificação da união mistas a maioria entre indígena e negro, parcialmente motivada pela convivência nos ambientes fechados das fazendas, assim como evidenciado por Carvalho, M. D. R. (1981), (2010).

Refundada a aldeia por vontade de alguns grupos de famílias poucos anos depois, consideradas pela comunidade como os *padres fundadores* de Barra Velha, a ação de opressão e racismo institucional a partir dos anos ’60 caracterizaram o cotidiano das famílias da aldeia na sobrevivência e novas resistências através das proibições e limitações ao uso da terra pelo IBDF pela instituição do Parque Nacional do Monte Pascoal (1943) descritas pelos estudos de Sampaio (2000, Op. Cit.) como um processo de limitação e controle dos Pataxó no acesso aos próprios recursos naturais, ambigüamente

acompanhada pela continua ação de desmatamento de inúmeras serrarias (até 200), (GRÜNEWALD, 2008) e da criação da Reserva Extrativista Marina de Corumbau (2000) que colide com as exigências de urbanização básica da comunidade de pescadores de Bugigão.

As lideranças “históricas” (professor indígena), alguns ainda vivos que pertencem à época da refundação de Barra Velha são consideradas mitos, por terem logrado, graças à uma luta persistente e uma baixa escolaridade e da ausência de recursos econômicos, chamar a atenção do governo brasileiro (Federal, Estadual e Municipal) sobre a questão da terra através de heroicas e numerosas idas e vindas às capitais (sem contar com meios de transportes adequados) para cobrar o direito ao reconhecimento da própria existência de povo indígena e da terra indígena. Desde os episódios de tentativas de reconhecimento e ajuda precedentes ao *Fogo do '51* até as procuras de reconhecimento formal das terras essas lideranças saíam das aldeias:

“...saíam com farinha e ovos que acabavam logo, pois o caminho até Brasília é longo...dormiam em qualquer lugar, até embaixo de carros... às vezes encontravam outras famílias de parentes ou alguém que os ajudavam com comida...mas eles chegavam e voltavam...caminhando! e assim fizemos para ir em Salvador também, nem sei quantas vezes” (Liderança anciã).

Pelas lideranças de hoje ainda persiste esse espírito de sacrifício e de total dedicação dos caciques nas *idas e vindas de Brasília*, sem necessariamente contar com o suporte econômico da comunidade, assim que vários dias longe da família podem comprometer a economia doméstica, o trabalho no campo e familiar à responsabilidade exclusiva da mulher (liderança de meia idade).

Nas oportunas análises da organização da autoridade realizadas por Llanes Guardiola C. (2011) na aldeia Barra Velha que utilizo como referência de etnografia mais recente sobre a comunidade, inclusive compartilhando alguns participantes a minha pesquisa, o perfil das lideranças de Barra Velha se conforma em um modelo ou tipologia de liderança e modo de liderar específico e original, “próprio” que a autora classifica em quatro tipologias “1) liderança tradicional, 2) liderança político/partidária, 3) liderança cultural e, 4) liderança administrativa/tutela”, (Ibidem, pag. 62). Na visão dessa autora trata-se portanto de um modelo de *nativo político*, entre um modelo “próprio” e “burocrático” que é posto em relação ao processo de etnogênese dos Pataxó, considerado como caso emblemático dos processos de *territorialização* na acepção evocada no capítulo do quadro teórico por Cardoso de Oliveira (1998):

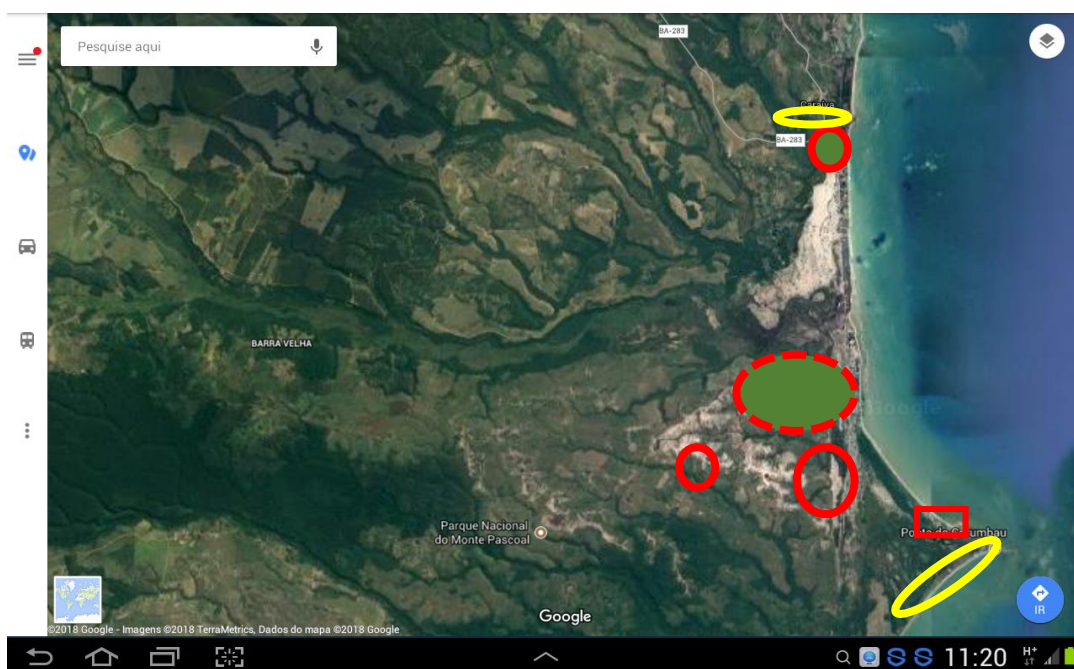
“A construção do nativo político Pataxó faz com que os atores garantam a sua inserção no mercado local/nacional/global (artesanato e turismo) e a sua relação dialógica com as agências estatais e não governamentais por meio da produção de uma linguagem burocrática, mas requer, ao mesmo tempo, que eles mantenham a reprodução de práticas culturais que os identifiquem no mosaico étnico da sociedade brasileira e os reconheçam como sujeitos singulares. (DE OLIVEIRA, R.C, 1998, pag. 109)

Essa reflexão sobre a tipologia da liderança, entre concepções e práticas que oscilam entre uma retórica do resgate e da proteção ou conservação por um lado e a mediação com as instituições públicas e orientação a mediação com a modernidade global e a economia *do branco* acompanham a análise da etnicidade das comunidades do território indígena de Barra Velha e encontram reflexos na análise dos sentidos e das práticas efetivamente realizadas no campo da atenção à saúde primária

Ao mesmo tempo, exemplificam os elementos de protagonismo e criatividade Pataxó na produção de novos sentidos étnicos dissonantes ou silenciados, conforme Ferreira (2013, Op. cit):

“(…) assim os processos de produção do sentido, instituído pelo fenômeno de indigenização remete a um estilo de criatividade (Wagner, 2010) próprio aos povos indígenas que, por sua vez, é diferente daquele com o qual as políticas públicas operam” (FERREIRA, 2013, pag. 153)

IMAG. 2- Vista panorâmica do campo de pesquisa no território Pataxó de Barra Velha.



LEGENDA

Borda vermelha:	Aldeias Pataxó,
Borda amarela:	Pequenas vilas turísticas.
Com preenchimento:	área prevalentemente urbanizada.
Sem preenchimento:	Área prevalentemente rural.
Linha descontinua	Barra Velha, <i>Aldeia Mãe</i>
Linha contínua:	Aldeias menores.
Forma redonda:	Aldeias reconhecidas pelo Estado Brasileiro;
Forma quadrada	Aldeia não reconhecida pelo Estado Brasileiro

3.3. Entre a comunidade indígena e o *mundo de fora*: os anos 2000 e o avanço do desenvolvimento “do branco”

Como exemplificado na Figura 2, até hoje a localização das aldeias de Barra Velha é definida pela distância das áreas habitadas por não indígenas e principalmente dos centros urbanos e turísticos de maior impacto socioambiental.

A configuração atual é fruto da experiência da união étnica na luta pela reconquista da terra indígena que acompanha a vida das três até quatro gerações de *parentes* atualmente conviventes nas aldeias dessa área Pataxó e que portanto se torna o elemento estruturante a memória viva e os processos de identificação coletiva.

É necessário por em evidencia que no modelo familiar predominante coexistem até quatro gerações de *parentes*, assim que os bisavós, avós e pais de trinta anos atrás viveram e podem comparar as condições da comunidade de hoje com a comunidade da “época dos avós” na qual “nasceram, cresceram, se criaram como indígenas” (usuário), ressaltando o impacto das recentes mudanças sobre a identidade da comunidade e, ao mesmo tempo, a continuidade histórica da luta que caracteriza a vida das comunidades Pataxó da área.

De fato, a criação do Conselho dos Caciques do sul e extremos sul da Bahia e a ação coletiva revolucionária do movimento comunitário indígena Pataxós nos anos 2000 aviaram a partir dessas áreas o processo de “retomada” das terras que até hoje define a tensão entre comunidades indígenas, Estado brasileiro e Sociedade local não indígena (empresas da produção de celulose, fazendeiros, proprietários de terras e empreendimentos turísticos), assim como reportado pelo último relatório circunstanciado produzido pelo autor Sotto-Maior (2006).

Esse processo tem consequências diretas nas vidas das famílias de *parentes* Pataxó como evidenciam várias lideranças mais antigas, a partir daquelas das lideranças do movimento Pataxó perseguidas, ameaçadas, agredidas a fim de morte ou envolvidas em

processos de criminalização pela questão do reconhecimento ou desconhecimento das terras por órgãos institucionais locais, em convivência com os poderes rurais e agrícolas locais (liderança).

Pouco antes da minha chegada no campo, no mês de outubro, foi destruída pela intervenção da Polícia Federal, Militar e Civil uma comunidade Pataxó nomeada Aratikum, onde se encontravam 30 famílias que moravam estavelmente em uma área “retomada” há cinco anos, portanto subsidiadas por um posto e atendimento de saúde e uma escola indígena. A maioria dos parentes encontraram refúgio provisório na rede de familiares da área e coroa vermelha depois de uma permanência aos margens da

Na minha permanência de campo participei as emoções, preocupações e preparo espiritual das comunidades em dois episódios ou “históricas vitórias” (liderança antiga) marcantes da história das comunidades locais acontecidos no mesmo dia com a colaboração de instituições indigenistas como FUNAI e CIMI (Conselho Indigenista Missionário). No específico, depois 14 anos de liberdade vigiada foi tomada a decisão de absolvição por legítima defesa do líder do movimento de retomada das terras pela acusação de homicídio de uma segurança de fazendeiro, “um pistoleiro com as botas consumidas pelo tanto procurar o cara” (usuário) e a inconstitucionalidade da “tese do marco temporal” sobre o reconhecimento das terras indígenas no Brasil.

A etnização dos Pataxós de Barra Velha vem a ser construída a partir de um processo e práxis coletivas de resiliência que se torna resistência comunitária e étnica a uma opressão estrutural ao que “vem de fora” das comunidades, do mundo não indígena, do Estado, das Instituições, através da polícia e na “sociedade envolvente” entre fazendeiros e as suas milícias e os poderes de novos proprietários e investidores nas atividades turísticas locais.

Nesse sentido é legítimo compreender o “resgate” e reforço da identidade comunitária e tradicional como estratégia de re(xi)stencia e arma de defesa que constituem as formas da *ideologia étnica* e política que acomuna as comunidades Pataxó e as aproxima a outros povos indígenas nordestinos e do Brasil que compuseram as caras do movimento indígena a partir dos anos ’70 (DE OLIVEIRA C., Op. cit., 2006).

Concordo com Carvalho, M.R.D. (2007) quando considera educação indígena intercultural e bilíngue um caso exemplar de o resgate cultural e da tradição, analisando os percursos de etnização veiculados pelos percursos escolares dos Pataxó de Barra Velha:

“O exemplo dos Pataxó, seguramente não o único, aponta para um cenário que se apresenta como favorável à valorização e revitalização das culturas indígenas tributário, em larga medida, do processo de escolarização nos três graus” (CARVALHO, M.R.D., 2007, pag. 31)

A escola indígena local, totalmente indigenizada por professores locais, oferece um serviço à comunidade orientado ao resgate e a suplência da transmissão e redução de educação familiar de tipo tradicional e comunitário, garantindo a continuidade de um saber “adormecido”, “quase extinto”, “que tinha ficado na mão de não mais de uma dúzia de anciões” (liderança anciã). De fato a *motus* ao “resgate” da língua Patxohã (*trad.* “língua do guerreiro Pataxó”, (PATAXÓ, P., 2011, Atxohã/Instituto Tribos Jovens (ITJ)) e as contribuições iniciais pelo estudo da língua Pataxó começaram pela reflexão das lideranças mais envolvidas com a questão da educação indígena. Por isso e outros aspectos que resultarão mais claros ao longo da descrição, Barra Velha representa um ponto de referência simbólico, político do resgate da cultura e reforço da etnicidade para todas as comunidades Pataxó.

A existência desse ator da educação diferenciada, intercultural e bilíngue é um dos frutos da continuidade da luta política garantida até os dias atuais pelas longas trajetórias e experiências que definem os perfis de caciques e lideranças até hoje membros participantes do Conselho Comunitário, a instituição política de “referência de toda a comunidade, centrada no cacique que tem a maior responsabilidade pelo conselho comunitário e por todos os *parentes*” (conselheiro).

A evolução de uma capacidade e *práxis* política de interlocução, procura do diálogo e cobrança pelos direitos diferenciados (sociais, educacionais e de saúde) constitui um marco do modelo de liderança de Barra Velha e permitiu o gradual desenvolvimento e inicial urbanização básica da comunidade, garantindo a união e preservação da identidade comunitária até os anos 2000 (liderança anciã).

Um outro ator fundamental do contexto institucional local que participa ao desenvolvimento das comunidades locais é a FUNAI que apresenta as particularidades de ter mantido uma unidade fixa na *Aldeia Mãe* em uma época de reorganização e contração da capilaridade dos seus serviços nas terras indígenas. O “chefe do posto”, assim como tradicionalmente chamado o-responsável local, é um indígena nascido e crescido na comunidade com uma longa trajetória e formação intercultural e institucional no âmbito da esfera pública. A participação, ou melhor o “fazer parte” desse ator da vida comunitária é essencial pela sua capacidade de articulação com o processo de tomada de decisão do

conselho das lideranças, a sua capacidade de acompanhar o planejamento de desenvolvimento comunitário compativelmente com a promoção da etnicidade Pataxó (CARDOSO et Al, 2012), e ser funcional aos serviços sociais e de saúde nos casos de emergência ou de necessidade de transporte de medicamentos, pessoal médico na área ou o de enfermagem de/para Porto Seguro, acompanhamento de usuários até os hospitais urbanos).

Ao mesmo tempo que a representação da etnicidade compartilhada entre as lideranças, jovens e anciãs, enfatiza a persistência e caracterização de um espírito comunitário Pataxó de tipo “tradicional” e de um sistema de proteção e preservação coletiva garantidos pelo modelo de liderança local, são evidentes ao olhar leigo sinais de uma transformação e transição rápida do território da *Aldeia Mãe* à um modelo de urbanização estimulado pela crescente abertura “ao externo” e ao contato com o turismo.

Conforme descrito por Sampaio, JAL (2000), algumas tentativas de modernização do modelo agrícola tradicional no final dos anos '90 culminaram num projeto da FAO pelo resgate do artesanato e promoção de uma agricultura ecológica que produziu resultados negativos conforme Cardoso et Al. (2011) quando descrevem os efeitos negativos de “projetos externos” as comunidades em termos de autonomia e sustentabilidade.

Marcas perceptíveis de um processo de urbanização básico no centro da aldeia são as passagens do eficiente transporte escolar que liga todas as aldeias menores à escola da Aldeia Mãe em todos os horários do dia, os ônibus de linhas públicas que percorrem, quando as condições da pista permite, as longas e amplas pistas de barro que se interligam com as pistas principais que levam aos centros turísticos e cidades próximas de Eunápolis (90 km) ou Itabela (65 km), a iluminação pública, alguns cartazes que anunciam obras (encanamento da água), grupos de pedreiros concentrados na construção de habitações de residência pública ao lado das casas das famílias, estruturas físicas que indicam a presença de serviços públicos como a única escola indígena até o superior completo da região e na sua frente uma quadra esportiva coberta, ao outro lado do pequeno morro a escola primária indígena, o posto de saúde que leva ambigualmente a logomarca da Prefeitura de Porto Seguro, a sede local da FUNAI, não distante uma igreja católica e outras quatro de pequenas dimensões (uma cristã, as outras evangélicas) difusas perto do centro e um isolado centro cultural tradicional na entrada da aldeia, uma sutil pista de barro apoiada sobre uma lagoa na frente da linha da praia onde se encontram algumas casas mais dispersas e mais recentes.

O crescimento de forma embrionária da comercialização de produtos alimentares e de consumo e a recente abertura ao visitante turista é representada por três pequenos mercadinhos, um futuro ponto do açai, uma sorveteria, uma padaria, um mecânico e um pequeno restaurante. Alguns produtos de artesanato expostos nas janelas de algumas casas do centro, e algumas casas que se enchem de mercadoria das cidades expressam algumas informais modalidades de comércio varejista local.

Motos e bugres estacionados na frente das casas chamam a atenção como as portas sempre abertas das casas onde dominam os televisores ligados e de vez em quando música, principalmente dos celulares que acompanham os passos nas subidas e descidas da aldeia dos jovens estudantes que a todas as horas podem frequentar a escola.

A leitura da etnicidade Pataxó não pode que refletir a oscilação e as tensões, na narrativa desse capítulo, entre os extremos por um lado de uma visão mais *conservadora* das famílias onde convivem gerações que vivenciaram um modelo de vida e *espírito comunitário* que conseguiu se manter até os anos '90 e mais próximo à harmonia da “época da fartura” das lembranças da época dos anciões¹⁶. Por outro lado, as manifestações de toda uma gama de concepções e comportamentos considerados híbridos pelos participantes que expressam um discurso orientado pela valorização do perfil tradicional de comunidade Pataxó e até contraditórios, porque contagiados-orientados à “ambição” e a “modernidade” ou capazes de transformar e absorver com várias estratégias de resistência e adaptação “o que vem de fora da comunidade”, percebido como hegemonia (cultural). Em seguida, portanto analiso as formas que assume essa tensão entre supostos opostos tradicional/comunitário e moderno/não indígena em relação aos processos interculturais e interétnicos até os dias atuais, privilegiando a visão das comunidades.

Os processos de desenvolvimento comunitário depois dos anos 2000 são descritos resumidamente por alguns estudos acadêmicos (CARVALHO MRGD, Op. cit., 2009) como uma fase de gradual conquista de acesso a direitos diferenciados de saúde e educação e de projetos de desenvolvimento comunitários em parceria com diferentes atores institucionais e do privado. De fato resultam escassos os estudos sobre a evolução

¹⁶ A época da fartura se refere aos anos '70-'90, quando a comunidade é representada como pequena, isolada, formada por alguns núcleo de famílias, com acesso a recursos naturais que levavam a autossuficiência, um poder político do cacique e de lideranças históricas forte que levava a autodeterminação, muitos pajés e rezadores que favoreciam a proteção espiritual e unidade do espírito comunitário. (Entrevistas com antigas lideranças).

da comunidade depois dessas mudanças, parcialmente motivados pelo distanciamento, hoje recuperado, entre as lideranças a favor da abertura e modernização da aldeia e a associação de antropologia local, assim como reportado em uma conversa informal por uma antiga liderança. Por isso, provavelmente resulta difícil achar um diálogo com a literatura mais recente sobre a *Aldeia Mãe*, pois os estudos disponíveis tem maior foco sobre a educação indígena ou questões agroambientais.

Do um ponto de vista dos profissionais brancos e responsáveis de serviços públicos e da saúde indígena a melhora das condições sociais econômicas das famílias foram favorecidas por fatores econômicos como o aumento da circulação e disponibilidade de dinheiro na comunidade, através da implementação dos subsídios sociais (bolsa família, subsidio maternidade, aposentadoria) e de forma crescente das atividades ligadas ao turismo além do acesso às profissões nos serviços públicos locais.

O tecido social de Barra Velha começou assim um inicial e gradual processo de diferenciação social entre as famílias das comunidades, definido pela novidade do grupo minoritário de assalariados (cerca de 100 pessoas segundo algumas lideranças) e a perspectiva da “renda fixa” em dinheiro, da “segurança econômica” a partir da disponibilidade de acesso a empregos nos serviços públicos locais e, em menor forma, mas em rápida aceleração, do desenvolvimento de atividades rentáveis turísticas (quarenta-cinco *bugreiros* da associação indígena de passeios de *bugre-buggy*, comercio de artesanato, empregos de temporada no serviços gerais das pousadas, hospedagem ocasional de turistas), além da venda de produtos alimentares e comerciais pelo consumo da comunidade “estimulado pelo crescente poder aquisitivo da comunidade” (Liderança).

Ao mesmo tempo o modelo (tradicional) de “se virar” baseado em “ter duas atividades, roça e artesanato de pequena produção que resulta a atividade mais rentável” (Liderança) ainda prevalente na maioria de famílias, consideradas de baixa renda, na maioria dos casos dependentes de algum benefício social de um dos familiares mais próximos.

De um ponto de vista institucional que acomuna não indígenas (profissionais da saúde, proprietários de pousadas, habitantes do povoados e vilas próximas) e lideranças ou conselheiros de saúde indígena, o rápido e concentrado processo de desenvolvimento trouxe uma melhoria das condições de base das famílias e das comunidades mas não acompanhou a demanda de serviços devida ao crescimento populacional e as dimensões territoriais da aldeia e terra indígena de Barra Velha, incluindo as comunidades menores: se o censo dos primeiros estudos calcularam 664 em 1976 (CARVALHO, Op. Cit., 1976)

aqueles relativos ao ano 2000 evidenciam um crescimento modesto (SAMPAIO, OP. Cit., 2000), e o censo realizado pelos serviços de saúde mais atual ressalta o rápido e significativo crescimento definido por 1991 habitantes em 2017 na *Aldeia Mãe*.

Na difusa concepção de anciões, lideranças históricas, usuários e especialistas tradicionais, as consequências da abertura da aldeia “ao que vem de fora” não conseguiram ser metabolizadas em um tempo considerado breve e produziram efeitos colaterais ao espírito de união comunitário como a redução do conhecimento e práticas fundamentados no conhecimentos familiares da tradição Pataxó local.

As narrativas do grupo de famílias que expressam uma visão e estilo de vida mais tradicionalmente orientado, oferecem uma leitura complexa dos fatores condicionantes e determinantes a hegemonia de um modelo não indígena domina a transformação cultural comunitária, percebido na forma da “contaminação” e fator de padecimento, iatrogênico.

Ao considerar a construção da memória da coletividade, evidencio que das três e as vezes quatro gerações que convivem nas famílias indígenas das comunidades de hoje, só a última (netos ou bisnetos até os 10 anos) não compartilha a memória de uma vivencia definida pelo estilo de vida comunitário e familiar antes dos rápidos processos de abertura da aldeia, portanto a maioria dos atuais habitantes compartilha a experiência e vivencia da mudança rápida do espírito e identidade comunitários definidos com a categoria êmica de “tradicional” em termos de “perda” pelos anciões, as autoridades e os protetores da ordem comunitária.

Como vou ilustrar essa associação entre desenvolvimento urbano e aproximação e intensificação do contato com o não indígena como adoecimento corresponde à mudança, em negativo, da chegada da medicina *do mundo lá de fora*.

3.4. O kaiãbá-dinheiro e o espírito comunitário tradicional

A leitura dos atores indígenas da comunidade se estrutura numa reflexão mais profunda que aquela ofertada pelos participantes não indígenas, sobre as mudanças da assunção de um modelo de economia dependente do kaiãbá-dinheiro, e as consequências sobre a estrutura, as relações, os saberes e as práticas comunitárias consideradas expressões da tradição na vida da comunidade.

Assim, o processo de monetização da economia e atividades comunitária é percebido com efeitos profundos na transformação da organização do tecido e tempo social, da relação econômica comunitária que leva a um processo de maior

“individualismo das famílias” (liderança) e gradual divisão da comunidade a partir de divergências e interesses de núcleos ou grupos de famílias ligados ao comércio ou atividades consideradas *mais rentáveis*. Na visão do autor Grünewald (2001, op. cit., pag. 26) focada nos impactos do turismo nas economias locais, é a partir desse momento que se define a genérica identificação do Pataxó como “índio artesanal” e a prevalência da produção e comercialização do artesanato nos atuais interesses produtivos dos Pataxó do sul da Bahia.

Na visão dos anciões e antigas lideranças o “espírito do índio” vem a ser contaminado pelo novo interesse para o lucro que chega a definir uma nova categoria nas famílias na comunidade, o “índio corrupto” e pressões políticas às lideranças por famílias que concentram poder e interesse econômico, além do político ou simbólico comunitário.

Algumas experiências de má administração e gestão das finanças de projetos comunitários de comércio e produção agrícola, além daqueles já citados e o impulso à abertura ao externo para fins comerciais e interesses econômicos de algumas famílias são reconhecidos como fatores de separação entre os *parentes* da comunidade com consequências desagregantes o espírito de união, assim como referido por vários usuários e lideranças mais críticas.

A assunção de uma visão da atividade produtiva finalizada à monetização e o “novo interesse” pela rentabilidade e o lucro mudaram em pouco tempo a prevalente lógica produtiva de tipo comunitário tradicional, assim que o calendário das atividades produtivas locais se orientou às atividades mais rentáveis ligadas as temporadas do turismo ou na produção de produtos agrícolas ditada pelo preço de mercado dos produtos, como por exemplo a escolha de plantar exclusivamente pimenta rosa pela significativa demanda externa do mercado.

A assunção dos modelos e produtos de consumo do “branco, que vem de fora”, é considerado o fator da proliferação das doenças do branco na comunidade, percebidas como estranhas às defesas bioculturais do corpo comunitário e individual do indígena *parente*. São representadas como uma forma de contaminação que produz “um autêntico flagelo que vem dizimando a geração das lideranças, inclusive aquelas ainda jovens” (liderança), o que as diferencia da longevidade que caracteriza a geração dos anciões e das antigas lideranças, ainda vivas.

Por isso os usuários da primeira e segunda geração das famílias de hoje, anciões e pais de família de meia idade, não conseguem entender e explicar, tanto do ponto de vista *mais científico* que daquele *tradicional*, as razões da maior morbimortalidade das

comunidades se não fazendo referência a fatores que a “novas doenças do branco que o nosso saber não sabe como cuidar” (especialista tradicional), conforme analisado em outros contextos indígenas de contato de longo período como por exemplo pelos autores Cruz Oliveira, dos Santos (2015).

Assim, na visão mais tradicional, trata-se de doenças que não podem ser curadas com a sabedoria indígena porque originadas fora dos confins do conhecimento indígena, ou da “memória biocultural” dos Pataxó dessa área, utilizando a acepção definida por Toledo e Barrera-Bassols (2015) que permite incluir uma concepção antropológica e ecológica do conhecimento e etnicidade indígena.

A disponibilidade do acesso ao crédito e o poder de aquisição de um grupo gradualmente crescente de *parentes* favoreceram o crescimento da oferta de produtos e gêneros alimentares industriais introduzida na aldeia por pequenos proprietários de pequenas atividades comerciais (mercadinhos, barzinhos, pontos de venda mais estruturados e outros improvisados). Todavia, a relativa capacidade de compra das famílias locais implica na comercialização e consumo de produto de baixo preço e baixa qualidade, considerados pouco saudáveis pelos profissionais e vetores do padecimento do branco por algumas lideranças e até usuários. As crianças e os anciões são os que mais sofrem pela piora percebida da qualidade nutricional da alimentação da comunidade de Barra Velha (profissional não indígena), os mais expostos ao acesso ao açúcar e vulneráveis às mudanças do modo de preparo da comida, como a prática de fritar ou o uso de sal e carne de baixa qualidade, “cheia de hormônios ou gordura” (liderança).

As visões dos participantes a pesquisa indígenas e não indígenas se encontram na leitura dos efeitos negativos sobre a saúde da comunidade dessas mudanças alimentares e o desenvolvimento comercial é criticado mais ainda quando as narrativas se referem à recente escolha do (precedente) cacique de permitir a venda de bebidas alcoólicas no território da aldeia, pois apareceram novos pontos de agregação ao redor de atividades comerciais, mercadinhos e barzinhos que favorecem o acesso e maior consumo de álcool de diferentes faixas etárias da comunidade. De fato, o uso do álcool se inseriu gradativamente nos hábitos de lazer e agregação juvenil do final de semana, ao redor do campo de futebol que se anima alegremente o dia todo pela presença de famílias inteiras, entre churrascos e torcida local e a circulação e venda aos jovens de bebidas alcoólicas nos barzinhos improvisados ao lado do campo. A mesma situação se cria também no domingo, quando caravanas de jovens chegam de qualquer aldeia, com qualquer meio de

transporte na praia principal de Barra Velha, voltando ao anoitecer com evidentes andaduras pesadas, pisadas incertas, risadas e gritos.

O dia de descanso, além dos jovens, é para muitos *parentes* “o dia de beber” (usuário) e não é raro encontrar pelas ruas da comunidade, desde manhã até o anoitecer algum *parente* bêbado que, a depender do estado pode ser mais ou menos sociável. Em algumas ocasiões, percebi que “o bêbado” representa um estado de alteração que não necessariamente produz efeitos negativos que comprometem a socialização entre os *parentes*, por exemplo: quando a pessoa bêbada se encontra uma situação participada por outros *parentes* e começa tocar assuntos de domínio comum ou questões críticas que envolvem a comunidade é ouvido com muita atenção e respeito e, as suas afirmações estimulam comentários, animam a discussão entre os presentes, sempre mantendo um jogo de cintura entre a seriedade e explosões de riso contagiante pela forma de se expressar do parente embriagado.

Em algumas outras situações de relevância comunitária, momentos de festa e celebração de ritual coletivo, a participação do bêbado não interfere e permitida a livre expressão de movimentos corporais, pisadas incertas e emoções intensas entre choros e tons altos nos cantos nas danças coletivas. *O bêbado*, em definitiva tem uma função social reconhecida e aceita de um ponto de vista da concepção da vida e relação comunitária e pode levar mensagens e reflexões que merecem ser ouvidas, sempre na garantia da relação intersubjetiva apropriada e de respeito entre *parentes* da mesma comunidade.

Porém, a preocupação de hoje é o maior consumo de álcool em termos gerais e a dificuldade do controle familiar e comunitário sobre o uso e consumo juvenil que escapa dos momentos e confins da aceitabilidade ou tolerância no sentido êmico.

Nas narrativas dos anciões a “kaiboka”, a cachaça no específico, sempre fui um bem de troca comercial quando eram realizadas longas viagens para vender os próprios produtos e associado à momentos de diversão em vivências fora das aldeias, geralmente nas cidades, representadas como lugares da desordem, perdição, fácil acesso e uso excessivo de álcool (liderança antiga).

Para o profissional da saúde não indígena, o uso do álcool é uma questão problemática de saúde local que tende a ser “socialmente aceita” e silenciada, assim que a violência familiar associada ao abuso de álcool resulta uma dimensão facilmente reprimida, as vezes escondida para garantir e não desestabilizar a convivência pacífica ou equilíbrio necessários à vida entre *parentes*.

O modelo produtivo tradicional baseado nas múltiplas atividades (caça, pesca, cultivo, artesanato) participadas por todos os membros da família e orientadas ao autoconsumo vem gradualmente a ser substituído pela especialização e individualização do trabalho tanto em âmbito comunitário que familiar. Assim a variedade de conhecimentos e práticas socioculturais produtivas indígenas sempre menos fazem parte da educação e convivência familiar e começam a tomar a forma e o entendimento em termos de trabalho.

Isso, na opinião de professores e lideranças induziu à mudanças na estrutura das relações inter- e intra- familiares e comunitárias, tirando da família uma função importante na transmissão e circulação dos conhecimentos de origem tradicional envolvidos nos processos de produção e participação nas atividades familiares.

Ainda existem, porém na comunidade formas de trabalho familiar coletivo tradicionais no cultivo do campo ou na produção da farinha, nas práticas de pesca no mar ou no rio e mangue (pesca com as redes na praia ou “catar ouriço, lambreta”) e caça no mato persistem tanto como forma de integração e subsistência alimentar nas famílias com menor disponibilidade de dinheiro e em alguns casos, como atividades de agregação coletiva e atividade de grupo e até lazer entre *parentes* (famílias, grupos de jovens).

Todavia, o declínio da prevalência de atividades tradicionais de mutirão comunitário é um outra consequência tangível dos efeitos da monetização de algumas atividades que reduz o associacionismo e solidariedade comunitários, assim que “capinar” e cultivar os campos pela renda coletiva ou familiar, construir a própria casa em troca de um almoço para os parentes que participam são atividades praticamente extintas. Porém, persistem atividades coletivas a nível familiar ou de grupos de famílias pela produção da “farinha de puba” que constitui um ingrediente central da alimentação local cotidiana, além de ser um dos elementos de troca mais utilizados.

As famílias que dependem da produção agrícola como importante integração alimentar, ainda preveem a participação de toda a família as atividades da coleta que as vezes envolvem outros parentes (mutirão familiar) assim como a atividade da produção, entre cultivo e coleta de plantas e sementes e a venda do artesanato ao detalhe ao turista.

Além disso, até os dias atuais se realizam alguns esporádicos mutirões comunitários para obras em favor das comunidades como a manutenção de pontes e pistas, limpeza das vias de acesso as comunidades menores, a construção de edifícios pela educação e saúde indígena, um “postinho” para o atendimento da equipe de saúde e

recentemente o centro cultural na *Aldeia Mãe*, estimulado pelo apelo do novo cacique (usuário).

Guardiola CL (2011) analisando etnograficamente a organização da autoridade na *Aldeia Mãe* sinaliza a representação no discurso das lideranças da roça como “uma fonte infinita de etnicidade” que se encontra também nos quintais de diferentes dimensões presentes nas casas, as vezes do tamanho de campos cultivados de variadas plantas medicinais, frutíferas fundamentais para obter as sementes que caracterizam a especificidade do artesanato dessa área, assim que as casas viram “tipo um banco de sementes” (liderança indígena) assim que a troca entre *parentes* é uma prática difusa e estimulada pelo órgão indigenista local, visando o incentivo à segurança alimentar das famílias mais indigentes.

Mesmo crescendo o modelo comercial do mercadinho, persistem atividades de economia familiar informal (cultivo, pequeno comércio alimentar) que satisfazem a demanda local de alguns bens. A troca entre famílias de parentes é ainda uma prática viva realizada na aldeia mesmo que percebida como residual e minoritária pelas lideranças. É também realizada entre as famílias de diferentes aldeias, as vezes por suprir a falta de acesso a um tipo de recurso natural e alimentar como uma semente para fazer artesanato, uma planta para realizar um chá ou um banho, assim que “trocar farinha por peixe” (usuária) ainda é uma prática difusa.

Ao longo da minha convivência e relações de vizinhança, principalmente com a atenciosa dona da casa na qual morei, quase todo o dia aparecia um familiar levando um peixe, um bolo, uma carne, frutas, um caranguejo que algum parente tinha “passado para deixar” (usuária). Eu mesmo, voltando de uma das minhas corridas pelas áreas mais afastadas do centro, fui parado e encarregado por uma conhecida *parente* de levar ervas medicinais à minha vizinha.

A solidariedade a um parente ainda constitui um valor vivo do cotidiano que pode promover “vaquinhas” entre familiares e membros da mesma comunidade para garantir o acesso à tratamentos de saúde complexos ou, em situações de emergência para garantir a presença de um acompanhante nas trilhas da saúde pública, além da primária que se encontra na própria comunidade, ou nas proximidades.

3.5. Os impactos do modelo de desenvolvimento urbano e o contato com o Yndi'hí-não índio.

De um ponto de vista dos representantes institucionais e profissionais não indígenas a implementação de serviços e obras de urbanização públicas também foram um resultado positivo em termos de melhoria das condições de sobrevivência. Ao contrário, a perspectiva crítica dos entrevistados e atores das comunidades indígenas exalta a preocupação pelos efeitos iatrogênicos dessas mudanças em relação tanto as aspectos sociais que culturais da comunidade e do seu espírito. Na visão das lideranças e anciões mais crítica a sensação de distância e esquecimento dos governantes e instituições de todos os níveis da administração pública é fruto de uma atávica ignorância e desconhecimento das condições de vida das comunidades, “isoladas e distantes dos políticos de Brasília” (liderança). Assim, a omissão e responsabilidade do Estado pela falta de cobertura e assistência dos serviços públicos de base é a primeira causa da piora percebida das condições da saúde da comunidade no processo de mudança atual do ponto de vista mais radical de lideranças mais antigas.

Como assinalam os AISAN, as intervenções públicas da aldeia sofrem por não ter conseguido acompanhar o rápido crescimento populacional e demanda de serviços, principalmente de acesso a água potável e saneamento básico, além do fato que as estruturas implantadas não garantem nenhum tratamento da água e nem preveem manutenção ou a limpeza ordinária das cisternas que fornecem, descontinuamente, a aldeia principal. Os usuários, mesmo reconhecendo a qualidade péssima da água em todas as aldeias, tendem a considerar como prioritário ter um acesso garantido à água na própria casa, considerado um problema crônico pela maioria dos habitantes da área estudada.

O processo de abertura o externo é percebido como uma mudança do *confim* e redução da distância simbólico entre o *cosmo* da própria comunidade indígena e o *cosmo* -não comunitário – não indígena e enfraquecimento das barreiras defensivas e protetivas Pataxó que se fundamentam na tradição, consideradas capazes de garantir a ordem sociocultural da comunidade: “A dor dos anciões” como diz uma jovem liderança “foi decisão da construção da pista de conexão entre as aldeias e os centros urbanos da região em 2006”. Além do simbólico que transforma a pista em uma ponte entre aldeia e a modernidade do “mundo de fora”, é considerada a causa de todas as causas das mudanças rápidas e negativas, o fruto de uma escolha sofrida a nível comunitário, pré sinal de atritos e separações entre famílias de parentes que vem a ser representadas com as categorias de

mais “abertos as mudanças” através do maior contato interétnico e “mais fechados e resistentes as mudanças” (liderança).

Assim a chegada da eletricidade imediatamente consequente a abertura da pista e, logo em seguida, da televisão nas casas de todas as famílias, é considerada a causa principal da redução da sociabilidade comunitária no espaço doméstico e perda da prática comunitária de se reunir entre parentes ao redor da “fogueira”. Recorrente em todos os depoimentos como a mais representativa das mudanças, isso representa a eliminação de um lugar e momento de agregação comunitária nos quais se protagonizavam as falas e a passagem de conhecimentos dos anciãos à comunidade, particularmente aos meninos e jovens, além de ser lembrada como uma forma de diversão coletiva marcada pelo aspecto lúdico através de rodas, canções, sambas acompanhadas por comidas improvisadas entre vizinhos e familiares).

Mesmo assim “a fogueira, o microcosmo da vida social” (SILVEIRA et. Al., 2016, pag. 46) representa um elemento importante ainda de reunião noturna e familiar na frente de algumas habitações, assim como nos Awê, o ritual de cantos e danças coletivas comunitários resgatados pela escola indígena e a vontade das lideranças. Os rituais do “luau, lual” há vários anos são realizados pelos estudantes da comunidade a cada lua cheia, momento no qual aprecem as trajes, enfeites e pinturas corporais Pataxó e são produzidas coletivamente e ofertadas à coletividade as comidas tradicionais derivadas da kuyuna-farinha de mukunã-mandioca como a bebida cauim, beiju de coco, mukusuy-peixe e farinha de puba e até o aluá, uma bebida fermentada que podem ser apreciadas também por eventuais turistas e estrangeiros curiosos que são bem vindos nessa ocasião. Os anciões raramente participam a esses rituais noturnos, mas “os mais sábios” orientam os jovens professores e estudantes na escolha e reprodução de cantos, danças e músicas pelos rituais (professor).

Algumas famílias que não vivenciaram os processos de mudança dos últimos vinte anos e regressaram na *aldeia mãe* recentemente ainda resgatam as relações entre vizinhos e parentes familiares através o uso da fogueira e o preparo e consumo em comum de comidas. Nas propriedades das casas, especialmente aquelas que mantiveram uma estrutura menos moderna, o fogo é o elemento sempre presente que acompanha momentos de reuniões com os parentes no ambiente da cozinha, colocada ao externo da habitação, onde contígua ou separada da estrutura principal da casa se encontra uma estrutura coberta onde sentar para comer, falar ou realizar um trabalho de artesanato. Não foi raro ao longo da minha presença na temporada invernal avistar as luzes de algumas fogueiras na

escuridão da maioria das áreas da aldeia principal, assim como na frente de algumas casas do centro, um ulterior sinal da resistência da prática da socialização ao redor das chamas do (espírito) fogo.

A chegada da televisão que “fala mentiras...cria ilusões nos kitokes-meninos” (professor indígena), é considerada também como um instrumento de acesso “ao que está de fora” que consegue ser filtrado no contexto familiar em alguns casos, pois “o poder da comunicação que vem de fora” é considerado dominante sobre muitos novos comportamentos e modelos de consumo ou comportamento da comunidade, inclusive religiosos “pois a maioria dos canais disponíveis da rádio e televisão na área são de emissoras religiosas privadas” (liderança).

O acesso à internet, tecnologia definida por vários participantes como uma das “cobras brancas” que chegaram na aldeia (desde 2007), é considerada por anciões e lideranças como a expressão máxima do acesso e intrusão do que “está lá fora” e do “poder de contaminação sobre o jovem indígena de modelos não comunitários ou tradicionais” oriundos dos Pataxó (liderança): uma fonte de informação e desorientação que não possui filtros nem controle pelas famílias e pais que não tem aproximação e confiança ou acesso frequente ao mundo virtual.

Ao mesmo tempo tem exemplos de usos positivos da internet para a produção e divulgação de produtos e informações comunitárias, da educação indígena escolar e pela venda do artesanato. O controle do acesso e utilização de internet por uma das comunidades, através a instituição de um ponto de acesso único e controlado resulta, na opinião das lideranças, uma barreira eficaz à um uso excessivo e não apropriado de internet. De fato a cobertura é ainda bastante limitada na área e raras as famílias que possuem um acesso direto e independente e quando isso é possível, acontece que é disponibilizado para todos os vizinhos e amigos, criando concentrações de jovens ao anoitecer tanto na aldeia maior que também na aldeia conivente ao centro turístico de Caraiva.

A construção de novas habitações familiares por um projeto de iniciativa pública e comunitária transformam e eliminam espaços tradicionais de vida social cotidiana, através da reclusão nas paredes domésticas do ambiente da cozinha e a separação desse espaço da sala principal da casa, hoje dominada pela televisão. A cozinha “tradicional” alimentada a lenha e de feita de barro se apresenta como um lugar geralmente aberto, cuja destinação de uso além da preparação de vivendas é o acolhimento de visitas e espaço de socialização e reunião entre familiares e *parentes*,. Além disso, a introdução induzida pela

nova forma arquitetônica da cozinha a gás induz mais um novo custo nas economias das famílias, pois a “cozinha tradicional” funciona com a madeira disponível na mata ao redor das habitações. Mesmo reconhecidas como necessárias pela questão da higiene e do saneamento básico pelas lideranças, são difusas as resistências ao abandono da antiga casa, assim que a cozinha a lenha ainda prevalece tanto como lugar de práticas de preparo de alimentos e como espaço de socialização do nativo resistindo as novas barreiras arquitetônicas que por consequência vem a ser consideradas pelas lideranças e alguns usuários uma escolha habitacional não pactuada ou definida interculturalmente.

A assunção do modelo de socialização do/com o branco oportunizado pela acessibilidade a novos espaços de encontro e convivências nas áreas turísticas próximas depende da descrição de uma atávica “fraqueza” e tendência a assimilação típica do índio Pataxó dessa área, pois a socialização com o não índio fora do ambiente da aldeia leva, principalmente na visão dos anciões, à assunção de comportamentos errados ou não aceitos pelas regras comunitárias, à “relações sexuais perigosas” e não legítimas ou misturadas (usuária) e, por fim a práticas de lazer negativas como o consumo de drogas ilícitas, o excesso de uso de álcool, como assinalado principalmente pelos mais jovens.

Assim o aumento da presença do turismo na área indígena e da frequência do contato com não indígenas nos lugares turísticos mais acessíveis pela maior presença de meios de transporte (incluindo a moto pelos mais jovens), aumenta o risco do contágio das doenças que levaram ao “primeiro caso de HIV na aldeia e vários problemas de abuso uso de álcool (violência doméstica, *ndr*) e drogas que antigamente não existiam...tinha alguém que gostava de uma kaiboca de vez em quando mas era difícil de se achar...tinha que querer mesmo...ter uma vontade de...tinha que passar a lagoa, e caminhar até Caraiã, ai você encontrava um mercadinho que funcionava como barzinho também...e a volta...eeeeeeeta...a volta tinha que voltar....(risos)...as vezes o cara demorava um dia para voltar para casa” (usuário).

A crescente, mas ainda limitada, presença estável do branco na aldeia, fruto de uma recente embrionária miscigenação dos mais jovens, aparentemente contradiz um dos tabus das antigas lideranças e ao contrario confirma as profecias dos anciões sobre os efeitos fatais de desagregação da identidade de comunidade indígena que vedava a intrusão ou presença da aldeia e, no específico, a mistura étnica (liderança anciã). Aparentemente isso contradiz a *primeira* miscigenação citada nos parágrafos anteriores que caracteriza a evidente presença de fenótipos do negro além do indígena, mas ao

mesmo tempo justifica um tipo de mistura que não foi considerada uma *ameaça* para o estilo de vida e crenças Pataxó.

A “atração” pela mistura é considerada um fenômeno juvenil, manifestação de uma maior e inusitada liberdade individual das regras comunitárias e tradicionais que leva à “desunião” e “separação” porque a cultura do branco “não vem para se somar na comunidade, se impõe dividindo...”, introduz na aldeia sentimentos alienígenas como a “ambição, o desejo de explorar o outro” para satisfazer o benefício pessoal (liderança jovem). Ao mesmo tempo, tem vários exemplos de famílias de lideranças com filhos casados ou que moram fora de uma aldeia, além da significativa mobilidade juvenil por estudo ou pelo comércio do artesanato nas feiras de todo o País que implicam em prolongadas permanências fora da aldeia e, também na possibilidade de desenvolver novas relações sócio afetivas com não indígenas que na maioria dos casos se desenvolvem em um retorno na aldeia de origem do Pataxó.

A sensação de insegurança e de perda de controle dos confins de acesso à aldeia devida a inéditos acontecimentos de furtos e episódios de violência de não indígenas aos *parentes* da área, gera novas preocupações difusas. A liberalização do acesso da polícia local em caso de necessidade pode ser lida como uma forma de tutela colaborativa entre autoridades indígenas e não, expressiva do estado do alarme, medo generalizado e crescente desconfiança.

De fato o isolamento e falta de barreiras e controle nos pontos de acesso à área favoreceu o trânsito e também a permanência temporária de fugitivos das cidades causando potenciais problemas de ordem público e comunitário. Alguns episódios graves de violência familiar com repercussões em toda a comunidade foram causados por não indígenas e, também na época das festas patronais de mês de Janeiro (São Braz e São Bento), marcando a sensação de ameaça à “paz, tranquilidade e harmonia” que definem a visão compartilhada entre vários entrevistados da atmosfera que reina na *Aldeia Mãe*.

Ao mesmo tempo a recente maior acessibilidade à área indígena resulta favorável para consentir, na alta temporada à famílias que moram nas áreas mais próximas à praia de hospedar turistas dos variados perfis, entre “alternativos” (usuário) sensíveis à questão indígena e turistas das grandes capitais que não conseguem hospedagem nos pequenos centros turísticos próximos, mudando o panorama local, aparecendo áreas de camping e casas em aluguel. O encontro com o diferente “que vem de fora” assume portanto múltiplos entendimentos e acontece em diferentes formas e situações, pois além da motivação comercial, é interessante reportar a recente organização de um evento de fama

mundial de *tecnoxamanismo* (DA COSTA ABF, FERREIRA PP, 2016), na aldeia com maior autonomia e controle comunitário que levou centenas de pessoas ao longo de uma semana em 2017, à compartilhar conhecimentos nessa perspectiva de encontro entre ontologias diferentes que propõe articulações através das modernas tecnologias do saber global e digital entre a perspectiva das comunidades indígenas Pataxó e “indianidades” na acepção considerada pelas autoras Galinier J e Molinié A, (2013).

De fato, nesse tipo de situações o controle das famílias da comunidade permite um acolhimento considerado “seguro” porque baseado no recíproco respeito, convivência e troca de conhecimentos pactuados mais ou menos explicitamente com os estrangeiros, assim como reportado por uma especialista tradicional envolvida diretamente na organização do evento.

Uma outra consequência da recente maior abertura *ao externo* é o advento de novas religiões. Mesmo contando com uma presença centenária de contato com a igreja católica percebida como tolerante e “respeitosa” das manifestações da espiritualidade indígena que permitiu um encontro de tipo sincrético até a contemporaneidade do último século, a aldeia de Barra Velha é a única da área que possui quatro igrejas de diferentes religiões, pois em duas das outras quatro aldeias tem só uma igreja católica. Entre as igrejas, mais ou menos formalmente reconhecidas tem também a “igreja pentecostal intertribal” de referência de uma das mais importantes lideranças locais e orientada à fazer encontrar uma concepção Pataxó da espiritualidade com as propostas de outra religião.

O advento de novas “outras” propostas de espiritualidade é considerada na visão das famílias mais tradicionais como um ulterior fator de desorientação e desvio do espírito comunitário entre os *parentes*, particularmente dos jovens que resultam os mais expostos “ao que vem de fora”. O não reconhecimento das manifestações da espiritualidade indígena de algumas religiões leva à negação ou reprovação das práticas tradicionais resinificadas que ganham o rótulo de “coisas de feitiçaria” (Usuária).

A adesão às diferentes fés leva à algumas divisões entre as famílias e episódios de auto exclusão de alguns jovens de momentos de socialização: “tem meninos que não querem mais tocar a bola e ficam separados dos outros meninos da aldeia” (usuário), assim como a primeira discussão entre *parentes* questionando a convencional caracterização tradicional da festa de licenciatura da escola indígena. De fato na *Aldeia Mãe* dos Pataxó a categoria de “irmãos” começou a ser colocada ao lado da tradicional de *parente*, o que expressa novas formas de agrupamento da população da comunidade e

modalidades de agregação alternativas aquelas até recentemente conhecidas pela comunidade (liderança).

Pelos especialistas tradicionais mais anciãos, os efeitos da contaminação cultural das novas religiões produz redução do poder espiritual nas comunidades, a partir do cacique, pois “aumentaram energias positivas e negativas na aldeia, aumentando as igrejas...uma situação pesada, difícil lidar como cacique com essas forças” (liderança). A orientação à outras propostas religiosas tende a eliminar as crenças e práticas espirituais tradicionais indígenas também de alguns especialistas tradicionais que “tornam a reza em oração”, vindo a interromper as práticas ritualísticas tradicionais depois da “conversão” à nova palavra, (liderança).

Mesmo assim, são sinalizados vários episódios de sincretismos e flexibilidade na participação em rituais privados por especialistas tradicionais convertidos à novas religiões, manifestando a capacidade de adaptar a espiritualidade tradicional às novas propostas sem “confundir a espiritualidade com a fé” (liderança anciã). A experiência multissecular do contato com a igreja católica reduziu a transmissão e prática do saber espiritual tradicional, mas resulta evidente a capacidade de persistência e resistência nas comunidades até os dias atuais de formas de espiritualidade em momentos e âmbitos familiar e comunitários que motiva a leitura do impacto das novas religiões como ainda modesto, “diferentemente dos parentes de outras aldeias Pataxó mais próximas à Porto Seguro” (Usuário).

A visão mais crítica dos anciões e lideranças evidencia a monetização da espiritualidade instaurada a partir do advento das novas igrejas e o interesses secundários dos “vários pastores que apareceram recentemente nas famílias da comunidade”, uma situação até prevista pelos antepassados, lembrados nos contos de uma liderança anciã: “ele (o pai do participante, *ndr*) dizia: hoje você vê todos ir à missa, mas... vai ter um tempo no qual será o padre à ir chamar as pessoas a missa, passando de casa em casa”.

De fato, a comunidade aldeada mais próxima à Barra Velha, caracterizada pelo maior controle comunitário estimulado pelas alianças entre famílias lideradas por lideranças espirituais até hoje não aceitou outras igrejas além da católica, historicamente presente na aldeia antes do seu reconhecimento oficial. É nessa aldeia que de fato se concentram cuidadores tradicionais de grande reputação, reconhecidos pelos conhecimentos dos ancestrais que orientam o perfil e as concepções enraizadas nos cânones da tradição dessa comunidade de famílias de *parentes*. Nesse contexto prevalecem as condições de vida rurais e as habitações são espalhadas nos campos

cultivados, muito distantes entre si. Como vou descrever sucessivamente, nessa comunidade se concentram as práticas que se referem aos saberes da tradição Pataxó de cuidado físico e espiritual e relatos frequentes de práticas de autoatenção dos usuários mais orientadas pelos conhecimentos familiares além dos especialistas tradicionais.

3.5. Os jovens, novos sujeitos comunitários vulneráveis

Na estrutura familiar e na comunidade aparece como fruto da transformação sociocultural da comunidade em ato dos últimos anos uma nova identidade, o adolescente, o jovem Pataxó geralmente considerado como *estudante*, crescido em contexto e “condições comunitárias e familiares diferentes” (liderança anciã) pois, por exemplo a maioria da atual geração dos pais de família tem uma escolarização limitada, primária ou nenhuma sendo crescida num estilo de vida orientado ao dever de todos os membros da família de participar nas atividades para garantir o sustento à família, além de se formar através da educação principalmente repassada em âmbito familiar (liderança anciã).

A ruptura do modelo considerado “tradicional” de relações familiares, a partir desse pulo geracional é lida com tons de preocupação pelos *parentes* que pertencem as gerações que vivenciaram uma forma de vida mais próxima à idílica e simbólica “época da fartura” dos avós e anciãos mais velhos de hoje, na qual a abundância dos recursos naturais, o tamanho e força do espírito da comunidade permitiam uma harmoniosa “autonomia e união dos parentes”, definindo uma hegemonia do modelo de conhecimento e práticas de educação e cuidado à saúde e bem estar psicofísico, referenciado nos conhecimentos da tradição, mesmo considerando as gerações mais recentes basicamente escolarizadas.

Pelos anciões e lideranças de qualquer idade, incluindo as mais jovens, o “jovem Pataxó de hoje” é o sujeito comunitário mais vulnerável às consequências negativas da maior abertura da comunidade, pois são (des)orientados por “outras” fontes de informação que não fazem parte do modelo de educação tradicional que os aproximam a espaços do “mundo lá de fora, o moderno e o global”, ignoto e pouco acessado pela geração dos pais e avós: um modelo que os jovens percebem como “moderno, inovador e alternativo” ao que é “tradicional, o que é da comunidade, o que é nosso” que leva a incompreensões e incomunicabilidades intergeracionais: “as vezes os meus filhos me fazem perguntas as quais eu não sei o que responder” (liderança).

Os processos recentes de mudança sociocultural veem os jovem protagonistas, no sentido de atores e vítimas dos processos de assunção de modelos de comportamento “modernos” que produzem casos de alcoolismo juvenil, conforme descrito nos contextos amazônicos do Alto do Rio Negro de longo contato interétnico favorecido pela maior mobilidade social juvenil e maior disponibilidade e acesso aos alcoólicos, assim como descrito por exemplo por Souza MLPD, Schweickardt JC & Garnelo L, (2007).

Em um contexto no qual os serviços sociais evidenciam profundas desigualdades, conforme relatado recentemente por Borges JC (2017), na análise da assistência social na mesma área objeto do presente estudo:

“A situação de vulnerabilidade vivenciada pelos Pataxó decorre da expropriação territorial a que foram sujeitos ao longo da história. Hoje, qual é o diagnóstico da Assistência Social? A ausência de documentação civil e benefícios eventuais (cestas de alimentos e lonas); idosos e deficientes sem benefícios previdenciários; dificuldades com os temas das drogas, alcoolismo, violência; problemas com Programa Bolsa Família (déficit de cadastramento, bloqueios recorrentes); insegurança e soberania alimentar”, (BORGES JC., 2017, p. 225).

A vulnerabilidade desse subgrupo comunitário é percebida portanto como maior, pois a exposição da nova geração ao modelo dominante do branco é maior e ao mesmo tempo “é menor a proteção do conhecimento e espiritualidade tradicional mais que no recente passado” (especialista tradicional). A assunção de comportamentos que os desviam das regras consolidadas comunitárias e a maior liberdade e independência sexual levam à relações sentimentais consideradas frágeis, as vezes efêmeras pois os pais não conseguem mais “obrigar os jovens se casar...o pai da menina, quando sabia (da relação, *ndr*), saia procurar o jovem e quando o achava, o cara podia estar lá... todo sujo de farinha que o levava logo ao posto (da FUNAI, *ndr*) e fazia casar assim (risada, *ndr*)” (Usuária).

Também a prática do “roubo da mulher” citado por vários usuários anciões, hoje perdeu o valor simbólico que permitia a inclusão da *menina* como novo membro no núcleo familiar de origem do *menino* para que a relação (ou eventual gravidez da *menina*) pudesse resultar legítima aos olhos da comunidade:

“A minha mãe me contava de quando começou à namorar com o meu pai...ele vinha busca-la à noite, na casa da minha vó...ela já sabia disso mas saiu assim, sem nada para não dar no olho...estava chovendo e o meu pai a levou até a casa da mãe dele, (A avó da parte do pai da *menina*, *ndr*) que abriu a porta e falou “entre” ...e logo depois vi a minha mãe lá de fora (de casa, *ndr*), abaixo da chuva...e falou: “e não vai fazer entrar essa menina não! Vai deixar aqui fora a molhar até a chuva cansar!” (Risada, *ndr*) ... e assim começaram a vida juntos, mas eram bem jovens, dizem que tinham tipo 12 anos... assim.... Mas naquela

época era normal, que dizer... aliás hoje também tem muitas meninas que ganham neném, muitas mesmo...mas hoje é mais difícil né, antes era diferente?” (Usuária).

A leitura que transparece nas visões dos não indígenas, representantes de serviços públicos e profissionais da saúde local, também enfatiza a dificuldade das novas gerações entre o processo de educação escolar indígena orientado pela perspectiva de resgate da cultura e tradição Pataxó estimulado pelos anciões e lideranças históricas e a projeção a modelos não indígenas de consumo abertos à novas identificações híbridas, ou “hibrididades do multindivíduo” filho da época digital, urbana e global na acepção considerada na introdução dessa tese do autor Canevacci: “um sujeito que coabita com uma pluralidade inquieta de ‘s’ – entra em cena e conflito com os esquemas tradicionais que se revelam resistentes (fundamentalismos)”, (CANEVACCI, 2009, Op. cit., p. 139).

A falta de condições do mercado do trabalho local para realizar perspectivas e expectativas pelo futuro que se criam a partir de modelos não indígenas, construídos “no que tem lá fora e vem aqui dentro” (liderança) pelas imagens mediáticas, veiculado as redes sociais virtuais e também absorvidos nas vivências provisórias nas casas de *parentes* em outras aldeias Pataxó na área de Porto Seguro ou pelo contato, sempre mais fácil, com “turistas de todo o mundo “ no habitado turístico mais próximo, pois “hoje pode chegar em cinco minutos de moto....lá tem forró sempre, o ano todo. Antes (da construção da pista, *ndr*) não tinha jeito... tinha que andar caminhando pela praia...não tinha jeito mesmo...se andava mais rápido, demorava igual” (usuário).

A interrupção e abandono escolar por causa da maternidade ou por um trabalho remunerado, mesmo que momentâneo, ou a falta da perspectiva de um emprego *moderno* fora das paredes domésticas são lidos como fatores de “muitos casos de depressão feminina por ter uma mente ociosa” (profissional não indígena de serviços públicos municipais). A leitura *do nativo*, como vou descrever nos parágrafos relativos ao saber em cuidado de tipo tradicional tem uma visão mais ampla do adoecimento psicofísico e desses estados depressivos femininos, inclusive juvenis.

A escola “indígena diferenciada, bilíngue e intercultural” é, como já indicado o ator central no “resgate do conhecimento e das práticas tradicionais das comunidades Pataxó” (Professor) e um centro de referência de pesquisa indígena e não sobre a cultura Pataxó do sul da Bahia (liderança).

A ideologia comunitária das lideranças levou a gradual indigenização da escola indígena dos primeiros dois graus de ensino onde todo o pessoal docente é Pataxó, assim que nos últimos dez anos todos se tornaram professores os ex-estudantes indígenas

oriundos da *Aldeia Mãe*, formados nos polos universitários de Belo Horizonte (MG) e Salvador (BA), “conseguindo acompanhar a educação das últimas gerações de todas as aldeias da área a partir do primeiro grau até o superior completo” (professora).

No entendimento dos professores e das lideranças anciãs que os orientam, a função política da educação intercultural indígena é central na visãoêmica da interculturalidade: o “resgate da língua” e do conhecimento tradicional são meios de leitura do *que vem de fora* através das lentes da perspectiva (tradicional) Pataxó para que, como dizia um guia de referência para o grupo dos professores indígenas: “para que os jovens sejam preparados à botar os pés em dois sapatos diferentes para poder caminhar pelo mundo sozinhos”, (professor indígena).

A união entre o grupo dos professores na visão compartilhada com as autoridades institucionais políticas e espirituais da “missão” da educação indígena *diferenciada* permite também “a possibilidade de reduzir a distância entre aluno e a professor e vice-versa”, (professor). Isso acontece no processo de mutua aprendizagem na construção do material didático a partir dos conhecimentos existentes nas famílias e, por outro lado pela relação pedagógica fundamentada na transmissão do saber na prática, na base do “modelo tradicional de transmissão do saber Pataxó”, antigamente de monopólio das famílias e dos seus educadores e cuidadores” (professor).

Na leitura dos professores, essa proximidade e convivência na prática de aprendizagem permite perceber as diferentes condições de vida comunitária e socioculturais das famílias dos alunos *parentes*, as dificuldades cotidianas e as situações que podem gerar “mudanças de comportamento que conseguem ser percebidas e..de uma certa forma monitoradas ou acompanhadas” pela equipe dos professores (professor indígena).

CAPITULO 4. O(s) SISTEMA(S) LOCAL(is) DE SAUDE INDIGENA E A ATENÇÃO DIFERENCIADA EM BARRA VELHA

Esse capítulo descreve as concepções e práticas de atenção diferenciada dos atores do processo local de cuidado às comunidades Pataxó da área de Barra Velha. A análise considera as polarizações e tensionamentos na polissemia que assume a atenção *diferenciada* que delineiam elementos da demanda de interculturalidade local, principalmente motivada pela implantação e implementação de um modelo biomédico de práticas de atenção “programática”, num contexto terapêutico preexistente e que resulta a primeira referência por uma parte das comunidades Pataxó em termos de autoatenção e cuidado dos especialistas tradicionais e cujo encontro produz elementos de hibridização.

Ao mesmo tempo, a observação e análise das práticas de (relação) de cuidado e do funcionamento do modelo local de atenção básica evidenciam adaptações e formas de interculturalidade, principalmente focadas na figura do profissional indígena, quando pelo profissional não indígena a maior sensibilidade intercultural é fruto de aproximações afetivas que podem ser consolidadas a partir de específicas condições que garantem a fixação e continuidade da presença desse profissional nas comunidades onde trabalha.

4.1. O modelo tradicional entre forças e fraquezas

Acho oportuno, antes de analisar as características das práticas da atenção diferenciada local, descrever algumas concepções e práticas do conhecimento Pataxó em saúde presente em formas e intensidades diferentes em todas as comunidades contempladas no estudo. Isso permite evidenciar algumas especificidades da cultura local de saúde que distanciam-se da visão não indígena de saúde e cuidado, ressaltando fatores de desencontro e barreiras à “articulação dos saberes”, ponto crítico da atenção diferenciada assim como preconizada na PNASPI (FERREIRA, Op. cit., 2013).

Atualmente, nessa área Pataxó existem e praticam o cuidado à saúde *dos parentes* numerosos e vários especialistas tradicionais difusos em todas as comunidades, geralmente considerados “anciões” porque “sábios” ou portadores de uma bagagem cultural “mais antiga” e muito vasta hoje representada em declínio, pois “os curandeiros são sempre menos... a maioria que está viva, é ancião e...com problemas de saúde que impedem de cuidar de outras pessoas” (liderança anciã).

Pelos anciões e lideranças que tem uma longa experiência que permite uma visão da trajetória do saber dos Pataxó em saúde antes dos recentes impactos do processo de maior contato e abertura “ao externo”, os especialistas tradicionais são sempre menos e escassa é a troca geracional assim que “hoje podemos dizer que tem um... 10% dos cuidadores que tinham mais antigamente” na “época da fartura” vivenciada por eles (liderança anciã).

O modelo de saúde indígena Pataxó até os anos '70 era o único existente e ficou dominante até a vinda dos primeiros profissionais da saúde pública (a partir de 1998), não obstante os primeiros casuais e ocasionais contatos com a medicina não Pataxó. A leitura comum à vários atores comunitários (especialista tradicional, anciões e lideranças de diferentes gerações e das famílias de usuários consideradas menos interessadas ou orientadas ao modelo do *branco*) percebem o declínio desse modelo por vários fatores ligados ao processo de modernização, entre os quais o processo de medicalização e branqueamento da saúde indígena introduzido pelos serviços públicos que leva ao decaimento e gradual abandono da procura de práticas do saber Pataxó em saúde por parte dos *parentes*.

Em definitiva, a saúde comunitária está sofrendo, nessa visão, pelo déficit de conhecimentos e práticas tradicionais no cuidado à saúde da comunidade como resultado da hegemonia da medicina *do branco*. Assim, na visão das lideranças, incentivar as práticas dos especialistas tradicionais resulta uma estratégia para reduzir a hegemonia da cultura medica “do branco” e, no específico os efeitos da farmacologização dos *parentes*.

Além dos fatores percebidos como exógenos e estruturalmente aniquilantes o espírito comunitário e os saberes em saúde dos Pataxó evidenciados no capítulo anterior, os especialistas tradicionais apontam outros fatores como os obstáculos à transmissão do saber em saúde pela (des) orientação dos jovens ao modelo do branco (consumo de produtos nocivos, curas de tipo exclusivamente biomédico e na base do fármaco, uso de outras religiões para cuidar do equilíbrio espiritual, pessoal e coletivo) que causa o desinteresse difuso nos jovens pelo próprio conhecimento representado como “tradicional” (professor).

Mais que a imposição e processo hegemônico das práticas do médico não indígena, a preocupação compartilhada pelos anciões e lideranças do perigo iminente e risco de perda definitiva do saber tradicional em saúde tende atribuir responsabilidades diretamente ao” desinteresse do índio mesmo que vira dependente dos remédios” (usuário), portanto biomedicalizado, “o primeiro que deveria cuidar da própria tradição,

acaba que prefere se cuidar em outro modo” (liderança antiga). Nesses termos, o que leva à uma rápida e geral desvalorização das práticas de cuidado tradicional é entendido menos como efeito único da hegemonia do “conhecimento do branco” e mais pelo protagonismo do *parente* na escolha, mais ou menos consciente na valorização de um *outro modelo*, não indígena, “em acreditar que a ciência, como a publicidade é a verdade” (liderança anciã).

Para alguns especialistas tradicionais, não parece compreensível como a medicina indígena seja objeto de crescentes interesses por “brancos” mais que pelos *parentes* das comunidades nas quais convive o curandeiro, remarcando por uma lado as derivas de tipo predatório do interesse do *branco* e por outro lado, a tendência a comercialização e lucro do indígena na venda de preparados naturais ou até informações sobre os conhecimentos da tradição. Paradoxalmente, na visão de alguns cuidadores tradicionais com experiências fora da aldeia, os reconhecimentos da sociedade não indígena em eventos públicos a nível nacional e até internacionais, resulta útil paradoxalmente para recuperar maior consideração ao voltar na aldeia na aldeia, “principalmente dos jovens que atribuem mas valor ao que acontece lá fora que aqui” (liderança anciã).

O sentimento de “ser esquecidos” pela comunidade e o estado de abandono ou isolamento que caracteriza as condições de vida de especialistas tradicionais mais velhos e portanto mais considerados pelo acúmulo de saber, se encontra nas narrativas das lideranças como crítica as recentes transformações da comunidade que, como demonstrado, encontra-se em uma fase de transição e hibridização rápida que a orienta sempre mais a abraçar a proposta curativa do modelo *que vem de fora* e “a fé cega no poder do fármaco” (liderança histórica).

Mesmo existindo pelas regras comunitárias Pataxó uma escala hierárquica na base da qual o Pajé é considerado a maior referência espiritual, curativa e política, pois “tinha um poder (percebido como, *ndr*) até superior ao cacique” (liderança anciã), hoje o pajé mais ancião da *Aldeia Mãe* mesmo que reconhecido simbolicamente, resulta pouco consultado pela comunidade e portanto a sua prática obsoleta. As variadas tipologias de cuidadores contemplam vários tipos de práticas e conhecimentos como “aqueles que te rezam e te benzem” (usuário), as parteiras, as conhecedoras de raízes, plantas e da manipulação e preparo de vários remédios de cura nas formas de lambedor, xaropes, banhos de folhas, pomadas, óleos e essências, sabão e até comprimidos.

Fazem parte dessa categoria também uma categoria que identifico como pajé “anônimos”, as vezes os “jovens que são chamados pelos parentes (comunidades das

aldeias limítrofes, *ndr*) de pajé”, as vezes “pajezinhas” ou mulheres que tem relevantes conhecimentos de remédios do mato, ou *parentes* do próprio círculo familiar que são reconhecidos por concentrar poderes curativos e conhecimentos que passaram pelas gerações e linhagens.

Além da variedade de perfil de curandeiros e dos conhecimentos que perpassam as linhagens das múltiplas famílias Pataxó da área e que portanto conformam um sistema de saber e práticas em saúde Pataxó complexo pois difuso em diferentes agregados de *parentes* (familiares, comunitários, intercomunitários) em todo o território de pesquisa que não necessariamente é vinculado à figura institucionalmente reconhecida do curandeiro.

A função de *curandeiro* é construída socialmente no reconhecimento da comunidade como um *parente* que se distingue pelo acesso e poder de conhecimentos secretos, particulares e não compartilhados que diferenciam o seu poder curativo. A leitura do especialista tradicional da própria capacidade de cura deriva da “vontade de Niamisũ-Deus” ou “Tupã” (especialista tradicional), entidade divina referida e definida em termos genéricos como única e portanto superior as diferentes maneiras de nomear e caracterizar de forma parcial a imagem do *Pai* fornecidas e propostas pelas novas religiões aos *parentes*.

A prática de cura é considerada “um dever, uma obrigação a usar um dom de origem divina”, uma dádiva, repassado com a finalidade de “cuidar e proteger a própria comunidade” (especialista tradicional). A vocação teológica e metafísica do “dom de cuidar” e origem divina do conhecimento do cuidador envolve a esfera da espiritualidade por qualquer prática de cuidado e cura realizada. A vocação divina do especialista que responde a uma chamada, recebe e transmite uma dádiva “ao próprio parente”, impõem o imperativo (categórico) de não poder recusar-se à praticar o conhecimento recebido, ou seja o cuidador não pode renunciar à concretizar “o que Deus quis lhe doar de presente” (especialista tradicional).

Assim a prática de cura se torna um dever de cuidar da própria comunidade de *parentes* “porque é deus que manda” (parteira). Por consequência o “trabalho” do cuidador tem um valor simbólico que não prevê formas de remuneração ou agradecimento com bens materiais, garantindo a passagem da condição de “ter um dom” à atitude de “se doar” através da mediação espiritual entre o poder divino e a condição humana sujeita ao sofrimento espiritual que causa a doença.

A origem espiritual e divina do conhecimento dos curandeiros permite justificar o valor não questionável do remédio e da cura, tanto pelo especialista que pelo doente, assim que a assunção de um remédio do mato tem uma série de implicações espirituais que não se encontram na assunção convencional dos fármacos assim como proposta pelos profissionais não indígenas da EMSI.

O segredo envolve a preparação e escolha das modalidades de tratamento assim como dos ingredientes dos remédios, ou seja todas as técnicas e momentos de cura são interligadas à espiritualidade, por exemplo a prática das reza é utilizada no preparo e no momento da assunção do “remédio do mato” e vice-versa as plantas acompanham as rezas.

O acesso aos segredos é uma aproximação permitida só à algumas pessoas de novas gerações, geralmente consideradas “como aprendizes” que o especialista tradicional “avalia aptas para receber o conhecimento”, geralmente depois algumas provas (especialista tradicional):

“A minha avo pediu para eu repetir uma canção em Patxohã antiga que ela começou a cantar em um momento que eu não estava prestando atenção...eu não consegui, eu falei que não estava prestando atenção naquele momento...mas ela saiu do quarto e não falou nada... eu sempre alei com ela que estava curiosa, mas depois daquela vez...” (profissional indígena).

O menor interesse comunitário para o conhecimento tradicional é, como evidenciado, fruto das recentes transformações da comunidade na orientação à modelos alternativos ao comunitário representado como tradicional, uma tendência ainda mais significativa pelos jovens assim que o especialista vem gradativamente a perder tanto os seus “pacientes” e que o acompanhamento do seu “aprendiz”, as únicas estratégias para permitir ao saber do especialista tradicional de permanecer vivo.

Nesse sentido as práticas tradicionais conseguem ser repassadas e realizadas mais através de conhecedores informais, geralmente os anciões presentes nas famílias que ainda constituem a primeira referência mais próxima imediata em situações de adoecimento. De forma inicial, outros percursos da educação ao cuidado tradicional são realizados pela já citada escola indígena, através da introdução na didática escolar da presença do especialista tradicional e atividades de pesquisa sobre o uso das ervas medicinais que hoje crescem em uma horta escolar com a finalidade de integrar as falhas da merenda escolar assim como incentivar o cultivo e circulação na comunidade de plantas medicamentosas.

A transmissão e divulgação dos conhecimentos do ponto de vista de anciões, lideranças e curandeiros é uma questão delicada que tem que ser controlada e administrada pelos guardiões e vigilantes do saber indígena em saúde “a fim de evitar que as armas das próprias defensas sejam entregues ao conhecimento do branco” (jovem liderança). As estratégias contra-hegemônicas ao poder oprimente e anulante do *branco* não podem ser compartilhadas, pois perderiam o valor, ou poder de defesa ou ataque, assim como representado pelo “conto do gato e da onça” reportado por várias lideranças:

“O gato não fala para a onça como pular para descer da árvore quando ela pede para ele mostrar como faz subir na cima das árvores...assim a onça conseguiu seguir o gato até a cima... mas quando o gato pula pra terra, a onça não sabe como pular...se ele tivesse contado tudo, não teria sobrevivido ao ataque da onça...” (especialista tradicional).

A resistência em compartilhar os conhecimentos considerados da tradição com o não indígena é lida portanto como a garantia da existência e preservação do poder do saber indígena que impõe uma reflexão sobre o entendimento da interculturalidade em sentidoêmico e ético, especificadamente no que concerne o conceito de “articulação” entre saberes que resulta o nó crítico da interculturalidade do conceito de atenção diferenciada e da sua operacionalização, como evidenciado nos capítulos introdutivos. A necessidade de garantir a autonomia de decisão às comunidades indígenas sobre qual tipo e para quais finalidades, destinatários e vantagens pela saúde comunitária o próprio conhecimento será utilizado.

A escola de fato se propõe o papel de garante da transmissão e resgate do saber tradicional das comunidades promovido através de pesquisas tanto como modalidade de didática participada pelos alunos que de nível acadêmico pelos professores locais, incluindo o saber tradicional em saúde. No específico, recentemente a problemática do adoecimento e morbidade da comunidade de Barra Velha estimulou alguns professores a pedir o acesso aos prontuários das famílias para realizar uma análise da situação epidemiológica.

A procura de articulação com o saber tradicional é realizada através o convite dos especialistas tradicionais, como a parteira e o pajé em momentos de didática escolar. Em termos de articulação com o saber em saúde não indígena, algumas presenças e palestras de profissionais da saúde local foram também realizadas, deixando a autonomia ao profissional da saúde de levar orientações de cunho biomédico.

Nesse sentido, mesmo tratando-se de tentativas de aproximação, esses exemplos de articulação não se configuram como uma estratégia de troca bidirecional ou construção conjunta de significados interculturais entre professores e profissionais (brancos) do posto de saúde. As experiências e tentativas realizadas de fato não oportunizaram novos encontros.

Recentemente o mutirão de professores indígenas tem construído uma horta de plantas tanto para suportar a merenda escolar que “quando chega na aldeia é produzida com produto...como aqueles que você encontra em uma churrascaria na cidade, não apropriados à alimentação que a comunidade considera saudável pelo indígena” (professor indígena) assim como plantas medicamentosas a fim de resgatar a circulação dos remédios do mato e revitalizar o seu uso nas famílias dos alunos das comunidades.

No grupo dos professores, vários participam como iniciados aos rituais tradicionais do “acesso restrito” de encontro com os “espíritos de luz” (professor) descritos em seguida, evidenciando a conexão com a espiritualidade indígena tradicional na formação como liderança e educador indígena. Na visão das antigas lideranças os jovens professores são representados como “novas lideranças” que precisam se preparar para lutar pelo “resgate”, afirmação e continuidade da cultura que leva a recuperar e proteger a “harmonia” do “espírito comunitário” tradicional dos Pataxó (liderança anciã).

A atenção pelo resgate das plantas medicinais é realizado também por um grupo misto de mulheres da comunidade de Barra Velha, auto constituído e orientado à revitalização do espírito comunitário. Essas mulheres tem construído uma grande horta focando principalmente nas “plantas medicinais que não são mais utilizadas, aquelas que são mais necessárias e aquelas que não se encontram mais na aldeia porque eliminaram muito mato que estava logo ali, atrás das casas” (responsável do grupo). Como sinalizado, o comércio das sementes é sustentado e o cultivo facilitado pela colaboração da FUNAI local.

O conhecimento das ervas medicinais é a parte do patrimônio tradicional mais compartilhado e difuso nas famílias dos parentes. Geralmente a figura feminina é indicada como prevalente na transmissão do conhecimento tradicional e, no específico, do uso de plantas medicinais (liderança antiga) e os especialistas tradicionais não conhecem distinções de gênero a priori. A título de exemplo, uma liderança evidencia que em uma outra aldeia Pataxó, próxima a Arraial d’Ajuda, uma mulher é reconhecida como Pajé.

O uso das plantas em função medicinal tem uma gama de conhecimentos que pertencem às famílias de forma variável e numerosas práticas de manipulação das plantas

pela produção e até comercialização ocasional de remédios com *o branco* entre sabões, pomadas, xaropes, essências, garrafadas.

Nos jardins ou quintais amplos das casas é frequente ser acompanhados a conhecer algumas plantas medicinais cultivadas, além daquelas de fruta e pelas sementes artesanais, a especialidade do artesanato local. A circulação de plantas, folhas, raízes, mudas, sementes, remédios do mato segue a lógica prevalentemente da troca e a informação sobre o acesso depende exclusivamente dos canais e redes familiares dos *parentes*.

Recentemente projetos desenvolvidos por ONG contribuíram para criar competências partir do conhecimento Pataxó das plantas na fabricação de sabões e pomadas e até remédios do formato e tamanho de “cápsula” (usuário ancião) em perspectiva de futuras comercializações. A não sustentabilidade caracterizou também esse tipo de projetos como em geral aqueles de cultivo comunitário, mas mesmo assim se mantem de forma espontânea uma produção destinada tanto ao consumo interno da aldeia que pelo pequeno comercio com o *externo*.

O conhecimento e uso das plantas medicamentosas pela visão dos especialistas tradicionais não podem porem ser re(con)duzidos exclusivamente as práticas fitoterápicas difusas nas famílias de todas as comunidades, pois requer um grau de conhecimento que por algumas doenças pertence ao especialista tradicional, reconhecido e titulado para cuidar com as plantas (liderança). Tem portanto um conjunto de regras, tabu e hábitos de prevenção à saúde e práticas de cuidado que dependem das tradições de cada família, várias e complexas a ser compartilhadas e conhecidas, as vezes monopólio do conhecimento de um ancião e as vezes compartilhadas pelos membros de diferentes gerações da família (profissional indígena). Isso evidencia a difusão de práticas de autoatenção dos *parentes* não necessariamente vinculadas ou veiculadas pelo conhecimento reconhecido como tradicional dos especialistas tradicionais em saúde Pataxó.

Em relação à prática de uso das plantas medicinais consideradas portadoras de um poder sobrenatural medicamentoso, a sabedoria local dos especialistas tradicionais indica uma série de precauções e conhecimentos práticos que tem que ser aplicados para conseguir o efeito curativo, além do conhecimento do tipo de planta em relação ao tipo de efeitos de cura por tipo de doença: em relação a delicadeza do contato e tipo de intervenção na planta (rescisão ou corte parcial, erradicação), “tem que pedir licença para recolher” ou “tem que pegar de surpresa para que ele não sofra”, pois “ela não pode ser

tirada da terra ou cortada de qualquer jeito, pois o jeito que você trata a planta ela vai tratar o cara...a água que você usa...como você lava a planta” (especialista tradicional).

Além do cultivo de espécies não conhecidas ou consideradas raras, o conhecimento específico do especialista tradicional se diferencia porque é considerado muito vasto e não acessível:

“As plantas (medicamentosas, *ndr*) estão sempre ao nosso redor...pode caminhar ali e você vai pisando a planta todo o dia...olha aquela dali, aquela é uma planta que faz bem para o estômago...mas se você não conhece você passa e não sabe...e pode até pisar nela...tem que conhecê-las...” (liderança antiga).

O conhecimento das plantas do *curandeiro* se integra a outros conhecimentos da esfera espiritual, técnicas e práticas de cuidado e percursos terapêuticos múltiplos. A “simpatia” por exemplo é uma estratégia de cura executada em situações de cuidado de forma complementar à outras práticas principais (rezas, banhos, defumação, toque no corpo), é uma prática realizada não de forma manifesta portanto não compartilhada pelo especialista tradicional com o os presentes à situação: o curandeiro realiza modificações na forma de objetos ou partes que pertencem ao universo e ambiente do *parente* doente (roupas, partes da estrutura da casa) que produz efeitos como “a aceleração do parto ou evitar que o menino se torte na barriga” (parteira).

As plantas como matéria prima do remédio do mato, como indicam alguns usuários e especialistas tradicionais, podem ser acompanhadas à outros ingredientes ignorados pelos pacientes, como a carne de órgãos de animais caçados na mata que absorvem o “poder da mata” (urubu, serpentes, tatu) e amplificam o poder curativo da planta. As estratégias e métodos de cura, variáveis por tipologia de cuidador pertencem a cada um separadamente, o uso conjunto de várias práticas, instrumentos, rituais de cura representa um patrimônio de conhecimento que vem das linhagens familiares das comunidades originárias através de experiências de aprendizagem baseadas na “convivência e acompanhamento” das práticas de especialistas tradicionais mais anciãos.

É interessante remarcar a analogia desse modelo de aprender baseado na prática da convivência cotidiana que lembra a atitude e o método dos técnicos de enfermagem, os profissionais indígenas da EMSI local mais qualificados, que valorizam a importância do acompanhamento do atendimento do profissional não indígena mais capacitado (médico, dentista e enfermeira) como oportunidade estratégica de aprender na prática a própria profissão no campo da saúde indígena pública (profissional indígena). Essa questão será retomada mais na frente.

A espiritualidade é o traço comum de qualquer tipo de relação de cuidado e práticas de auto atenção tradicionalmente orientada pelo especialista tradicional, portanto a reza tem uma função central em qualquer prática de cura, mesmo que gradativamente substituída ou eliminada pela assunção da fé nas novas religiões dos especialistas tradicionais. No caso do parto realizado pela parteira tradicional, canções mistas em Patxohã e Português, tanto nas rezas individuais e coletivas são usadas e apreciadas para relaxar as mulheres e facilitar a saída do menino. O canto, alternado por rezas coletivas é também uma prática entendida como meio de comunicação com “os encantados nos rituais reservados entre as famílias que cultivam a espiritualidade dos ancestrais Pataxó” (liderança) e também introduzem, acompanham e concluem os momentos de reunião e socialização comunitária, reforçando a memória coletiva, concordando com as reflexões do autor Fischer DD (2017).

A esse respeito, uma liderança histórica, depois da entrevista pediu para ouvir uma canção de antiga memória que bem representa o uso do canto e a sua função comunitária:

“Eu vou contar uma história que aconteceu
É muito antiga que eu ainda não existia
Quando me lembro chega doer meu coração
De eu saber o que aconteceu com os meus irmãos
Isso passou tão repente geralmente
Agora vejo todos meus irmãos todos contentes

(Começa quebrar a voz pela emoção, ndr)

Mais ainda ando triste com a vida
De eu saber o que aconteceu com a minha gente
Meu pobre pai saiu corrido da sua aldeia
Com a criança inocente não sabia
Quando acabou tudo aquilo que voltaram
Para saber tudo voltou com alegria
Eles passaram muita fome, muitos dias,
E a criança inocente não sabia
Quando acabou tudo aquele que botaram (?)
Para saber tudo voltou com alegria
Eu escrevi mais isso tudo mas não vi
Agora peço que vocês cante comigo
Quero também que você nunca esqueça
Eu sou a favor de (XXXX) na cabeça
Fui uma luta que eles nunca vão esquecer
E eu também trago tudo na memória
Essa história que eu conto para vocês...”

(Interrupção por emoção) ...“Desculpa ài, mais ela é muita...traz a gente assim o sentimento né, porque é uma história do nosso povo que sofreu...essa música mexe muito com a gente assim né, é por isso que eu choro, desculpa ài né...”
(Fonte: Diário de campo, Barra Velha, Junho 2017).

Frente da variedade do conhecimento e técnicas de curas que caracterizam os cuidadores locais, tem uma diferenciação e especialização por tipo de prática curativa dos curandeiros ou especialistas tradicionais associada ao tipo de doença e sintomas que são interpretados a partir dos instrumentos culturais da tradição indígena local. Os sinais de doenças “reconhecidas como indígenas”, ou seja estados de mal-estar físico, mental e espiritual que a “medicina do branco” não sabe entender e portanto diagnosticar, tratar e curar com eficácia (especialista tradicional). Assim o rezador mede o tamanho da circunferência do peito “se o parente está de peito aberto” ou individua um mal-estar que vem da “espinela, espanto, vento/ventre caído, resguardo quebrado, cansaço, corpo pesado, mal olhado “que podem também precisar de banhos de folhas para tirar as energias negativas acumuladas ou sarar o mal” (rezador).

Se o cuidador não consegue entender o problema de saúde, não tenta uma estratégia terapêutica alternativa e indica o médico. Isso evidencia, na perspectiva de um especialista tradicional que não existe o percurso inverso, ou seja o profissional medico da EMSI, não considera a possibilidade de necessitar da referência (e contra referência), consulta ou endereçamento do usuário ao especialista tradicional no caso não consiga entender ou realizar um diagnóstico na base do seu conhecimento.

Isso representa também um exemplo da concepção da atenção diferenciada divergente entre esses atores, pois pelo especialista indígena é possível recorrer ao conhecimento não indígena mas não existe uma reciprocidade ou ambivalência na perspectiva do especialista em saúde não indígena que nessa situação procura especialistas no próprio sistema de saúde.

Uma vasta gama de doenças ou dores psicofísicas considerados não graves, ou “leves” também são de competência do saber do rezador (usuário), tipo: resfriado, mal de dente, dor de cabeça, tristeza, cansaço que correspondem a estados de dor física e mental que o cuidador tradicional interpreta a partir do conhecimento espiritual Pataxó e concepção holística de doença e adoecimento. Instrumentalmente as vezes o uso do fumo do “timbéro” ou cachimbo, e incensos e defumadores a base de “amesca” acompanham as práticas de cuidado ou são utilizados como instrumentos de erradicação do mal que pode ser um inchaço da barriga por uma comida pesada ou, no caso da gravidez algo que

tire o peso percebido no próprio espírito “que pode chegar agitar o menino e complicando o parto” (parteira).

Os que cuidam da saúde e espírito da comunidade são reconhecidos por ter poderes diferenciados de cura, proteção, prevenção e até previsão de situações que causam interferências à integridade do espírito étnico comunitário. A origem divina do poder na cosmologia da natureza se manifesta através dos “guias de luz”, especialistas tradicionais espirituais que além de ter um poder curativo pela solução de casos individuais, conseguem cuidar da saúde e bem estar espiritual da comunidade.

Isso acontece quando são realizados rituais coletivos exclusivos ou “fechados” a um grupo de pessoas aceitas, promovidos periodicamente pelos membros mais anciãos de famílias da comunidade que representei no capítulo anterior como mais protegida ou onde o controle sociocultural comunitário resulta maior. Em situações e momentos críticos de luta pela autoafirmação e reconhecimento étnico-cultural e político dos Pataxó também são realizados rituais como para preparar e acompanhar as viagens dos caciques ao Ministério de Saúde em Brasília, para influenciar as sentenças de julgamento das lideranças líder do movimento de “retomada”, resolver conflitos e decisões sobre a questão da terra e a na celebração das festas comunitárias, ou seja todos momentos de reafirmação da unidade e vivencia coletiva no espaço comunitário indígena autodeterminado e autônomo.

Esses rituais com acesso controlado e restrito, se realizam em áreas mais afastadas do território de Barra Velha e além dos especialistas tradicionais são participados por jovens lideranças com o intuito de se aproximar, cultivar e aprender a escutar ou receber “os espíritos de luz, os encantados, os caboclos da mata” nas visões sincréticas que aproximam ao candomblé “os guias” são uma representação simbólico-religiosa dos guardiões dos “secretos da mata”, a origem metafísica e sagrada do conhecimento indígena (professor).

Os anciões, “guias de luz” são considerados pelos mais jovens como “os que tem o poder de administrar a relação com as entidades dos encantados” conseguindo lidar com os excessos de energias que podem conduzir a estados de transtorno e perda do autocontrole, autoconsciência dos novatos (professor).

Alguns relatos reportam que nos rituais de dança do “awé” no “luau ou lual” organizados pelos estudantes e abertos aos turistas, a escolha de algumas canções antigas resgatadas pelo conhecimento dos anciões causou problemas à alguns jovens participantes que “por alguns dias ficaram possuídos e precisaram da intervenção maciça

do poder de alguns anciões que conseguiram dialogar e convencer os espíritos a deixar o corpo do parente” (professor). A referência a esses episódios aparece, como uma evidência, nas narrativas também de outros participantes (profissional indígena, usuário, liderança anciã).

O efeito imediato da participação ao ritual é uma sensação de grande perda de energias psicofísicas, mas os estados de trance levam no meio e longo prazo à uma sensação de bem estar “porque está sendo cuidada a parte espiritual que os espíritos precisam que seja cuidada” (liderança jovem). Essa experiência espiritual é considerada pelas jovens lideranças como funcional e preparadora ao próprio papel na proteção, promoção e reforço do espírito e identidade pela unidade comunitária dos parentes (professore indígena).

É nos rituais e momentos de relação com os “espíritos de luz” que os “guias” ou médiuns, recebem as orientações ou inspirações para resolver situações de saúde e indicações sobre quais plantas utilizar e com quais procedimentos ou percursos terapêuticos agir, além de revelar previsões de acontecimentos comunitários.

O fogo como elemento purificador e os fumos dos incensos balsâmicos mantem uma função de centralizar e agregar os participantes em um momento de reforço da presença e manifestação do poder coletivo concentrado nos poucos especialistas tradicionais.

As formas da espiritualidade tradicional se fundem e se confundem pelo assinalado advento das novas religiões e as formas dos sincretismos e coexistências de conhecimentos espirituais e religiosos, oferecendo exemplos de mistura e adaptação entre diferentes religiosidade, como por exemplo no caso de rituais nos quais “espíritos da mata” e “orixás” se encontram a partir do encontro e participação de guias espirituais indígenas e afrodescendentes, trocando conhecimentos e descobrindo práticas comuns de uso de ervas “poderosas” (usuária).

Além disso, em algumas conversas informais com diferentes usuários foi relatado de alguns grupos de jovens que são frequentemente “convidados para participar em cerimoniais fora do Estado, para celebrar rituais juntos a grupos da espiritualidade Umbanda”, na perspectiva de uma integração e troca de energias, pois aquelas indígenas são consideradas muito poderosas (usuária). Nesse sentido esse tipo de troca se revelou em várias ocasiões uma tentativa e interesse percebido como predatório da parte dos “outros grupos” espirituais e religiosos de “se apropriar dos nossos poderes” (usuária).

A concordância geral dos que levam uma visão étnica mais tradicional sobre a forte espiritualidade que caracteriza o “indígena Pataxó” parece prevalecer sobre os efeitos das novas religiões: “ele tem uma espiritualidade muito forte, eles tem que acreditar em alguma coisa, seja no sol, na lua, na floresta, em algum espírito, no ouriço, no caranguejo, no pajé, no índio que já fui, deus, Jesus...” (liderança). A concepção da solidez e essencialidade da espiritualidade Pataxó ainda orienta e define percepção da existência do “espírito comunitário”, mesmo que “abalado” e reduzido “pelas novas aberturas ao externo”, orientado tradicionalmente à um “sistema de regras de cunho espirituais, sagradas, que garantiam a ordem sociocultural e o equilíbrio harmônico nas famílias e comunidades dos parentes” e a persistência de uma sensibilidade e atitude aos acontecimentos cotidianos na base de regras tradicionais, orientadas espiritualmente (liderança).

Assim a concepção do próprio equilíbrio espiritual e físico depende da relação com o próprio contexto familiar mais próximo, comunitário e o ambiente circunstante que inclui o que hoje “vem de fora”, o global. Nas narrativas sobre a concepção do que é estar/se sentir em saúde, as visões dos usuários colocam a “harmonia” da relação com a comunidade dos parentes como central para o próprio estar bem, assim como visões mais orientadas “ao moderno” se referem ao bem estar econômico da própria família e na preocupação dos custos para garantir os próprios familiares, incluindo o custo da saúde.

A concepção do equilíbrio entre as dimensões individual-familiar, comunitário e étnica de povo na visão que se auto representa tradicional Pataxó é fundamentada na ligação espiritual com o ambiente natural, a terra Pataxó. Assim a mudança ou perturbação de uma dessas relações é causa de ruptura do próprio “se sentir bem”, estar em saúde: “a saúde é terra para se alimentar e se cuidar, a saúde é cuidar do próprio lado espiritual, salvar o espírito comunitário, proteger a comunidade das cobras brancas” (liderança anciã).

Os vários percursos disponíveis para alcançar o bem estar espiritual, além das espiritualidades não indígenas e de formas de sincretismo e hibridização, incluem formas de espiritualidade que se expressam ao individual de sujeito, com múltiplas formas de viver, procurar e comunicar com “Niamisũ”, “Tupã”, “Deus”, “o criador”, uma entidade única e superior as (di)visões e variedade de apelativos religiosos para definir divindades diferentes (liderança anciã). Isso acontece em um lugar apartado, longe da possibilidade de encontrar outras pessoas, a contato direto com os elementos da natureza (água do mar,

rio ou lagoa, mato, céu, lua, plantas) e a terra para estabelecer um contato e diálogo com o divino:

“Você se saindo de uma casa, sem falar com ninguém, sem dar bom dia para ninguém, você pode ir em qualquer canto na praia, ou na floresta, você põe o joelho no chão e bota a mão pra cima e pede para o poderoso e você vê a energia chegar...mmmmmh....no mato mesmo e sempre a pessoa sozinha. Ali a gente faz o pedido e é recebido, mas tem que ter fê” (liderança anciã).

Nas narrativas que representam as visões de usuários e especialistas tradicionais, os processos do adoecer são sujeitos a explicações, compreensões e interpretações (etiológicas) mais abrangentes se comparadas com a visão dos profissionais de saúde, especificamente os não indígenas incluindo profissionais oriundos de outros serviços públicos que operam no território.

Isso resulta mais evidente na concepção da doença e cura da saúde mental e nas numerosas manifestações de mal-estar e demandas que chegam ao posto de saúde expressadas como: “confusão”, “dor de cabeça”, “tontura”, “tristeza”, “peso no coração”, “cabeça e corpo que esquentam”, “falta de apetite e sono”, “preocupação” (Usuários), que encontram uma resposta nos “fármacos pela pressão alta, calmantes, ansiolíticos e antidepressivos” (usuários).

Como vou remarcar na descrição do funcionamento do serviço, a demanda reprimida de saúde mental é uma incógnita, pois não um foi possível encontrar diagnósticos ou dados sobre essa dimensão da saúde local, além do registro de setenta casos de usuários de remédios controlados, uma dúzia de “meninos especiais” escassamente acompanhados e casos de dependentes de álcool e outras drogas são as dimensões numéricas escassamente representativas do mal estar (profissional indígena).

Geralmente a leitura de profissionais não indígenas tanto da saúde que de outros serviços públicos é orientada a considerar as determinantes das situações e condições sociais das famílias (falta de renda e família numerosa, abandono do teto familiar do marido,) assim que algumas pioneiras estratégias de detecção de casos de violência familiar estão sendo realizadas pela EMSI entre resistências e silêncios dos *parentes* (profissional branco).

No caso da depressão feminina, a visão de outros profissionais brancos (da gestão da saúde indígena, serviços sociais) oferecem interpretações etnocêntricas sobre o “fenômeno da depressão das mulheres de Barra Velha”, se referindo ao *cliché* da concepção do “tempo ocioso” na vida social da mulher Pataxó “nas aldeias dessa área

longe de tudo” que leva ao fenômeno típico da “mente ociosa” (profissional de outro serviço público). Algumas ações dos serviços sociais estão voltando na aldeia depois de uma temporada de interrupção também orientadas à ampliar a escuta das mulheres da comunidade, porém as intervenções resultam esporádicas e limitadas ao contato breve entre profissional “que vem de fora” e alguns grupos de mulheres da comunidade.

De fato isso ressalta a falta de mútuo entendimento e conhecimento desse fenômeno mutuamente percebido e interpretado como “misterioso”, pois sem explicação tanto pelas comunidades de usuários assim como pelos profissionais dos serviços públicos que de forma descontínua e ineficaz respondem com práticas de cuidado farmacológico aos problema diagnosticados ou compreendidos como “doenças mentais”.

Algumas competências de massoterapia comunitária foram adquiridas por dois profissionais da saúde alguns anos atrás em um curso promovido pela universidade federal do Ceará envolvendo muitos AIS de toda a região e criando um centro de terapias massoterapêuticas integrativas na comunidade de Coroa Vermelha (o outro foco do presente estudo), mas a nível local a inserção dessa prática como integrativa e complementar as práticas da atenção básica nunca conseguiu ser realizada porque não incentivada ou financiada pelos atores (lideranças e comunidades, gestão serviços saúde, universidade) evidenciando o problema mais uma vez da sustentabilidade de projetos comunitários pelo bem da comunidade.

A leitura das problemáticas que no posto são considerados de saúde mental, pelos usuários encontra múltiplas explicações que se resumem no mal estar associado à algo que “toma posse da cabeça e do corpo da pessoa” na forma de “preocupação”, algo que vem “de fora para dentro” e portanto que pode ser reenviado fora do próprio “espírito” (Usuário), designando uma profunda divergência da perspectiva farmacológica da cura proposta pelos serviços da atenção básica.

Os motivos determinantes esses estados são múltiplos e combinam as esferas da “harmonia” e equilíbrio espiritual a nível de ambiente natural, individual, familiar, comunitário, de povo e no contato com o *lá de fora*: a insegurança pela questão da terra, o problema do acesso ao dinheiro (segurança econômica), ter que enfrentar crescentes custos para atividades que até pouco tempo atrás eram relações solidarias e comunitárias e os custos para garantir a saúde da própria família pois o nível do atendimento da atenção básica não é suficiente para garantir um acesso integral e gratuito ao sistema de saúde público e diferenciado.

Aparecem nas narrativas sobre as preocupações que geram o mal estar nas comunidade e o medo pela perda de segurança comunitária, do controle comunitário e da agregação comunitária, do “espírito comunitário” e, por fim como citado a preocupação pelo contágio dos hábitos e doenças do branco.

A convivência constante com a sensação de incerteza e pessimismo de fundo são fontes de adoecimento de muitas lideranças (usuária) e fragilizam as regras e relações familiares e comunitários vigentes, compartilhadas e reconhecidas até pouco tempo atrás.

As narrativas reportam vários exemplos, pessoais dos entrevistados ou de conhecidos da rede de *parentes* que exemplificam a percepção comum do aumento de estados de sofrimento que se tornam abandono por parte dos familiares, solidão, isolamento e piora do estado psicofísico do *parente*. De fato isso corresponde, mesmo que relativamente e ambigualmente, ao aumento da distribuição de ansiolíticos ao Posto de Saúde sinalizado por um profissional não indígena da EMSI, confirmando a tendência ao cuidado farmacológico e a dificuldade de produzir uma escuta e diagnóstico mais qualificados.

A descrição de uma “especial sensibilidade” do indígena, auto referida pelo usuário e pelo profissional indígena que se manifesta em reações de tipo emocional que “mexem com a sensação de estar bem pessoal por situações que fazem parte do cotidiano dos usuários *parentes*” (profissional indígena): o aborrecimento que leva ao rancor com um parente, a impossibilidade de desabafar por uma questão comunitária, não conseguir garantir a comida ou as roupas pelos próprios familiares no meado do mês, o medo por um fato de violência na aldeia ou a perda de um parente pela violência em outros territórios indígenas ou urbanos, a preocupação pelo adoecimento e a dificuldade de conviver com as doenças crônicas percebidas como novidades pela geração dos anciões e de meio das comunidades, o terror por não conseguir entender a perda improvisada ou morte imotivada de um familiar que estava em saúde.

A representação de estados depressivos como possessão de um espírito maligno não é uma leitura difícil de ser expressada a “outros” (especialista tradicional), porém ao longo da experiência de campo encontrei algumas significativas situações de entendimento do cuidado nesse sentido. Algumas narrativas evidenciaram a desorientação de alguns *parentes* entre percursos terapêuticos percebidos como alternativos, (tradicional) Pataxó e público farmacológico. Em alguns casos o resultado foi “o refúgio” nas práticas tradicionais de cura espiritual por uma situação diagnosticada pela EMSI e tratada farmacologicamente que vou retomar mais na frente.

Além de alguns “sinais e episódios de surtos”, conhecidos pelas comunidades mas não acompanhados pelos serviços de saúde (profissional indígena), a depressão feminina como dito é reconhecida tanto pelos profissionais que pela comunidade, um fenômeno recente e pouco discutido.

Algumas entrevistas realizadas a usuários do *Posto* que sofreram problemas de saúde mental e alguns membros de famílias líderes da tradição espiritual local permitiram evidenciar o entendimento de cuidado à saúde mental como espiritual e nos termos êmicos tradicionais e, por outro lado a percepção de ineficácia do diagnóstico biomédico no efeito negativo do tratamento farmacológico frente à resolutividade do tratamento alternativo do cuidado Pataxó:

“Porque a minha mãe tipo acha que estou em um processo espiritual....sabe a gente recebe as entidades, e ela acredita isso. A minha avó ela fala assim que as nossas identidade costumam judiar a gente, e se a gente não cuida deles e não faz bem para eles, tudo o que eles gostam...ela fala que não estou cuidando das minhas entidades e eles está judiando, a minha mãe pensa mesmo que ela. Eu sinto a depressão e elas pensam que seja a parte espiritual.... estou me perguntando eu mesma será que isso tudo é espiritual é a depressão, estou toda confusa com a minha mente... A psicóloga fala que eu estou com uma síndrome de pânico” (Usuário).

Prosseguindo na análise do discurso dos familiares, os relatos evidenciam ainda mais a distância entre conhecimentos, concepções e práticas de cuidado a saúde espiritual-mental.

“Esquecia das coisas, perdi as coisas assim de nada, o remédio que fazia isso. Depois eu pensei assim, e mamãe chamou me andar na casa de uma mulher no Guarani e quando voltei não usei mais o remédio...eu tomava a miscalprilina, clonazepan e remédio para pressão. Até o remédio para pressão não estou tomando e quando vou lá no posto me falam que está boa a minha pressão. A minha pressão era alta...” (...) “Aqui as pessoas que dizem que tem depressão levam para Porto Seguro e levam para o Caps (matricial), ai passa para psicólogo e psiquiatra e ali passa aquele remédio para a gente beber, bebe e ali vai dormir, dorme só dorme. Vive dopado e aqui na aldeia é assim tem pessoas que não acreditam mais nas ervas, para fazer um banho, porque a gente acredita assim, esse negócio que chamam depressão é um espirito ruim que se apodera da gente para fazer aquilo com a gente.... Mas a depressão é um espirito maligno que se apodera da pessoa, e a gente tem que procurar uma pessoa que entende para fazer um banho, um cheiro para poder sair aquilo. (...) Na visão do branco a depressão eu não sei o que eles pensam o que é depressão se para eles é uma doença...para você o que é depressão?” (Usuário).

Uma crescente resistência e dúvidas em relação ao uso dos fármacos em sentido *medicamentalizante*, ou seja uma forma de controle médico sobre as pessoas seguindo as palavras de Amarante (2007) devido a experiência dos efeitos dopante e anulante as funções sociais familiares e o próprio estado “natural” de equilíbrio é difusa na comunidade e nos vários atores que a representam que participaram ao estudo. Ao mesmo tempo, é difusa e crescente a tendência a “ultra valorização” do saber científico (profissional indígena), “reforçada pelo bombardeio da publicidade através dos meios de comunicação dos produtos farmacológicos aos quais é exposta cotidianamente a comunidade” (liderança).

Como descrito precedentemente a tendência à considerar o “remédio do branco” ou, um tipo e técnica de terapia como por exemplo um exame preventivo ou uma injeção, algo de invasivo e potencialmente danoso pela saúde prevalece nos usuários que menos frequentam os serviços públicos de saúde, assim que os “remédios da farmácia do Posto” são representados nas narrativas de lideranças, especialistas tradicionais e usuários como: “leva a morte” (no caso da vacina, *ndr*), “dá tontura”, “me deixa dopado”, “cria dependência”, “é tóxico”, “é veneno”, “é instrumento de dizimação dos índios”, “um meio de contágio de fora” (anotações do diário de campo).

A crítica à prescrição excessiva de remédios que aumenta a tendência ao consumo e dependência dos fármacos com efeitos iatrogênicos na população das comunidades (liderança anciã) é o resultado negativo das práticas de tratamento farmacológico efetivamente propostas e realizadas pela EMSI ao posto de saúde e pelo CAPS.

A temática da atenção à saúde mental e da farmacologização como tratamento primário da atenção à saúde das populações indígenas são pouco consideradas pelos estudos da saúde indígena, prevalentemente focados no fenômeno do alcoolismo e “alcoolização” como nos estudos de Souza MLPD e Garnelo L (2006) e Guimarães LA, Grubits S (2007).

Acho interessante a colocação de Torres MS (2012) que relaciona a crescente alcoolização dos Karajá à referência à modelos e estilos de vida não indígenas, à perda da ordem sociocultural e consequente desestabilização do tecido social e do poder comunitário assim como da questão de gênero no âmbito social local e familiar.

Na análise das concepções êmicas da saúde indígena que se diferenciam das concepções e práticas propostas pelo Posto de Saúde, aparecem dois outros argumentos que merecem ser aprofundados em relação aos obstáculos culturais à atenção diferenciada local, a saber a visão da família e do ancião doente.

A família, considerada pelo profissional branco da saúde e dos serviços sociais (responsáveis do controle do acesso aos subsídios sociais) como núcleo familiar/habitacional, é uma entidade/instituição central na organização e da vida comunitária da aldeia e no processo de tomada de decisão local, assim que é considerada mais como grupo familiar, por tamanho e variedade geracional dos seus componentes (do bisavó aos bisnetos): “cada Pataxó é cacique da sua família...eu entre filhos, filhas, netos e bisnetos tenho 51 familiares que moram, vivem, comem comigo...” (Liderança histórica). O núcleo habitacional tampouco pode ser uma referência, pois a mobilidade e permanência provisória entre as aldeias, até interestadual, é uma prática difusa nas comunidades e quando possível, a construção de uma casa independente mais contígua aquelas dos pais constitui o modelo geral de desenvolvimento habitacional das famílias.

No centro do povoado maior isso é mais problemático, pois os espaços são saturados e isso constitui um ulterior fator de desagregação das famílias, mesmo assim em muitos casos os pais e avós seguem os filhos nas novas áreas longe do centro ou perto da praia. A tendência a respeitar a autonomia habitacional em termos de espaços separados dos avós não exclui porém a tentativa de colocar as casas dos familiares na mesma área ou porção de território para garantir a continuidade da convivência.

A figura do ancião, liderança e referência central na família e na comunidade, nas narrativas de usuários e lideranças vem representada como uma instituição e patrimônio comunitário que a EMSI, por sua vez uma instituição que representa a saúde pública na aldeia, é chamada considerar com prioridade e especial dedicação na atenção à saúde da comunidade, no respeito das regras comunitárias mais próximas à visão êmica tradicional.

Pelo profissional indígena “observar a relação de respeito ao *parente* ancião” significa desenvolver uma sensibilidade e saber diferenciar o tipo de relação intersubjetiva e comunicação verbal e não verbal, observando as convenções socioculturais da tradição. A importância de utilizar gestos e sinais da comunicação não verbal como saber interpretar as hesitações, silêncios e risadas que complementam as falas ou perceber as variações do jeito de olhar e sorrir que podem expressar surpresa, desaponto, concordância e não entendimento, são competências não reconhecidas pelos profissionais.

Ao longo da observação participada resultaram porém evidentes modalidades e práticas diferenciadas de relação e escuta entre usuário e profissional indígena. “Saber fazer piadas” ou “esperar a palavra descansada do ancião” e “ter a confiança de andar pelos espaços da casa do *parente*-usuário” são recorrentes qualidades que os AIS

evidenciam como outros exemplos de atenções que o profissional indígena refere à relação de cuidado.

Assim, na perspectiva das comunidades de usuários e dos seus representantes, anciões inclusos, é incompreensível que as prioridades das práticas de atenção dos profissionais brancos da EMSI se orientem as faixas infanto-juvenil ou só à específicas doenças do ancião, expressando uma distância e incompreensão sobre a missão da atenção básica diferenciada com a visão institucional não indígena (profissionais, gestão, legislativa e normativa).

Pelo profissional não indígena, quando consultado sobre esse assunto, paradoxalmente a falta de participação e acompanhamento dos anciões pelos familiares mais próximos ou no cotidiano da convivência no ambiente doméstico resulta um fator que aparentemente contradiz a regra comunitária do respeito dos anciões, pois aparece pelo profissional branco a falta de colaboração no cuidado e acompanhamento dos percursos farmacológicos é sintomático do desinteresse pela responsabilidade que o cuidado ao ancião, acamado ou crônico implica.

Aos anciões da família, os avos é reconhecida e respeitada a autonomia e independência dos filhos pois hierarquicamente é superior, portanto autônomo nas próprias decisões (usuários). Muitas vezes contribui significativamente também ao sustento familiar, pois recebe a aposentadoria que garante uma renda fixa. A independência geralmente corresponde à separação habitacional dos núcleos familiares dos filhos assim que por esses fatores, na minha leitura o cuidado ao ancião/avó resulta eficaz e possível quando é o próprio cônjuge a se fazer cargo da situação de adoecimento e menos os filhos e netos.

Para lidar com essa tensão de logicas culturais, a minha leitura considera um terceiro aspecto que poderia ser contemplado: os anciões em questão são qualificados em relação a um novo estatuto de doente crônico que representa uma novidade em termos de definição de status de doente. Na visão dos usuários, o “doente” é uma condição “não humana” e portanto nenhum outro *parente*/humano pode interagir, se aproximar, ter efeito sobre o doente, pois pode se adoentar no contato e assumir o status de doente:

“Tem que ter um dom, a vontade e desejo e talvez coragem de trabalhar naquela área, tem pessoas que chegam até ter nojo do sangue ou medo para ver uma pessoa que está sofrendo porque é toda arrebatada, acham que ali não podem tocar porque não é mais humano... é uma coisa do outro mundo! ... (Risada, *ndr*) ... Tudo isso tem na ideologia das pessoas, eu conheço muito bem o meu povo nesse sentido” (liderança anciã).

O *doente* é alguém que precisa ser separado da comunidade, passar por um processo de quarentena, em uma perspectiva de pureza e perigo (Douglas m., 1966) e ter uma relação exclusiva, direta e de confiança, fideísta com o cuidador. Como será evidenciado mas na frente, tem alguns pontos de conjunções entre as concepções e práticas da relação de cuidado nos dois modelos de cuidado que definem o contexto local terapêutico da atenção básica local, porém aqui ressalto a possibilidade de desencontros sobre as concepções de cuidado, a partir da compreensão não ambivalente e validação não recíproca da concepção de estatuto de doente ancião de tipo crônico e da responsabilidade coletiva da atenção à saúde .

Até recentemente o *ancião doente* vinha ser cuidado pelo cuidador tradicional de forma exclusiva assim que o processo de participação da família era pouco importante ou acessório nos momentos terapêuticos e os percursos terapêuticos eram fundamentados no conhecimento de tipo tradicional, compartilhado entre cuidador e cuidado, sobre à saúde indígena, portanto compreensível e realizável (liderança).

Ao contrário, as práticas farmacológicas de cuidado ao ancião introduzidas pelo sistema de saúde público, criam dificuldades para lidar com as posologias de vários fármacos. A novidade do status crônico da doença é um elemento que merece também uma reflexão em relação à isso, pois choca com os valores da independência e autonomia do ancião dos outros familiares já citadas, implicando pelos familiares numa prática inédita de atenção que se configura contínua e assistencial.

Isso remete a interrupção e descontinuidade dos tratamentos e frequentes erros na assunção lamentados pelos profissionais das EMSI, concebidos pelo profissional não indígena como “falta de responsabilidade” tanto do usuário que dos familiares mais íntimos, ou seja uma incapacidade e atitude negativa típica do usuário e da sua família.

Esses primeiros desencontros são emblemáticos das ambiguidades e ambivalências que a atenção diferenciada pode assumir a nível local aprofundando a visãoêmica indígena da diferenciação do cuidado. Nos parágrafos seguintes resultarão mais evidentes os tensionamento entre aproximações e distanciamentos dos dois modelos de cuidado, indígena e não indígena sobre a *diferenciação* na saúde indígena.

4.2 O serviço público de saúde indígena

Tanto na compreensão das comunidades indígenas que pelos profissionais da saúde, indígenas e não, a trajetória da implantação do serviço público de atenção à saúde indígena na aldeia como modelo de intervenção e cuidado público é, *ab originibus* de tipo

emergencial-campanhista, biomédico e fortemente bio-medicalizante. Isso, em um contexto definido pela existência de um sistema de saúde indígena Pataxó ativo e milenário (tradicional), considerado desde as suas origens autossuficiente e eficaz na proteção da saúde do “corpo” e do “espírito” das comunidades Pataxó (liderança anciã).

Instituído originariamente através o contato periódico com as *equipes volantes* (ocasionalmente via aérea de Minas Gerais) e o transporte via mar dos casos mais urgentes na época da gestão da FUNAI antes da criação do recente acesso via terra, o modelo atual da atenção básica chega de uma experiência pioneira das lideranças de acompanhamento do processo de implantação do sistema de saúde público na reserva do Parque do Xingu nos anos '90 “tomado como referência e transformado em uma proposta a ser aceita pelo Governo daquela época” (liderança anciã).

A implantação do “Posto de Saúde” na aldeia é reconhecida como “uma conquista histórica da luta das lideranças e da comunidade indígena”, assim como a escola bilíngue e intercultural indígena (liderança jovem). O sucesso por ser “um dos melhores pontos de atendimento da região” (usuário) que diferencia a atenção básica local dos outros contextos da saúde pública local, indígena ou não (tem uma unidade básica que funciona “ocasionalmente e mal” no povoado turístico próximo e uma farmácia com “preços para turistas”, nas palavras de uma usuária do *Posto*), é reconhecido na fixação e presença estável dos profissionais brancos (medico, enfermeiras e dentista) no território da aldeia.

De fato a estrutura sanitária do Posto de Saúde desde a sua inauguração inclui um alojamento pelos profissionais da EMSI, utilizado também para hospedar o motorista que acompanha as enfermeiras que não residem na aldeia, mas no distante Porto Seguro e portanto garantem uma presença concentrada em ciclos de duas semanas normalmente.

Os outros profissionais não indígenas moram estavelmente no território indígena de Barra Velha, em uma aldeia que confina com o centro turístico pouco distante da *Aldeia Mãe*, pois o dentista, tanto o precedente que o recém chegado mora alugando uma casa na comunidade e o médico obteve a permissão de construir a própria habitação, sendo que casou e teve filhos com uma mulher da comunidade. A integração e inclusão na comunidade caracteriza a longa trajetória desse profissional na área indígena, começada com uma proposta voluntária de atendimento na aldeia mais de dez anos atrás e formalizada em breve tempo através da assunção direta pela SESAI e reforçada pela afiliação às famílias indígenas locais através da união e os vínculos de sangue indígena dos próprios filhos, mesmo se atualmente a mulher abandonou o teto familiar.

A enfermeira coordenadora da EMSI também tem uma longa experiência na comunidade, mesmo na intermitência ou descontinuidade que caracteriza as permanências concentradas em breves períodos na comunidade, é a única enfermeira que “há oito anos presta serviço na comunidade” se destacando das inúmeras colegas que a acompanharam mas “não conseguiram se dedicar da mesma forma ao tipo diferenciado de trabalho na aldeia dessas áreas e ao mesmo tempo se adaptar as condições de vida na aldeia” (profissional indígena).

De fato a permanência do profissional que *vem de fora* é dificultada pelas condições do espaço destinado para hospedar um ou dois profissionais não indígenas da EMSI que é insuficiente pois muito limitado e basicamente estruturado ou seja, não permite que uma permanência provisória. Por outro lado, como vou ilustrar o tipo de organização do trabalho se diferencia notavelmente do atendimento considerado “convencional” da saúde indígena em contextos urbanos, onde” o profissional que não é da comunidade presta o seu serviço no horário de trabalho e quando termina volta pela sua família, na sua casa” (profissional não indígena), na dimensão não indígena da sua vida não profissional.

Diferentemente dos outros dois profissionais não indígenas (médico e dentista), a presença das enfermeiras é menos contínua ao longo do campo aquela que tinha que ser de três dias na semana ou até dez dias consecutivos, de fato se limitou a poucos dias seguidos por mês, como sinalizado na metodologia da pesquisa, devido aos problemas do serviço de transporte (disponibilidade de carro e motorista) crônico no último ano. Nos meses da minha convivência com a rotina dos serviços de saúde, o atendimento e a presença do profissional resultou esporádica, encontrando as queixas de usuários e algumas lideranças que tem responsabilidades no controle social da saúde indígena local.

A situação problemática da disponibilidade de meios de transporte que envolve o DSEI-Bahia está reduzindo e em alguns casos paralisando o atendimento nas áreas mais remotas da região (Conselheiro de Saúde).Essa situação de redução do atendimento das enfermeiras vem piorando nos últimos meses e se acompanha a falta do atendimento odontológico que foi reimplantado após de um ano no começo do campo de pesquisa, portanto a experiência de contato e integração nas comunidades do novo profissional resultou ainda em fase inicial.

De fato, nenhum dos três profissionais não indígenas mora estavelmente na aldeia onde se encontra o Posto de saúde, a Aldeia Mae. Isso, ao meu ver, tem algumas implicações no distanciamento entre os profissionais brancos e a vida sociocultural da

comunidade, ou seja a convivência cotidiana com as rotinas da comunidade dos usuários não é uma experiência diretamente vivenciada por esses profissionais, se não em episódios esporádicos e casuais. O médico tem uma trajetória diferenciada, porém a atual situação de separação e ruptura do vínculo matrimonial agravadas pela situação de saúde reduziram os laços e a integração na vida social local.

Nas narrativas do profissional branco, emerge a priorização pelo reconhecimento da função institucional nas situações da cotidianidade, mantendo sempre um controle da distância relacional com os usuários das comunidades (profissional não indígena), principalmente em situações de agregação coletiva ou festas: “já pensou eu ficar aí com eles tomar umas cervejinhas e depois encontrá-los no dia seguinte para falar sobre os efeitos negativos do álcool?” (Profissional não indígena). Mesmo vivendo à contato com a comunidade, as distâncias sociais entre os profissionais brancos e os usuários assistidos parecem permanecer e ser confirmadas em qualquer situação e relação cotidiana na *Aldeia Mãe* que pelos profissionais não comunitários assume igualmente a representação de lugar de trabalho, pois de fato não coincide com o lugar da própria casa e vida social.

Os três profissionais em definitiva, mesmo que de forma diferente, vivem nas margens híbridas da realidade comunitária dos usuários, pois a enfermeira vive momentos separados entre comunidade e casa na cidade e os outros dois profissionais moram na área mais sujeita à hibridização e mais próxima ao povoado não indígena.

Ao mesmo tempo a convivência prolongada, como ilustrado mais na frente, oportuniza uma mudança de olhar mais compreensiva sobre a experiência local do adoecimento e dos processos de cura e auto atenção das comunidades de usuários indígenas.

Sempre considerando o perfil e competências *sui generis* dos profissionais não indígenas que operam na EMSI local, precedentes experiências de atenção à saúde em situações e contextos étnicos considerados mais radicalmente diferentes acomunam o médico e o dentista. Nessa experiências aprimoraram “conhecimentos técnicos” biomédicos para operar em contextos sem estruturas de apoio, aumentando a capacidade de realizar “um atendimento em qualquer condição”, consideradas “competências diferenciadas dos colegas que não operam na saúde indígena” (dentista). Além disso, a trajetória formativa do ponto de vista da aproximação ao conhecimentos das comunidades em saúde se alimentou, principalmente pelo dentista, através da participação e integração na vida sociocultural das comunidades atendidas, a criação de fortes laços que permitiram a realização e o acesso à rituais e cerimoniais tradicionais.

O perfil orientado a curiosidade e experiência de pesquisa acadêmica ou formação diferenciada orientada a visão antropológica do cuidado é comum denominador dos profissionais empregados no posto, pois a articulação básica com os saberes locais em saúde é uma prática espontânea do médico no cuidado aos próprios filhos e objeto de pesquisa do dentista em outros contextos indígenas. De fato tanto o dentista que atualmente a enfermeira participaram de um curso de especialização em saúde indígena centrado na visão antropológica da saúde indígena.

A garantia da presença fixa e estável do pessoal médico-enfermeiro implicou na adaptação ao entendimento de um modelo de atenção diferenciada cuja expectativa é a disponibilidade maior em termos “de possibilidade de ser atendido” (profissional indígena) e “atender em qualquer horário” (profissional não indígena) e ao mesmo tempo encontrar “uma resposta aos casos de emergência e urgência, em qualquer condição e em qualquer momento...tipo pronto socorro” (profissional indígena).

O posto de saúde tem um horário padronizado formalmente (das 8 até 12 e de 13 até 16), bastante criticado na comunidade pela distribuição de um número limitado de fichas que regula e limita o acesso ao atendimento médico (18 por dia) excluindo a tarde da sexta-feira, a tarde da segunda-feira e a manhã de sexta-feira pelo atendimento odontológico e um número menor de atendimentos (12 fichas por dia) de segunda à quinta por ordem de chegada, o que implica na necessidade pelos usuários de chegar muito cedo ao *Posto*.

Assim acontece de encontrar *parentes* dormindo de madrugada, antes que o sol apareça, nas proximidades dos lugares nos quais será realizado o atendimento: tanto do Posto de Saúde, ou do “postinho” e nas estruturas de apoio pelo atendimento da equipe de duas aldeias, abaixo de uma árvore no centro de uma outra ou no pátio da escola e as vezes na casa de uma família de usuários que disponibiliza o próprio espaço habitacional.

A organização do atendimento da equipe segue uma divisão entre três “setores” principais: médico, odontológico e enfermeiro. A orientação da gestão do Polo-Base ao cumprimento de metas quantitativas do atendimento e “compilação de dezenas de módulos e fichas de papel”, enviadas através do transporte terceirizado dos carros uma vez por semana do Posto até a sede do Polo-Base e expressa a visão do controle institucional das práticas de cuidado da atenção básica que deixa em segundo plano a questão da qualidade do atendimento e da relação de cuidado.

O uso da palavra “produção” define os relatos estatísticos mensais dos atendimentos na base dos padrões e parâmetros da atenção básica do SUS. Na minha

leitura são evidentes os limites da qualidade na construção dos dados epidemiológicos da saúde indígena local, pois por exemplo é avaliada a eficácia dos serviços na base da cobertura calculando o número total de atendimentos realizados, o que não permite distinguir o volume de pessoas atendidas ou monitorar a cobertura menor da atenção dedicada às comunidades menores. Em definitiva, os dados não permitem evidenciar os problemas de cobertura nas áreas limítrofes e não exprimem o volume de usuários efetivamente atendidos (número total de pessoas atendidas pelo menos uma vez pelo médico, assim como preconizado pelos manuais da atenção básica). Em geral, a qualidade numérica do dado não considera os indicadores da qualidade da atenção básica utilizados pelas pesquisas de *panel* das avaliações ministeriais da atenção básica a nível nacional¹⁷ que, de fato orientam a organização do trabalho e do atendimento das equipes da atenção básica não indígena.

O modelo de construção, implementação, acesso e avaliação do dado epidemiológico e do atendimento à saúde do indígena não parece nesse sentido prever participação e contribuição no suposto monitoramento e controle social das comunidades indígenas que na minha leitura se expõe à uma crítica da interculturalidade na perspectiva de *data sovereignty* referida à saúde pública às populações indígenas (KUKUTAI T., TAYLOR J, 2016).

Nesse sentido o *indígena* como usuário não tem acesso aos dados que descrevem a sua saúde e como participante ao controle social não participa na definição dos parâmetros e tampouco na implementação dos dados e raramente a sua avaliação, pois de fato nas reuniões de conclusão do ano sanitário a participação das lideranças e das comunidades de usuários foi limitada.

Considerando os outros componentes da EMSI estavelmente previstos no posto de saúde ressalta a presença e concentração dos profissionais indígenas: três técnicos de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal e um agente comunitário de saúde que formalmente absolvem as funções conforme os padrões gerais do SUS de acolhimento, primeira escuta, distribuição de medicamentos, registro dos acessos e organização dos prontuários de papel por áreas geográficas, além de funções acessórias de acompanhamento nos momentos da visitas domiciliares.

¹⁷ Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade – PMAQ, anos: 2012, 2014, 2017, Web Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=entenda_pmaq cons. 12/12/2016

A trajetória e o perfil desses profissionais indígenas chama atenção, pois todos são caracterizados, excluindo os AIS pela carreira e experiência de longo período na saúde indígena (até 17 anos à serviço da saúde da própria comunidade, que por alguém começaram através de uma colaboração aos 12 anos de idade), os percursos de profissionalização começaram todos como voluntários “pela vocação e interesse em tomar cuidado dos próprios parentes” (profissional indígena), que persiste como motivação principal por esses profissionais ao longo da experiência na saúde, construindo as próprias competências com muitos sacrifícios, superando as barreiras do acesso aos cursos de especialização (econômicas, familiares, geográficas) e ao mesmo tempo acompanhando as práticas cotidianas do atendimento médico e odontológico do profissional branco como método de aprendizagem na prática.

Isso permitiu por um lado à esses profissionais de se alinhar aos conhecimentos da profissão através da formação biomédica para ter acesso à profissão e nas práticas de formação continuada das EMSI, e por outro lado aprender os saberes e segredos do ofício do profissional branco aprendendo na prática e construindo o próprio diferencial de conhecimento de cunho biomédico além do que previsto e reconhecido pelos padrões institucionais e nem pela gestão local ou distrital da saúde indígena.

O perfil da etnicidade desses profissionais tem que considerar os laços de consanguinidade e parentesco com históricas lideranças e especialistas tradicionais reconhecidos, assim que a aproximação aos conhecimentos da tradição Pataxó em saúde fazem parte da formação no contexto familiar (profissional indígena), pois três dos profissionais indígenas pertencem ao mesmo núcleo familiar (Ais, técnica de enfermagem e de saúde bucal) e os outros dois técnicos de enfermagem pertencem à famílias de referência política e cultural local.

Porém, as narrativas sobre as próprias práticas de cuidado tendem a evidenciar a competência biomédica como diferencial adquirido por esses profissionais mais que as competências ligadas ao saber Pataxó em saúde, deixando aparentemente despercebidas as competências relacionais e a capacidade de compreender o próprio *parente* assim como resultou evidente na observação participada dos momentos de interação e cuidado entre esses profissionais e os usuários.

A importância percebida da formação no campo, ou “na pele” através do acompanhamento do profissional branco, levou os profissionais indígenas a um grau de profissionalismo que “permite à todos gerenciar autonomamente a farmácia e a distribuição dos fármacos do posto de saúde, realizar pequenas intervenções cirúrgicas e

vários tipos de curativos, utilizar técnicas diferenciadas de atendimento odontológico” (profissional indígena).

A longa convivência na prática ao lado do profissional branco mais especializado foi favorecida também pela fixação desses profissionais nas aldeias que permitiu desenvolver relações mais estreitas e vínculos que produziram trocas não exclusivamente unidirecionais de conhecimento, assim como momentos de socialização além do trabalho: “a gente fazia tai-chi juntos, o dentista me ensinou”, “com o médico a gente senta e conversa, ele gosta de conversar de política, da história e da saúde”, “o médico se interessa, conversa, nas casas com os usuários e também quando vai fazer visita ao pajé....falam dos banhos pelos filhos dele e conversam sobre os efeitos das terapias dos fármacos e daquelas que o pajé conhece sobre o problema que ele tem” (das anotações do diário de campo sobre as conversas com os profissionais indígenas).

O atendimento à demanda espontânea considerada de tipo emergencial pelos usuários, quando pelos profissionais brancos pois “todas as vezes é uma urgência grave pelo paciente” configura o funcionamento efetivo do serviço de atendimento no modelo de um pronto atendimento “tipo 24 horas ou mini-UPA” (profissional não indígena). De fato os locais do posto vivem iluminados em qualquer horário, viram salas de curativo, tratamento e observação de casos de (extrema) urgência, como no caso de partos na aldeia com complicações, surtos, hemorragias ou fraturas e em geral pelos estados agudos que se apresentam quando não é possível realizar um deslocamento do usuário aos primeiros lugares do pronto atendimento mais distantes, seja pelas condições que do tempo necessário para chegar. A casa do médico também é faz parte da organização do atendimento à demanda espontânea descentrada, assim que se torna ponto de atendimento equipado de receituários, medicamentos e também instrumentos básicos pelas visitas realizadas em qualquer momento do dia e noite no qual os *parentes* vem a saber da presença do médico no próprio domicílio.

Quando a enfermeira é presente na aldeia, o Posto de Saúde vira um lugar animado por um vai e vem silencioso de pessoas que tocam na porta à qualquer horário da noite e da enfermeira que caminhando vai e volta pelas casas dos *parentes* próximas ou, levada às mais distantes pelas motocicletas dos AIS ou qualquer outro meio disponibilizado pelos familiares do doente, “levando medicamentos e instrumentos de trabalho arrumando extemporâneos kit de pronto socorro” (profissional indígena). Isso requer também o preparo do vestuário, desde os sapatos para caminhar na terra que na chuva vira lama profunda ou poças gigantescas pelas ruas da aldeia, roupa resistente à todas as

condições climáticas, incluindo mochilas que suportem o peso dos insumos e materiais de uso, incluindo a iluminação portátil, pois só no centro é presente a iluminação pública e sabendo que não tem possibilidade de comunicar com ninguém fora da área do Posto de Saúde. Nesses termos o profissional da atenção básica assume uma responsabilidade integral da situação de saúde dos parentes. A atenção básica *diferenciada*, na base dessa visão, vem a ser percebida como *integralmente dedicada*.

O horário do atendimento formal das visitas portanto se estende além do tempo e do espaço do Posto de Saúde para satisfazer as possíveis necessidades que “a saúde do índio não deixa prever e portanto deve ser garantida sempre ao parente” (usuário). Mesmo na falta dos meios de transporte oficiais da SESAI e até de materiais básicos de trabalho os profissionais brancos que moram na área utilizam os próprios meios econômicos abarcando os relativos custos de manutenção e abastecimento e, na medida do possível dos materiais básicos como luvas e gazes.

A mesma coisa acontece com os AIS e AISAN, quase todos em possesso de uma motocicleta pois são chamados à cobrir áreas muito extensas nas quais as casas dos grupos familiares podem ser muito distantes entre si. O posto de saúde, o lugar da farmácia e do atendimento fixo da EMSI sem o meio de transporte resulta distante e, em condições de adoecimento ainda mais difícil de acessar. Assim, o profissional indígena e o Ais em particular executa uma função de conector (elo e mediador) entre EMSI e o usuário, participando na entrega de medicamentos e das comunicações pelo agendamento de exames ou visitas no horário de atendimento do posto, avisando os usuários da presença dos profissionais não indígenas e divulgando informações básicas de tipo preventivo.

A presença estável dos AIS nas aldeias permite também o acompanhamento dos acamados e doentes crônicos, limitado pelo escasso reconhecimento e competências que as vezes são superadas graças a experiência acumulada no tempo de experiência na profissão. Vários estudos considerados na introdução, como o de Diehl EE, Langdon, E J e Dias-Scopel R P (2012, Op. cit.) ou de Dias-Scopel, RP (2005) evidenciaram as potencialidades do agente comunitário tanto em termos de competências interculturais transferíveis nas práticas de cuidado como pelo fato de ser da comunidade, portanto sempre disponível a prestar cuidado ao *parente*. Nesse caso preme ressaltar a maior procura dos profissionais indígenas mais qualificados.

Nos casos de emergência, são os únicos referentes locais da saúde e viram referência comunitária para qualquer problema de saúde. Nesse sentido a articulação dos AIS com os profissionais indígenas do posto que moram na *Aldeia Mãe* é uma prática

frequente que permite o acesso aos instrumentos, insumos e fármacos do *Posto* à qualquer horário. A depender da disponibilidade na farmácia, dessa forma a circulação e acessibilidade de medicamentos vem a ser garantidas através o contato informal entre os usuários *parentes* e todos profissionais também fora do horário de trabalho.

Vale remarcar que mesmo tendo uma função subordinada nos momentos de presença em conjunto ao profissional branco, a longa experiência no campo da saúde indígena em termos de participação ativa e formação a partir do acompanhamento cotidiano das práticas sinalizado, os técnicos indígenas adquiriram e agem em autonomia, conseguindo assumir a responsabilidade de responder à demanda de saúde principalmente quando o profissional não indígena tem algum impedimento para realizar o atendimento, como por exemplo nos fins de semana, dessa forma é sempre possível pelo usuário procurar ser atendido por esses *parentes* profissionais procurando-os “na minha casa e se estou afora vai perguntando aos vizinhos, vai ao barzinho... ao campo de futebol e até onde só eu sei que vou a pescar, uma vez aconteceu...” (profissional indígena).

Assim o profissional indígena realiza o primeiro (pré-)diagnóstico pelo profissional *branco* “depois do primeiro contato com o paciente” (Usuário), distribui fármacos e orienta às curas tanto biomédicas que tradicionais, realiza curativos ou pequenas intervenções, “as vezes nem tão simples assim...” (Usuário) e por isso o apelativo de “doutor” aparece na frente do nome de um dos técnicos quando tem um encontro com um *parente*. Além disso, esse profissional presta socorro imediato em caso de urgência, transporta ou acompanha os usuários até a casa do médico e as vezes até o hospital, se os parentes do pacientes são impossibilitados ou fazem pressão para isso.

No atendimento realizado de base duas vezes por mês nas aldeias menores as vezes os assistentes indígenas gerenciam em total autonomia o momento das visitas à comunidade e da busca ativa ou acompanhamento dos acamados, reportando ao médico em um segundo momento.

Os assistentes de fato se encarregam de preparar a visita domiciliar ou o atendimento nas aldeias, construindo a prioridade na agenda de médico e enfermeira, já prevendo o tipo de cura farmacológica em relação ao tipo de sintomas reportados depois do primeiro diagnóstico e escuta do usuário e preparando as quantidades dos fármacos conforme as prescrições habitualmente fornecidas pelos profissionais não indígenas.

Normalmente acontece, logo depois dos momentos de visita em conjunto que o profissional indígena procure esclarecimentos e informações sobre as orientações do profissional branco, especificadamente quando a prescrição do profissional não indígena

diverge da previsão do profissional indígena realizada no primeiro diagnóstico. Isso permite uma constante atualização e verificação dos próprios conhecimentos biomédicos e ao mesmo tempo uma forma de controle ou “filtro” do profissional indígena sobre as curas prescritas pelo profissional branco (profissional não indígena): em alguns casos, a longa experiência na subministração dos fármacos permitiu a avaliação da prescrição médica e a redução da dosagem considerada excessiva, pois “as vezes tanto os usuários que os colegas da EMSI acham excessivo tanto o número que a dosagem dos fármacos oferecidas” (profissional de saúde).

No caso do profissional indígena, como sinalizado o recurso à “dupla orientação ao remédio do mato como do fármaco” (profissional indígena) é uma prática bastante frequente, também nessa perspectiva compensatória dos excessos de prescrição dos fármacos: “as vezes quando vejo *o parente* que segue se queixando que não consegue dormir, que fica agitado...eu sempre falo, toma esse chá de XXX (planta medicinal) para tomar esse remédio (fármaco, *ndr*) para dormir ou, beba mais XXX mas tem que preparar assim XXX e vai ver que não vai precisar mais tomar essas medicinas” (profissional indígena).

De fato a caracterização étnica do pessoal da saúde local é um elemento de especificidade no panorama das EMSI que operam nas áreas limítrofes das restantes 13 aldeias Pataxó pois o núcleo dos *profissionais* da EMSI previstos pelo atendimento ao posto, a EMSI de Barra Velha conta com outros 4 agentes de saúde e 4 agentes de saneamento, por um total de 12 profissionais indígenas e 3 não indígenas.

Além do perfil intercultural dos profissionais indígenas, AIS e AISAN e técnicos é importante ressaltar as múltiplas funções institucionais comunitárias e públicas que alguns parentes das comunidades revestem, por exemplo: cacique, filho de especialista tradicional (raizeira e rezadora) e AISAN; conselheiro de saúde, AIS e liderança; filho de parteira e AIS; técnico de saúde indígena, filho de rezador e de liderança histórica; jovem pajé e conselheiro de saúde; ex-AIS e presidente de associação de comunidade; ex-AIS e professor. Isso remete a uma série de atores comunitários que se movem entre os sistemas de saúde, oportunizando visões hibridamente interculturais a partir da função e experiência institucional entre os confins de diferentes formas de entender e realizar a saúde indígena que esses múltiplos papéis e identificações permitem, entre ambivalências e ambiguidades.

O perfil da etnicidade dos profissionais e a sensibilidade da EMSI pelo respeito da cultura indígena em saúde são questões consideradas por outros estudos, como por

exemplo o de Firmo do Nascimento et Al. (2011) focado nos territórios Tremembé do Ceará em comunidade das condições sócio históricas e culturais similares aos Pataxó, porém o acento raramente é posto sobre a figura do profissional indígena além do agente comunitário, assim como remarquei na introdução dessa tese.

Em definitiva o perfil intercultural do profissional indígena mais qualificado não é considerado como potencial elemento de articulação entre saberes, pois a formação e o *modus operandi* definidos pelo padrão de competências do profissional branco de fato dominam no cotidiano do cuidado, reduzindo as possibilidades a priori do uso dessas práticas. No caso dos profissionais de Barra Velha as mediações e articulações resultam sutis e emergiram através da observação das práticas efetivamente realizadas pois a vocalização da concepção sobre as práticas de saúde não produziu referências diretas sobre ditas práticas e sensibilidades de cunho intercultural. O modelo de organização e funcionamento e práticas de cuidado é estruturado rigidamente sobre a atenção programática e portanto resulta o único referencial que orienta as concepções sobre o processo de trabalho da EMSI.

No entanto, um elemento de diferenciação na caracterização do processo de trabalho do ponto de vista da articulação entre práticas é a realização do parto tradicional em aldeia, na base do qual são reconhecidas a total delega de responsabilidade as parteiras e autonomia de escolha as usuárias de realizar o parto conforme os ditames dos conhecimentos Pataxó.

Como ilustro nos parágrafos sucessivos sobre as articulações entre saberes na prática cotidiana, o parto tradicional tem leituras diferentes, entre uma prática *funcionalmente* complementar à prática biomédica, a garantia do respeito da vontade e expectativas das comunidades sobre a experiência da gestação considerado como “momento delicado e de fácil exposição à fraqueza da experiência do cotidiano” (especialista tradicional), um refúgio e um efeito do atendimento hospitalar pelos casos de violência obstétrica e óbitos inexplicado de gestantes. Essas múltiplas representações encontram as observações recolhidas por Ferreira L.O (2012), quando descreve um dos raros exemplos de projeto de construção intercultural de práticas de articulação entre saberes em saúde indígena focadas no parto que evidenciam as possibilidades da *integralidade* na atenção diferenciada e as margens do cuidado culturalmente apropriado.

Antes de considerar as práticas efetivas de articulação entre saberes em saúde observadas no campo, um último aspecto a se destacar sobre o funcionamento do Posto de Saúde de Barra Velha diz a respeito da sensação compartilhada nas narrativas das

comunidades de usuários e responsáveis da saúde indígena local de uma recente e significativa “piora das condições da qualidade dos serviços e do atendimento”, uma temporada na qual todos os direitos considerados como *diferenciados* e conquistados foram garantidos nas primeiras fases pelos serviços da atenção básica da saúde indígena local, especificadamente na época da inicial gestão da FUNASA (à partir de 1999 até 2004), já posterior à FUNAI (desde 1969) mas antecedente à SESAI (2010). As principais faltas que afetam a efetividade, cobertura e qualidade técnica do atendimento de hoje são considerados a partir da referência aquela que nas falas dos entrevistados vem a ser representada como uma *época de ouro* da saúde indígena local:

“(...) naquela época tinha tudo: o índio não gastava um centavo pela saúde e era cuidado...era carro, era pousada (CASAI, *ndr*) em Porto Seguro...índio na pegava fila não... para marcà tinha sempre visitas (marcar visitas ou exames especializados, realizar intervenções ou tratamentos mais complexos, *ndr*) ...no hospital, o índio não pegava fila não, não tinha que brigar com os outros para ser atendido!” (Usuário).

O *imprimatur* originário da inicial implementação da atenção diferenciada do órgão FUNASA é usado como termo de referência para avaliar a falta de qualidade do atendimento público nos dias atuais. Isso implica em uma visão da atenção *diferenciada* da comunidade a partir do que foi apresentado e ofertado em termos práticos e operacionais desde a implantação do modelo de atenção nas aldeias. Dessa forma, as práticas dos serviços de saúde públicos são considerados *diferenciados* pois dedicados em forma exclusiva às populações indígenas para garantir o acesso *diferencial* na acepção de *privilegiado* ao sistema de saúde público.

Nesse sentido, o entendimento da atenção *diferenciada* em termos de reconhecimento e oportunidade de troca e articulação entre conhecimentos não é conhecida e considerada pela comunidade dos usuários como um direito ao reconhecimento da especificidade das próprias condições e características culturais. As lideranças, os especialistas tradicionais e os conselheiros locais da saúde tendem a não considerar a questão intercultural do cuidado espontaneamente quando consideram o funcionamento e as falhas da atenção básica à comunidade, pois é uma questão que nunca foi posta como argumento de discussão desde quando foi implantado o sistema de saúde público e realizado o atendimento médico.

A piora das condições dos serviços nos últimos 3 anos é interpretada pelas lideranças históricas e caciques como consequência de um processo perceptível de precarização dos serviços “que vem de cima para baixo”, ou, mais uma vez, de *fora para*

dentro a comunidade e, que contribui à deflagração das doenças “que nos últimos tempos está dizimando a população” (liderança) e constitui o problema-pano de fundo das preocupações comuns entre os *parentes* de Barra Velha.

As consequências diretas da falta, desvio ou uso improprio e má gestão de recursos pela atenção básica local é considerado o principal fator da redução da continuidade e escassa cobertura do atendimento básico da EMSI por vários aspectos do processo de realização do cuidado: a falta de transporte da SESAI, o número de profissionais insuficiente pois por exemplo pela população urbana de quase dois mil pessoas existe só um Ais em Barra Velha, a descontinuidade da disponibilidade de materiais de base para realizar o atendimento, as condições da estrutura física do Posto de Saúde, necessidade de especialistas como psicólogo ou pediatra e a descontinuidade de serviços complementares como o dos serviços gerais e limpeza do posto, tanto que ao final do trabalho todos os profissionais se auto encarregam de realizar a limpeza dos ambientes da saúde.

Todos esses fatores tem efeitos na efetividade e integralidade do cuidado público, na qualidade técnica que não consegue garantir “o básico do básico” (profissional não indígena) e falta crônica da efetiva e eficaz referência e contra referência com níveis mais complexos de atenção à saúde (hospitais, clinicas especializadas e laboratórios).

Assim, na visão institucional das lideranças a saúde pública local não conseguiu até hoje, como outras intervenções e programas ou serviços sociais públicos, acompanhar o crescimento da demanda de saúde das comunidades. A visão de lideranças políticas e espirituais se encontra com as perspectivas dos profissionais das EMSI sobre “a falta de condições mínimas” para garantir várias dimensões da atenção básica às comunidades a partir do residual e descontínuo atendimento nas aldeias menores e falta de cobertura dos programas do PSF (Programa Saúde da Família).

Como evidenciado o atendimento nas comunidades menores resulta esporádico e não consegue responder à demanda de saúde, agravada pela falta de estruturas idôneas pelo atendimento e a variável acessibilidade pelas condições das pistas e disponibilidade de meios de locomoção para todos os membros da EMSI. Nessas comunidades as condicionantes estruturais da falta de saneamento básico, limitado acesso à água potável e recursos naturais a disposição ou falta de fontes de renda mínima contribuem na construção da geografia da saúde dos *parentes* que segue as falhas da atenção e assistência pública básicas à população das comunidades, ou seja os fatores endêmicos das doenças

dependem em larga medida das falhas da assistência pública para garantir o básico dos direitos sociais, diferenciados e universais previstos pelos ditames constitucionais.

Além dos déficit da qualidade e de cobertura do atendimento rotineiro tanto no Posto de Saúde que nas aldeias limítrofes, o acompanhamento dos percursos terapêuticos não consegue garantir uma continuidade “assim como a demanda das comunidades estão querendo” (liderança), pois resulta deficitário ou nulo o acompanhamento de doentes crônicos, anciões e acamados, deficientes psicofísicos e casos detectados de saúde mental, como já indicado.

De fato são frequentes os casos de abandono do tratamento terapêutico indicado pelo CAPS, pois as barreiras de acesso aos serviços de saúde das cidades dificultam até inviabilizar os retornos dos usuários não existindo o apoio da CASAI (Casa de Saúde Indígena) e ao mesmo tempo a EMSI não consegue acompanhar no território esse tipo de situação. Nesses casos resulta ainda mais difícil e crítica a questão da participação dos familiares no acompanhamento da assunção dos remédios repassados pelos profissionais.

Vários exemplos são reportado de *parentes* que não conseguem se recuperar, piorando o próprio estado de saúde psicofísica no gradual isolamento social e afetivo da família e da comunidade. Alguns episódios aos quais participei, evidenciaram o senso de impotência dos familiares mais próximos, de *parentes* da comunidade e dos profissionais da saúde de pessoas que “surtaram...abandonou o neném na frente da casa da vizinha e fugiu pela mata” (usuária), o que exemplifica ulteriormente a falta de um diagnóstico participado da demanda reprimida de saúde mental e a ativação de uma mínima rede local dos atores da saúde são necessários para detectar casos e multiplicar competências de escuta qualificada, assim como irei ilustrar no outro contexto considerado pelo estudo.

Em geral, a necessidade de realizar um planejamento e coordenação da equipe de saúde além da organização do atendimento a demanda espontânea ao *Posto* é uma exigência prioritária percebida por todos os profissionais. Na visão das comunidades de usuários e lideranças, a orientação a execução de “programas” (homem, mulher, jovem) que produz uma fragmentação da integralidade do cuidado à comunidade e a família, vindo priorizar grupos ou categorias de usuários que, como dito não necessariamente correspondem a demanda de cuidado expressa pela visão do nativo, na base da ordem e regras sociais comunitárias ou tradicionais.

Uma prioridade que encontra uma aproximação entre profissionais da EMSI e lideranças que são mais envolvidas diretamente no processo de atenção dos serviços de saúde, nasce do reconhecimento da insuficiência de prevenção e promoção,

ambivalentemente e reciprocamente reconhecidas como ações estratégicas, fundamentais e precípuas da atenção básica e portanto compreendidas por esse atores como necessárias tanto para reduzir a pressão da demanda espontânea aos serviços de saúde que o adoecimento dos *parentes*.

Em uma perspectiva formal das práticas de cuidado, as faltas crônicas de condições de base pelo atendimento da atenção básica são consideradas pelas lideranças e o grupo de profissionais da EMSI, o principal fator limitante devido ao “nível de financiamento que não mudou com o crescimento da população e que se mudou não chegou onde tinha que chegar” (liderança anciã). Na visão mais radical, a omissão e redução de financiamentos apropriados é “uma estratégia de dizimação dos povos indígenas e em geral das classes mais pobres do país” (liderança do movimento de retomada das terras Pataxó).

Ambas as perspectivas chegam a conclusão que a falta das condições de base para garantir a atenção básica tem que superar os limites atuais: a gestão e implementação de serviços terceirizadas (profissionais da saúde, motoristas, carros, serviços de limpeza) que interfere na continuidade do funcionamento do serviço e do atendimento às comunidades, “além de interromper e ser a causa da falta crônica de medicamentos, entre os quais alguns básicos ou essenciais” (profissional não indígena), em concordância com numerosos estudos, retomando Cardoso MD (2014, op. cit.) ou Garnelo L, Sampaio S (2003).

A necessidade de reestruturar o ambiente físico do *Posto* “que a cada dia que você trabalha perde um pedaço e se chove perde os prontuários dos pacientes...olha essa porta aqui... nem pode encostar que cai e aqui realizamos os curativos... ” (profissional), acompanha a falta crônica de insumos e instrumentos básicos incluindo por exemplo o equipamento de proteção individual. Isso implica na visão dos usuários e profissionais na percepção da necessidade de aumentar tantos os custos pessoais: pelas famílias as vezes investindo em planos de saúde privados ou para realizar exames especializados nas cidades entre os quais a ultrassonografia no caso da gravidez ou para medicamentos básicos e até para aqueles prescritos pelos médico (usuário);pelos profissionais da saúde também aumentam os custos e contribuições pessoais pela compra de material de base, pelo combustível e desgaste do próprio meio de locomoção próprio ou pelo transporte de usuários. A problemática da falta dos carros e dos motoristas pelo transporte local e municipal dos pacientes e a ineficaz marcação de exames e visitas de especialistas são dois pontos fracos da atenção básica local que induzem usuários e profissionais à procurar alternativas no âmbito privado do SUS e estratégias alternativas.

De acordo com os usuários e os profissionais de saúde, a questão da falta de qualidade do atendimento hospitalar em sentido (culturalmente) *diferenciado* tanto do ponto de vista do acesso que do tipo tratamento e relação de cuidado é outro elemento que marca os percursos terapêuticos dos usuários indígenas. O “mal atendimento” nas narrativas dos usuários resulta “não humanizado” (profissional não indígena), omissivo e até “racista” (usuário), assim que a experiência negativa da internação é descrita como “perigosa” e o hospital como um lugar distante da comunidade de parentes onde “vai sim, mais não sabe se volta...alias, ultimamente nem sabe se chega até lá” (usuária): paradoxalmente um lugar onde se encontra inesperadamente e inexplicavelmente a morte, pois vários são os relatos que correm nas comunidades sobre a internação de gestantes e *parentes* que levou misteriosamente à óbitos no último ano e portanto alimentam a difusa preocupação e medo de “ter que sair da aldeia se estiver doente” (usuário). Essa situação foi agravada também pelo acontecimento de dois acidentes graves dos carros deputados ao transporte de usuários aos centros de saúde urbanos, causados pela imprudência dos motoristas de empresas terceirizadas “que não são e nem conhecem as comunidades Pataxó” (liderança) e que levaram paradoxalmente à internação hospitalar de oito pacientes nos primeiros três meses de reativação do serviço de transporte pela SESAI e DSEI/Bahia:

“Estava andando para realizar a visita do ultrassom e o carro estava cheio, tinha também XXX para realizar a hemodiálise...o impacto foi forte, fomos diretos contra uma árvore...eu estava com o cinto que pressionou a barriga (sinais evidentes de acidente em todo o corpo e principalmente na barriga, *ndr*), só pensei no meu menino...não sei como, consegui sair, quebrei o vidro do carro...no terror que pudesse explodir” (usuária);

“...a senhora, dona XXX estava voltando do hospital, onde a filha morreu de repente, ninguém entendeu o porque...foi na volta que fizeram um acidente feio... a senhora, dona XXX conseguiu ser transportada de urgência no hospital de onde tinha acabado de sair...pela morte da filha, entendeu?” (Profissional não indígena).

Nesse sentido o cuidado hospitalar é uma expressão da iatrogenia do tratamento da medicina e modelo de cuidado *do branco* aos olhos de especialistas tradicionais, lideranças e usuários. Isso pode justificar as resistências das gestantes e em geral dos *parentes* à internação hospitalar, a interrupção voluntária de tratamentos reportados pelos profissionais da EMSI assim como alguns episódios de fuga e “volta até a aldeia caminhando por um dia e uma noite” pelo medo ou incompreensão do tipo de intervenção ao qual teria que ser submetido o *parente* internado em seguida à sintomas não

considerados como preocupantes pelos familiares e pelo *parente* (Profissional não indígena).

O âmbito da atenção secundária revela-se especialmente precário, sendo particularmente complicada a situação do atendimento ao parto no hospital, cuja experiência foi apontada como traumática em decorrência, entre outros aspectos, da falta de condições de garantir a presença de um acompanhante. Sinalizei que o Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia não dispõe de CASAI alguma nos onze Polo-Base que administram a atenção à saúde das populações indígenas baianas. Além disso, sem poder contar com o transporte da SESAI o eventual acompanhante até o hospital não consegue fazer retorno da cidade à própria moradia nos territórios de Barra Velha pois os serviços públicos de transporte são limitados e relativamente acessíveis pelo custo, assim que “o *parente* tem que procurar onde passar a noite” (usuário) entre a rede de *parentes* ou lideranças que estão em boa articulação com a política local, “as vezes a rua” (usuário) e as vezes “a minha casa em Porto Seguro, onde moro com a minha família...meu marido está de acordo porque sabe como é aqui que funciona” (profissional não indígena)

As narrativas sobre episódios de internação de parentes e familiares são utilizados para reforçar a majoritária escolha de parir na aldeia aos cuidados da parteira, pois quando é internado no hospital o usuário descreve a própria experiência a partir da falta de acolhimento, as sensações de isolamento e solidão pela presença irregular do cuidador ao lado da gestante nos momentos de dor e por ser longe do carinho e proteção da comunidade, são reforçadas pela frieza do ambiente de cura e relação de cuidado com o profissional não indígena. Outros estudos como o de Pontes AL, Garnelo L, Rego S (2014, Op. cit.) evidenciam que a remoção do usuário até as cidades contribui para gerar situações de conflito nas comunidades principalmente por questões de dificuldade de relação com pessoal não indígena, mesmo tratando-se de territórios indígenas com maiores barreiras geográficas e contando com a existência da CASAI. Isso confirma a evidencia a falta estrutural de interculturalidade ou sensibilidade cultural ao cuidado ao indígena nos serviços de saúde de segundo nível e na articulação entre os serviços do SUS e os do SASISUS.

A vivência dos profissionais da saúde é marcada pela constante pressão da demanda percebida como inexaurível de saúde dos usuários da comunidade. Alguns episódios de cobrança por parte da comunidade pela falta crônica de qualidade e continuidade do atendimento são expressivos da insatisfação pela falta do atendimento da

enfermeira que nessa temporada é particularmente deficitário. Assim a dedicação exclusiva que anima vocacionalmente todos os profissionais se torna facilmente frustração, *burn-out*, uso de antidepressivos (e álcool) para enfrentar a cotidianidade da crescente sensação da “impossibilidade de oferecer para todos uma atenção que nunca chegou a ser básica” (profissional branco).

A leitura da cobrança incondicionada de alguns usuários que pertencem a famílias reconhecidas como “poderosas” na comunidade levou à substituição de um profissional não indígena nos últimos anos. Esse episódio remanda à problemática da influência do poder das lideranças sobre o processo de trabalho das EMSI e, por outro lado às condições de trabalho do profissional não indígena a partir da ameaça percebida pelo poder de algumas famílias de lideranças.

Os profissionais não indígenas criticam por sua vez o escasso conhecimento tanto dos usuários que das lideranças sobre as responsabilidades da gestão nas falhas do atendimento assim como dos vínculos e limites impostos pela rigidez dos iter burocráticos.

A confusão entre responsabilidades e competências institucionais da gestão, como por exemplo entre SESAI/Polo-Base e Secretaria de Saúde da Prefeitura do Município são difusas e compartilhadas entre profissionais indígenas e conselheiros, denotando a falta do entendimento e conhecimento do processo de (des-)articulação entre essas duas instituições. Assim, a questão problemática da participação do Município na saúde indígena aparece na problemática da reestruturação do Posto realizada há mais de 10 anos atrás além do fato de ser considerada uma intervenção parcialmente completada, pois por exemplo não foi recolocado o sistema de ar condicionado já em funcionamento. Assim, mesmo que a estrutura foi realizada pela FUNAI e seja considerada uma unidade básica do sistema de atenção que depende do Ministério de Saúde e da SESAI isso justifica aparente contradição devida a visível placa institucional da Prefeitura de Porto Seguro na fachada do Posto de Saúde Indígena. No processo de marcação dos exames, a EMSI tem uma referência indígena que se articula com a central de marcação da secretaria municipal porém os pedidos dos exames seguem um percurso incerto “que as vezes ninguém sabe para onde se foi o pedido” (usuário) depois que foram entregues nas mãos de motoristas com destinação o polo-base da SESAI, evidenciando quantos obstáculos prevê esse processo. Por fim, tanto pelos profissionais que pelos usuários é claro que os medicamentos de base não chegam em quantidade suficiente para satisfazer a demanda, tanto que se trate dos fármacos que são enviados através do Município que daqueles da

SESAI do Polo-Base, mesmo não resultando claro a quem atribuir a responsabilidade dessa falha.

4.3 Entendimentos e práticas em torno da atenção diferenciada: aproximações e tensões.

Como parcialmente evidenciei até agora o saber Pataxó em saúde dos especialistas tradicionais é percebido em fase de perda e redução por consequência da dominância do modelo de cura não indígena que aumenta a desatenção e reduz a importância nos comportamentos e concepções de vários sujeitos locais: a comunidade, os profissionais indígena da atenção básica e algumas lideranças, todos conformados com o modelo de assistência entendido como uma oferta *ab originibus* de um modelo biomédico de práticas de cuidado “de cima para baixo”, na base do qual “o direito a ter ao atendimento do médico com os conhecimentos da medicina do branco na aldeia” (liderança anciã) vem a ser considerado como uma “conquista” do direito a atenção *diferenciada*.

Nesse sentido isso explicaria a tendência à desconsiderar o direito cultural à saúde indígena, vindo priorizar uma visão centrada na inclusão ao direito ao acesso ao sistema público de saúde na *forma* diferenciada do atendimento do médico (branco) na aldeia.

Porém, mesmo que se em geral, a partir do ponto de vista dos participantes da pesquisa a leitura da relação entre os sistemas de saúde remete à dominância de fato de práticas biomédicas, é reconhecida a sensibilidade dos profissionais *brancos* que desde o princípio da chegada da saúde pública nas aldeias souberam conviver e respeitar as crenças locais sobre a cura e as práticas de saúde indígena tradicionais, aceitando a escolha do tipo de percurso terapêuticos e cura do paciente e delegando aos conhecimentos e as práticas indígenas das parteiras tradicionais a realização do parto em comunidade.

A partir da observação das práticas e das entrevistas e conversas com foco na relação de cuidado evidencio algumas dimensões dos processos (interculturais) que favorecem um cuidado diferenciado no sentido mais intercultural na atenção básica indígena local.

A experiência de longo prazo da convivência na comunidade do profissional não indígena leva a um processo de autorreflexão e transformação das próprias visões, sensibilidades, conhecimentos humanos e profissionais (*self*) a partir da percepção do sentimento definido pela categoria “fazer parte da comunidade” utilizada pelo

profissional não indígena o usuário e as lideranças, “de ser aceito como parte integrante da comunidade como resultado da longa experiência de convivência” (profissional não indígena).

A relação com a comunidade se expressa como “participar, compartilhar e vivenciar” parcialmente as mesmas condições de vida e até vulnerabilidades: “no ano passado, quando não tinha o dentista aqui, organizava expedições para procurar um dentista pelos meus filhos e pelas pessoas da comunidade que pegavam carona” (profissional não indígena). A convivência estável do profissional indígena nas comunidades impõe uma mudança de olhar e aproximação à perspectiva dos usuários das comunidades indígenas sobre a experiência e os significados de dor, sofrimento, doença, adoecer, mostrando uma recíproca compreensão de processos e formas de aceitação, reconhecimento, adaptação e articulação com as práticas de autoatenção Pataxó, vindo se conformar em práxis diferenciadas de entender e realizar o cuidado na atenção básica indígena não consolidadas, pouco reconhecidas ou valorizadas pelos mesmo atores que as realizam.

Ser chamados a viver em um contexto sociocultural comunitário indígena, afastado e considerado como “bastante fechado ao não indígena” (profissional branco), requer também capacidades de adaptação e flexibilização do próprio estilo de vida pessoal e de profissional da saúde, incluindo as próprias concepções e práticas além dos protocolos e das práxis padrão no modelo do SUS. O processo de aproximação à vivência do estilo de vida da/na comunidade implica “no chegar a ter prazer e chegar a gostar da dimensão de vida e do tempo na comunidade” (profissional não indígena), até se misturar (como no caso do médico) e criar uma dependência e laço sentimental muito forte até de “saudade quando não estiver aqui na aldeia por alguns dias” (Profissional não indígena).

As relações de afetividade se explicitam à enfermeira na forma dos convites a ser “madrinha e ter afiliados de numerosos nascidos na comunidade” (profissional não indígena) ou a participar a momentos de agregação familiar e comunitária (usuário). Isso implica na assunção e compreensão de uma visão da relação de cuidado no sentido sociocultural comunitário, portanto ambivalente e reciprocamente valorizada, na base da qual “não pode-se recusar de ajudar um primo” (profissional branco) e a total disponibilidade à atender as necessidades de saúde do parente “em qualquer situação ou momento”, agendo diferenciadamente dos padrões da atenção básica indígena comuns.

Nesse sentido os profissionais *brancos* (assim como os indígenas) assumem a mesma atitude dos especialistas tradicionais “que não conhecem horas” nem barreiras

para socorrer “um *parente* que precisa de ajuda” (profissional indígena). Além disso, o espírito vocacional do profissional *branco*, na lógica de “se doar” à causa da Saúde Indígena e ter uma implicação e dedicação exclusiva, integral ou especial ao próprio trabalho além da contrapartida econômica são diferenciais que atribuem um valor agregado auto percebido pelo profissional não indígena e reconhecido por todos os atores das comunidades assistidas.

Em qualquer caso tem que ser remarcada a diferença significativa entre os níveis salariais das categorias com maior grau de especialização representadas pelos profissionais não indígenas e aquelas menos competentes, representadas pelos indígenas que corresponde às responsabilidades e poderes de tomada de decisão no funcionamento e organização hierárquica da EMSI, mesmo que a todos os perfis do profissional da saúde indígena seja reconhecido um nível salarial maior em relação com os patamares reconhecidos às mesmas categorias do SUS, com exclusão do AIS. Mesmo assim, as palavras do especialista tradicional e do profissional *branco* são consoantes quando afirmam que o dever de cuidar da saúde da comunidade não conhece horários e nem condições para ser realizado: “faça sol, faça chuva...de qualquer jeito, a pé, de moto” (parteira), “a qualquer horário do dia e da noite” (medico), são similares as consequências dessa dedicação vocacional de “se doar”, por exemplo interferindo em qualquer momento de descanso, socialização ou trabalho no âmbito familiar; em ambos casos, os familiares dos cuidadores indígenas e não são chamados à aceitar e conviver com a função sociocultural do próprio familiar, o que pode causar também fragilizações e discussões entre familiares e mudanças no estilo de vida de todos os parentes conviventes).

Além do entendimento do atendimento à saúde da comunidade em termos êmicos, os profissionais acionam práticas de solidariedade para suprir a falta de um acompanhamento hospitalar e em caso de internação que depende da falta de uma estrutura de acolhimento para acompanhar as internações hospitalares assim que a enfermeira acolhe as vezes no próprio domicílio usuários da área de Barra Velha quando não tem a rede de parentes de suporte. Os custos econômicos pessoais dos profissionais da EMSI, como dito, para garantir as condições mínimas do atendimento, também podem ser lidas como ações de solidariedade a saúde comunitária.

Se “ganhar a confiança de um parente por um não parente, um branco, é uma tarefa difícil, que requer tempo, muito tempo” (profissional indígena), o laço sentimental, a aproximação, o recíproco gradual conhecimento que se entrelaçam entre as histórias pessoais e familiares que os profissionais *brancos* vivenciam levam a dois tipos de

transformações profundas auto referidas. A primeira tem a que ver com a capacidade de sentir, compreender, se colocar no lugar e com o outro, o usuário indígena, através de um processo empático de identificação e comunhão da experiência da dor. Isso leva a ter uma visão mais ampla dos processos de adoecimento do usuário, das suas necessidades e das condições da saúde indígenas em termos de determinantes socioculturais.

A aproximação empática, entendida como aproximação emocional e compreensão afetiva em relação ao entendimento de processo de adoecimentos dos pacientes como dependente das falhas do sistema público e de múltiplas condicionantes sociais familiares, se expressa nos momentos e lugares da relação de cuidado interétnico que assumem as características de “zona de conato” definida por Foller (em DIEHL EE, LANGDON J, 2014, Op.cit.).

Isso tem consequência na afetação do profissional conforme descrito pela autora FERREIRA LO (2012, Op. cit.) e, ademais orienta a prática de relação entre cuidador e cuidado à procura de um contato mais direto, exclusivo, especial: aprender da dor do usuário e da capacidade de suportar as específicas condicionantes da saúde indígena favorece um entendimento pelo profissional da relação de cuidado nas visitas ambulatoriais como momento de encontro reciprocamente dedicado, íntimo, no qual podem ser enfrentados assuntos que dificilmente poderiam ser compartilhados com os colegas indígenas, *parentes* (profissional indígena).

As minhas sensações e percepções na observação não participada desse momento mutuamente dedicado e de atenção recíproca associam-no a situação de um confessional religioso, assim que o tom da voz vira sussurro com poucas variações que expressa uma comunicação carinhosa e dialogada, “demorada porque o “X” explica tudo direitinho, lentamente (...) e com o profissional “X” posso falar mais” (usuária). Assim, as visitas domiciliares também se realizam em tempos variáveis e geralmente prolongados. As conversas expressam e confirmam uma relação entre paciente e curador de respeito recíproco, sinais de bem vindas e um clima geralmente alegre, onde a risada é contagiosa e coletiva. Além do atendimento no Posto, em todas as visitas domiciliares do médico observadas ao longo do campo foram caracterizadas pela prolongada atenção e escuta em profundidade dos sintomas do usuário, a paciente e prolongada explicação dos percursos terapêuticos farmacológicos e a jovialidade do encontro.

O segundo tipo de transformação do profissional e estratégia intercultural que emerge é ligada ao respeito a convivência com um sistema de conhecimentos e práticas de saúde indígena que se explicita prevalentemente na aceitação e concepção do direito

do usuário à liberdade de escolha do percurso terapêutico que portanto pode resultar misto, mais orientado pelo especialista tradicional ou as práticas de autoatenção familiares ou biomédico porque segue exclusivamente as orientações do pessoal do *Posto*. Nesses termos existem portanto formas de complementariedade dúplice ou integração realizadas pelos usuários entre práticas de cura que são reciprocamente representadas como “diferentes” nos discursos dos profissionais *brancos* e dos guardiões da tradição, as lideranças e especialistas tradicionais. Nesse sentido os percursos terapêuticos assumem conforme representado pela autora Langdon EJ (2004), fronteiras menos marcadas entre os polos da alteridade, biomédica e indígena em saúde: “As fronteiras entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são bastante permeáveis, tornando o itinerário terapêutico muito mais complexo e resultante de diversos fatores, e não só da percepção de eficácia” (LANGDON EJ, 2004, Op. cit., p. 39).

A prática da orientação a assunção complementar dos “remédios do mato” (infusão, ingestão, banhos, inalações) aos fármacos prescritos é difusa nos profissionais da EMSI e no caso de falta dos fármacos o profissional indígena tem competências de base no conhecimento Pataxó ou da própria família na base das quais indica práticas não farmacológicas de cuidado. Nesses casos, o saber tradicional é considerado de forma substitutiva a ineficiência do sistema biomédico, vindo exemplificar o saber Pataxó como *funcionalmente complementar* à falha da atenção *diferenciada*.

O imperativo categórico compartilhado com a visão do profissional indígena é construir estratégias para a não proibição de qualquer prática de autocuidado através da sensibilidade desenvolvida por todos os profissionais ao longo da experiência na prática de relação com os parentes, “na lógica do é proibido proibir” (profissional indígena).

O respeito das crenças e dos tabus locais e familiares também impõem pequenas estratégias da práxis de cuidar pelos profissionais das EMSI, assim que são aceitas as proibições alimentares e dicas de dieta nos cuidados ao recém-nascido e à gestante e puérpera, vindo realizar no domicílio as primeiras visitas de rotina e o teste do pezinho para não entrar em conflito com o hábito de proteger o recém-nascido por uma semana “de qualquer barulho, contato forte...mesmo com a luz e com as coisas fora da casa” (parteira tradicional).

No específico, a escolha do parto com a parteira tradicional resulta uma especificidade da cultura local de auto atenção das comunidades que substitui e impõe os conhecimentos e práticas tradicionais sobre a “medicina do branco” através de um

processo de reconhecimento e transferência da delega da responsabilidade operacional do momento do parto às parteiras tradicionais das comunidades.

Do ponto de vista ressaltado pelos profissionais e atores indígenas que participam diretamente ao processo da atenção básica indígena local (conselheiros, lideranças), o modelo de cuidado que vem da tradição Pataxó resulta *funcionalmente complementar* ao modelo de saúde pública da atenção *diferenciada* também no caso da assistência à gestação e momento do parto, entendendo que o parto (tradicional) na aldeia permite uma alternativa às barreiras, a partir daquelas geográficas ao acesso aos hospitais do sistema público de saúde, agravadas das faltas e falhas da logística de transporte e acompanhamento e em segundo lugar às barreiras étnico-culturais, representados pelos episódios de racismo e mal cuidado fatais já citados, que alimentam o medo, a inibição e resistência à experiência da prática do parto hospitalar das mulheres das comunidades indígenas dessa área.

Os profissionais não indígenas expressam uma compreensão e sensibilidade intercultural nas descrições que reconhecem o parto em aldeia como um momento de cuidado “especial, íntimo e humanizado, familiar, pois realizado em um ambiente percebido como protegido, uma experiência participada pelos familiares mais próximos, prevalentemente mulheres”. Pelas mulheres da comunidade o cuidado da parteira resulta “contínuo”, “de perto”, “confiável”, “efetivo” uma relação de confiança e afetividade: “tem que ter coragem e saber ter carinho, por isso faço brincadeiras, cantamos juntas...” (parteira anciã).

As duas parteiras mais experientes da área conseguiram contar mais de 600 partos realizados ao longo da própria trajetória na comunidade, representados por sementes guardados no próprio maracá-chocalho. Tanto pelas comunidades de usuários que pelos profissionais e gestores da saúde local, a evidência das condições de saúde positivas das gestantes e das crianças nascidas na aldeia reforçam a valorização das metodologias e técnicas do conhecimento Pataxó onde a espiritualidade mantém uma função central preventiva além de curativa. Isso resulta pelas parteiras mais evidente ao considerar as situações de risco na qual foram realizados números parto: “em qualquer situação climática”, “na canoa para chegar a Caraiva”, “no carro de um parente ou no meio da rua para o hospital”, “de noite naquela escuridão total”, “no meio da mata e na lagoa quando não tinham as pistas”, “abaixo da chuva e abaixo da lua” (parteiras tradicionais).

A suspensão do juízo etnocêntrico sobre a ineficácia ou não cientificidade das práticas do saber em saúde dos Pataxó nas práticas obstétricas e de assistência ao parto é

uma das consequências da participação e acompanhamento de perto ao parto da enfermeira-coordenadora da EMSI, não indígena.

Isso, para todos os profissionais não indígenas leva a uma forma de compreensão e aceitação do valor cultural a partir do plano factual-experiencial das práticas de cura dos usuários Pataxó a partir da convivência e participação indireta assim que o respeito se manifesta na falta de interferência do profissional *branco* ao longo da experiência do parto, colocando-se à disposição em caso de situações de emergência que a parteira não consiga resolver, portanto em função acessória. A atenção *diferenciada* nesses momentos assume uma *função complementar* às práticas Pataxó, consideradas “tradicionais”, demonstrando uma flexibilidade que não se encontra por outros tipos de práticas de cuidado.

A convivência entre profissional e especialista tradicional desse momentos impõe mudanças de tipo cultural a partir da criação das condições de aproximação e presença conjunta no momento do cuidado, produzindo mudanças de olhares recíprocos entre *portadores* epistemes mutuamente percebidas como diferentes concordando com Pereira LO (2012) quando analisa os processos de afecção que se expressam na relação de cuidado:

Surgem nesses encontros imprevisíveis ocasiões em que a biomedicina já não é mais suficiente (...) essa insuficiência — na qual o profissional de saúde é parcialmente privado daquilo que seria, em tese, sua estrutura de pensar — possibilita que esses encontros produzam *mais* do que uma tradução etnocêntrica. (PEREIRA LO, 2012, Op. Cit., p. 75)

Desse ponto de vista o parto tradicional é uma experiência que é vivenciada como um percurso misto, intercultural do ponto de vista dos usuários.

Mesmo sem uma articulação explicitamente padronizada, a relação entre profissionais e parteiras no processo do parto, ao longo do tempo se tornou uma práxis de cuidado que envolve em várias formas e momentos as duas esferas comunitária/indígena e pública/não indígena da saúde. Assim o pré-natal é ofertado pela enfermeira que tem que enfrentar as resistências culturais de algumas gestantes, devidas principalmente a dificuldade a falar de questões consideradas íntimas na frente de um grupo de outras parentes ou familiares do próprio esposo. Além disso o pré-natal não é uma prática que faz parte dos hábitos e práticas de preparo ao parto ainda em voga nas famílias, pois as mães e as avós, os modelos maternos centrais das famílias Pataxó em termos de representantes do saber tradicional, elas não frequentaram os cursos de pré natal, pois

vivenciaram o parto na aldeia na modalidade do parto tradicional. As orientações preventivas e alimentares da parteira também são a referência principal das usuárias, tanto na fase de pré que de pós parto mas conseguem se harmonizar com as dicas fornecidas pelo pessoal do Posto (parteira). A atenção *diferenciada* consegue dessa forma se *articular* com as práticas Pataxó de cuidado.

Nos casos de emergência tem uma coordenação e colaboração consolidada entre as parteiras e os profissionais do posto, momentos nos quais a tomada de decisão e responsabilidade volta nas mãos do sistema de saúde público e o lugar do cuidado do paciente da casa muda em primeiro lugar o posto de saúde e, a depender da disponibilidade do transporte e das condições da pista, o hospital dos centros urbanos.

Nesses momentos portanto o parto em situação de emergência volta se configurar como uma prática que define a atenção *diferenciada como supletiva* às práticas Pataxó.

A experiência compartilhada de situações de complicações geralmente vem a ser considerada como um momento também de apropriação da parteira dos conhecimentos de tipo biomédico que as vezes confirmam os diagnósticos que decretam e confirmam o estado de emergência diagnosticados pelas parteiras através das próprias técnicas: “a parteira não precisa realizar o ultrassom, ela sabe como está...o neném lá dentro, ela o vê, ela sente” (usuária).

As parteiras, não obstante tenham realizados numerosos acompanhamentos até o hospital nos casos de situações de emergência que não conseguiram ser assumidas pelo serviço da atenção básica, lamentam a resistência e barreira do acesso e acompanhamento no momento do acolhimento e atendimento hospitalar. Nesse sentido, a diferenciação do cuidado do parto na aldeia e da sua articulação com os profissionais da atenção básica indígena não consegue garantir uma continuidade ao nível secundário de atenção mesmo nas situações nas quais o especialista tradicional está disponível em acompanhar o atendimento nos espaços da saúde pública.

O olhar as práticas e as concepções dos profissionais indígenas oferecem também reflexões sobre as práticas efetivas e as práxis que se estruturam a partir das tensões interculturais entre os conhecimentos em saúde e encontram nas práticas do profissional indígena respostas de cunho intercultural.

De fato o profissional indígena tem uma função de ligação (*link*) e mediação entre os profissionais não indígenas da EMSI e a comunidade, sendo o profissional que mora estavelmente na comunidade, portanto facilmente resulta o primeiro contato direto pelos usuários. Nesse sentido os técnicos desenvolveram competências na prática de

acompanhamento e assistência aos profissionais brancos que superam os padrões convencionais, encontrando as mesmas reflexões nos estudos de Follman já citados nessa tese: “Apesar de as ações do técnico e do auxiliar serem definidas conforme a legislação, observou-se que na prática da T.I. Xapecó as atividades dos profissionais indígenas de nível médio excedem as atribuições descritas acima” (FOLLMAN, 2011, Op. Cit., p. 79).

Além da assinalada capacidade e autonomia na construção da agenda do médico a partir das prioridades de saúde que contemplam critérios comunitários como a visita aos anciões, uma instituição comunitária que a instituição EMSI não pode colocar em segundo plano.

Nos horários de atendimento também o profissional indígena representa o primeiro contato e filtro e mediação com a EMSI. A relação com o usuário é diferenciada, “é do tipo de parente a parente” (profissional indígenas), pois estruturada sob as regras e códigos comunitários de comunicação entre familiares que se reconhecem em primeira instância como comunitários indígenas. Uma relação baseada no respeito e no tempo de escuta e um cuidado especial no caso de usuários anciões, as vezes filtrada por códigos e sinais muitas vezes não verbais (silêncios, reações faciais, hesitações, tipo de risadas diferentes e “fazer piadas”).

O conhecimento profundo entre famílias de parentes permite ao profissional indígena conhecer e entender o tipo de demanda e necessidade de saúde rapidamente, “sem perder tempo com muitas palavras”, sem perder o cuidado de manter o nível da conversação respeitando a “sensibilidade específica do *parente* Pataxó”, pois no caso contrário o risco é induzir o usuário à recusar as dicas terapêuticas “por ter ouvido uma frase pronunciada mal pelo profissional em um momento de muitas tarefas” (liderança) ou por ter “um jeito de encarar as pessoas que o pessoal não se sente à vontade de falar (com o profissional branco, *ndr*)” (profissional indígena).

O profissional indígena entende também que pelo *parente*, conforme várias situações observadas, à espera do resultado de um exame de tipo preventivo ou “teste rápido” pode levar a uma preocupação com conseqüente “aumento da pressão, estado de tontice, mal-estar” psicofísico sintomático da vivência de uma situação de “estresse por ter que esperar para saber da possibilidade de estar doente, independentemente do não perceber sintomas de adoecimento”. A situação de sala de espera na qual o resultado vem a ser inevitavelmente público e compartilhado com os *parentes* presentes parece ser uma situação não confortável pelo usuário, onde se manifestam mal estar diferentes na espera

do encontro com o médico mascarados por estados de mal humor, preocupação, silêncio, agitação e saída da situação rapidamente ao saber o êxito.

A sensibilidade e cuidado pelo respeito na relação entre *parentes* da mesma comunidade se transfere na relação entre profissional e usuário e em caso de um eventual motivo de atrito, a tendência do *parente* usuário ou profissional é “não chegar ao confronto direto” para não fragilizar a harmonia e questionar os equilíbrios locais entre os grupos de famílias da comunidade. Na maioria das vezes o *parente* abandona a portanto a situação, “escolhe de se recuar” mas se a fricção da relação é com o profissional não *branco*, “é pouco provável que o parente volte novamente a procurar o Posto de Saúde” (profissional indígena).

A “maior sensibilidade” que define o perfil do usuário Pataxó, auto referida pelo profissional indígena e também observada na observação participante no posto e nos momentos de contato de cuidado, permite ao profissional indígena evitar que o parente chegue ao ponto de ficar irritado ou se chatear “por algo que ele interpreta como falta de atenção e interesse pelo seu problema”, isso através da procura de uma escuta atenciosa e assunção de responsabilidade do problema do usuário até a sua solução. Nesse sentido a percepção dos profissionais brancos da capacidade dos usuários que vem ao posto de aceitar e chegar ao compromisso com situações extremas devidas as falhas dos serviços de atendimento não parece uma leitura que se aproxima a essa visão da relação interpessoal comunitária, orientada a manter mais a garantir a ordem e equilíbrio comunitário nas relações sociais “entre parentes e primos” (liderança anciã).

O profissional indígena é utilizado e considerado pelos usuários como um tradutor e esclarecedor das indicações terapêuticas e, caso de falta dos medicamentos na farmácia do posto de saúde, oferece espontaneamente dicas substitutivas de remédios oriundos das plantas medicamentosas e práticas de cuidado na base do próprio conhecimento familiar.

A aproximação e procura de troca de conhecimento com os especialistas tradicionais e usuários mais próximos ao saber tradicional de cura indígena é uma prática que faz parte do cotidiano da convivência com familiares que possuem e praticam esse tipo de conhecimento:

“A minha avô, quando era pequena, as vezes me olhava e sentia que era triste. Então ela começava a rezar, independentemente do lugar onde eu fosse, e eu me sentia melhor...ela conhecia muitas rezas, que a minha mãe aprendeu” (profissional indígena).

Vindo de referências no conhecimento Pataxó em saúde o profissional indígena acompanha as orientações de cura dos profissionais brancos e, conhecendo hábitos, condições econômicas, acesso a produtos da terra e estilo de vida da família do paciente-parente fornece orientações, por exemplo preventivas e alimentares que consideram essas dimensões.

Como assinalado, a regra comunitária do respeito institucional pelos anciões e do dever cuidar das lideranças anciãs, se transfere na prática de construção pelo profissional indígena da agenda das visitas domiciliares do profissional branco na base dessa prioridade. De fato tem uma maior aproximação dos profissionais indígenas que não indígenas da EMSI e frequência de visitas aos anciões, inclusive por uma motivação de tipo social comunitário: “eu as vezes fico ali, a falar com os anciões, se você puxa conversa com eles, eles começam a te contar muitas histórias da Barra Velha, antigas” (profissional indígena).

A figura essencialmente intercultural do profissional indígena portanto exprime funções informais de mediação, informação e orientação a saúde de tipo intercultural e linguística focadas na relação comunicativa entre parentes e os códigos tradicionais da comunicação que conseguem se expressar em formas de tradução. As competências biomédicas construídas e utilizadas pelos profissionais indígenas coexistem aos conhecimentos familiares fundamentados no saber (tradicional) Pataxó e as práticas de autoatenção dos usuários.

A essencial natureza bicultural do perfil do profissional indígenas tem que ser acompanhada por uma orientação à mudar o próprio horizonte conceptual, evocado na introdução dessa tese como pré-condição pela interculturalidade da mediação linguístico-cultural nos serviços públicos em espaços interculturais. Assim as competências reconhecidas podem realizar funções institucionalizadas de facilitação, tradução e facilitação da mútua compreensão em contextos de transformação da sociedade multiétnica, multilíngue e multicultural (SIEBETCHEU YOUNBI R, 2011, op. cit.).

A formação unidirecional no saber biomédico segue a apropriação de conhecimentos e principalmente as práticas no acompanhamento do profissional branco nas visitas aos pacientes e não existem momentos reconhecidos de formação intercultural, mesmo que como evidenciado existam aproximações de cada profissional ao saber do *outro*. Como evidenciado, no caso do AIS, a experiência da aprendizagem é totalmente dependente da prática cotidiana requerida pelo próprio papel, pois não existe nenhuma formação ao acesso à profissão, mesmo sendo chamado à responder as múltiplas

necessidades da demanda e urgências da comunidade como: transporte de pacientes, primeiros contato e registro dos sintomas, distribuição e entrega de medicamentos, orientação a posologia dos fármacos, informação sobre uso de plantas medicinais). Além disso, sabemos que a figura profissional do agente comunitário na saúde indígena é diferenciada dos colegas do SUS, pois não possui nenhum enquadramento normativo. As condições de trabalho que requerem o uso de motocicletas e a assunção dos custos pelo deslocamento cotidiano nas casas dos usuários espalhadas na ampla área indígena de Barra Velha não correspondem ao enquadramento salarial, ainda definido na forma do “reembolso” (profissional indígena). Para concluir, considerando a população concentrada na *Aldeia Mãe*, precisa ressaltar a insuficiência que perdura há 2 anos desse profissional, pois tem 1 AIS só, parcialmente suportado pelo AISAN local.

4.4. Síntese conclusiva da análise da atenção básica diferenciada aos Pataxó de Barra Velha

A análise da atenção básica diferenciada às comunidades indígenas Pataxó de Barra Velha evidencia especificidades do contexto local em termos de processos de etnogênese e interetnicidade que afundam as raízes em uma longa trajetória histórica de resistência ao contato e luta contra o domínio *do branco* que favoreceu a continuidade e conservação da homogeneidade étnica e múltiplos traços socioculturais comunitários e familiares dos Pataxó até os dias atuais, também favorecida pela característica e atávica distância e barreiras físicas e simbólicas com o *que está lá fora da aldeia*, o mundo não indígena. Aqui recupero a força da categoria de identidade contrastiva e do conceito de territorialização na acepção apresentada no capítulo relativo ao referencial teórico do autor Oliveira JPD (1998), interconectada à reconstrução da etnogênese dos Pataxó.

A construção de uma identidade contrastiva, ou seja a partir da trajetória de atrito e conflito interétnica, tem que ser considerado como ponto de partida para a análise intercultural do cuidado. A hegemonia de uma memória coletiva estruturada no sofrimento dos episódios de luta e opressão da sociedade envolvente constroem uma retórica e ideologia da concepção do contato interétnico e intercultural em termos de hegemonia, afetação, perigo, ameaça e contaminação do espírito e do corpo das comunidades, portanto como adoecimento, o pano de fundo de resistências e concepções negativas e até inferiorizantes da *medicina do branco*.

A difusa preocupação pela redução do grau de fechamento-*closure* e proteção da unidade da comunidade é alimentado na visão do nativo pela recente modernização e abertura ao turismo, expressão da mudança do espírito de coesão comunitária e de “novos interesses” alienígenas ao microcosmo comunitário que produzem divisões entre famílias de *parentes*, reproduzindo dinâmicas de atrito interétnico pelo poder na comunidade mais urbana, Barra Velha.

A recente transformação estrutural sociocultural da aldeia gera e agrega tensões, contradições, separações e hibridizações na dinâmica entre a orientação “tradicional Pataxó” ou “comunitária” e uma “do branco” ou “moderna” nas famílias dos *parentes*, enfraquecendo por um lado o espírito indenitário comunitário considerado pelos anciões e lideranças como “tradicional” e por outro lado, se refletindo em diferentes concepções sobre os processos de adoecimento e cuidado que precisariam ser compreendidas, compartilhadas e dialogadas de forma intercultural entre os sujeitos que participam ao cuidado às comunidades. A categoria de híbrido e identidades múltiplas evocadas por Canevacci M (2009, Op. Cit.) exemplificam os múltiplos posicionamentos e nuances entre essas dois extremos.

Assim na visão êmica mais conservadora, a chegada da medicina *do branco* vem a ser considerada como domínio e imposição de curas farmacológicas que produzem efeitos até iatrogênicos, reduzem o uso do conhecimento tradicional indígena em saúde, não conseguem reconhecer as doenças do índio, produzem a nova categoria de “índio dependente do fármaco” ou biomedicalizado, referida nas falas das comunidades.

As concepções da atenção *diferenciada* se expõem também a diferentes interpretações e expectativas, tanto nas comunidades de usuários que nos profissionais de saúde, impondo uma reflexão sobre desentendimentos e níveis de informação e conhecimento compartilhado sobre as funções da atenção básica indígena (ABI) a partir das definições institucionais do direito diferenciado à saúde pelas populações indígenas e as leituras das demandas e necessidades de atenção a partir dos atores das comunidades indígenas atendidas.

A resposta local às necessidades de saúde de fato implementou um modelo de posto de saúde do tipo “mini UPA aberta 24 horas” (Profissional não indígena), expressão do (des)encontro entre visão êmica e ética institucional do atendimento da atenção básica, não estruturada para garantir nem o básico porque precariamente implementada pelos gestores públicos, percebidos como distantes mais do que a geografia possa justificar.

Assim o serviço público da saúde vem a ser considerado, na perspectiva mais crítica como outras intervenções das políticas *do branco* que não conseguem garantir a continuidade da assistência e não respondem a demanda efetiva pela falta de condições como a cobertura parcial e manutenção inexistente dos serviços básicos de saneamento, acesso a água, gestão do lixo, produzindo efeitos parciais e negativos porque não interculturalmente construídos (por exemplo: a construção de novos modelos de habitações diferentes). Isso também, ao meu ver, constitui uma razão de fundo pela escassa procura de diálogo sobre a articulação em saúde, pois o modelo de implantação do serviço público é vivenciado como uma oferta que vem de cima para baixo, rígida, pré-embalada, não questionável em termos de tipo de práticas e saber praticado na cura ao indígena e portanto nunca questionada diretamente.

A percepção da impossibilidade de responder à demanda espontânea de saúde, não permite aos profissionais de encontrar momentos para planejar ações de diagnóstico e escuta das comunidades ou se concentrar sobre as possibilidades de uma articulação entre saberes, assim que a diferenciação da atenção não considera a interculturalidade das práticas se não em termos formais por esse tipo de profissional que tem que lidar com níveis de cobrança e frustração crescentes por não conseguir responder as necessidades das comunidades não obstante a dedicação exclusiva e a atitude de “se doar” (Profissional não indígena) . A crescente precarização das condições do atendimento devida a conjuntura política dos últimos anos limita a priori a possibilidade de focar atenção e recursos do profissional para uma maior interculturalidade das práticas do cuidado público.

A formação na prática é a forma espontânea do desenvolvimento da sensibilidade intercultural em todos os profissionais, tanto de apropriação do profissional indígena dos conhecimentos do saber *do branco* que do profissional não indígena no respeito e prioridade reconhecida à escolha de percurso de cura do usuário. A falta estrutural na legislação de uma definição operacional de percursos formativos (acadêmicos, permanentes ou de especialização) orientados a concretizar o diálogo e confronto entre sistemas de saúde a orientar concepções e práticas das equipes da saúde indígena resulta um fator central na falta de entendimentos compartilhados sobre a interculturalidade do cuidado em saúde indígena, portando da atenção básica em termos diferenciados e de possibilidades de articulação entre saberes e práticas representadas como diferentes.

Todavia, os cursos de especialização em saúde indígena recentemente instituídos por instituições acadêmicas (UNIFESP) são uma oportunidade de primeira aproximação

à visão êmica indígena da saúde por alguns profissionais brancos da EMSI local, mesmo que a modalidade “a distância” seja um limite da relação entre ensino-aprendizagem e comunidades locais.

Por outro lado, a compreensão da saúde em termos biomédicos no papel do profissional da saúde e em termos tradicionais Pataxó do *parente* usuário indígena da comunidade permitem aos profissionais indígenas concentrar habilidades e utilizar competências pouco reconhecidas de mediação e facilitação intercultural na relação de cuidado das equipes nos diferentes momentos do atendimento, aprimorando a comunicação e entendimento das orientações curativas do profissional não indígena.

Se reconhecidas institucionalmente, as competências e atitudes interculturais “espontâneas” desse profissional podem permitir e favorecer, um maior entendimento e acompanhamento da demanda de saúde do usuário indígena, principalmente das famílias com maiores resistências culturais as propostas curativas ou preventivas ofertas pelo cuidado público, ainda maiores no caso da atenção à saúde mental. Esse profissional consegue superar em alguns casos essas barreiras e conciliar ou mediar entre os sistemas de comunicação e atribuição de valor sociocultural comunitários e da profissão na saúde pública.

A análise evidencia também como elemento estrutural e característica relevante do contexto de saúde local a forte tensão, contraste e hibridização entre tradicional e moderno, na coexistência e convivência de dois sistemas de saúde diferentes, oriundos de diferentes epistemologias (ocidental, Pataxó/indígena local) que criam modelos de cuidado e atenção à saúde coexistentes nas comunidades, que se enfrentam e raramente confrontam, mas permitem a libera escolha do usuário de se perder (na ambiguidade) ou encontrar (na ambivalência) de percursos terapêuticos alternativos, complementares, híbridos.

A partir das palavras de Menéndez:

“Y por último, considero que los que impulsaron la interculturalidad no asumieron – aunque varios lo señalaron - el papel de la biomedicina y del sector salud como dos de las principales limitantes de sus proyectos interculturales, dado su continuo proceso de expansión y su tendencia a la monopolización de la atención a la enfermedad” (MENÉNDEZ EL, 2016, Op. Cit., p.).

Mesmo no predomínio biomédico das práticas e do *habitus* do profissional da saúde indígena inevitavelmente hegemônico, o reconhecimento da existência, convivência e interações entre os dois sistemas incluindo as práticas de autoatenção dos

usuários, na minha visão seria suficiente para justificar a necessidade e possibilidade de construir aproximações e *novos sentidos* em sentido intercultural crítico entre concepções e práticas de cuidado, banalmente considerando a potencial riqueza (curativa) da complementação entre práticas de cuidado milenárias.

De fato existe uma articulação *sui generis* entre as práticas dos dois modelos, parcialmente reconhecida formalmente, que considera no específico as práticas do parto tradicional como substitutivas, alternativas e complementares às práticas ofertadas pelo sistema público. A convivência e participação conjunta do especialista tradicional e profissional de saúde favorecem a aproximação e conscientização do profissional branco a respeito da validade e eficácia factual do saber em saúde Pataxó, o que considero uma transformação e deslocamento do etnocentrismo da concepção do cuidar da saúde indígena proposta pela formação e protocolos criados pelas instituições públicas da saúde indígena.

A ênfase sobre a empatia como processo de aproximação e transformação da visão de profissional da saúde é um fator importante ou recurso em termos de possibilidade de mútua compreensão dos processos de adoecimento e cura que são favorecidos pela longa convivência e fixação do profissional não indígena na equipe de saúde e no território das aldeias. Mas, as aproximações e complementariedades às práticas de cuidado não conseguem superar a dimensão subjetiva e familiar, ou seja não conseguem se transferir nas práticas cotidianas e no papel de profissional da saúde indígena. Nesses termos, a comunicação do profissional branco não consegue se estruturar a partir de uma *empatia intercultural*, definida por Bennet:

“É uma atuação do principal objetivo prático da comunicação intercultural: ir além do etnocentrismo e render possível uma interação de sucesso em ambiente multicultural” (...) esse é o centro da comunicação, a capacidade de transcender a nossa limitada experiência e imaginar o mundo como outros o estão percebendo” (BENNET MJ, 2015, p. 59, *tradução pessoal, ndr*).

Nesse sentido, as sensibilidades interculturais e até curiosidades dos profissionais não indígenas podem ser considerados um elemento de base a favor de propostas de formação e articulação entre práticas de cuidado, interculturalmente construídas.

Os sistemas de saúde se articulam de fato espontaneamente oferecendo exemplos de possibilidades de colaboração baseadas no respeito mútuo e reconhecimento recíproco nos termos de práticas que são reciprocamente reconhecidas como alternativas ou substitutivas, ambivalentes, mistas ou híbridas, complementares, suplementares, tanto pelo uso de remédios do mato que de fármacos, assim como pelas práticas espirituais para

sanar as doenças que o saber ocidental não consegue diagnosticar, além da prática do parto tradicional na aldeia.

Assim, as práticas/práxis de articulação e interculturalidade expressam, na minha leitura, uma demanda reprimida de interculturalidade entre os sistemas e protagonistas (agentes) da saúde indígena local. Nesse termos concordo novamente com a autora Ferreira LO, quando analisa as categorias de medicina tradicional e pré-natal indígena:

“Essas categorias são ambíguas por encerrarem entendimentos radicalmente diferentes para os agentes socialmente posicionados – tantos ocidentais quanto indígenas – que as acionam em seus discursos. Assim essas categorias surgem como códigos de mediação que possibilitam a comunicação entre os povos indígenas e as políticas públicas, já que remetem ao esforço indígena para traduzir, nos termos dos não índios, certos aspectos do seu universo sociocultural” (FERREIRA LO, 2013, Op. Cit., p. 155)

A garantia da escolha do usuário a respeito do tipo de percurso de cura e até a orientação à terapia mista assumem conotações híbridas e nos casos mais positivos, como por exemplo na assunção conjunta do remédio do mato e do fármaco acompanhada por rezas sincréticas, a conjunção de práticas diferentes produz um efeito maior em termos de resolução da causa do mal-estar. Nesses termos, as práticas efetivas realizadas nesses casos demonstram ser mais flexíveis daquelas previstas pelos protocolos institucionais assim que parece legítimo perguntar porque não seja possível redefinir institucionalmente a “articulação” entre os saberes em termos operacionais que resulta o ponto que mais se expõe à PNASPI as críticas de etnocentrismo assim como evidenciei no capítulo 2.

Isso poderia ajudar a reduzir muitas resistências dos usuários indígenas aos cuidados de saúde (biomédicos) ofertados pelo serviço público, reconhecer as “práticas tradicionais” de auto atenção centradas no conhecimento das ervas medicamentosas, entendidas como possível estratégia de prática intercultural e aproximação ao conhecimento Pataxó em saúde, principalmente pelo profissional não indígena.

Em geral, a análise ressalta também uma transversal demanda reprimida de informação e conscientização sobre o direito (cultural) à atenção *diferenciada* além da difusa concepção de acesso diferenciado ao direito a saúde que se torna “privilegio”. A compreensão subjetiva da atenção diferenciada para todos os atores participantes ao processo de cuidado é a partir da própria experiência direta, portanto parcial, não compartilhada.

Além disso, a qualidade da informação e orientação ao funcionamento variável do atendimento (pela disponibilidade dos carros, as condições das pistas, a disponibilidade

efetiva dos profissionais mais qualificados nos horários do atendimento programado) não resultam eficazes pelos usuários que ficam desorientados e mais ou menos conformados aos “viagens de balde” até o morro onde fica o Posto de Saúde. Isso implica na necessidade de aprimorar a circulação e seleção da informação sobre o sistema de saúde público local, aproximando os atores a compreensão compartilhada das problemáticas e oportunidades que definem o cotidiano do atendimento da atenção básica, dinamizando a circulação da informação em saúde pontual entre os profissionais presentes (AIS e AISAN) nos diferentes territórios das aldeias atendidas.

A ênfase sobre a informação e comunicação é a base ou pré-condição da preocupação pela viabilidade do diálogo e da relação entre usuário e serviço público, mesmo assim resulta escassa a atenção sobre as carências da comunicação e escuta na relação de cuidado entre o profissional não indígena e o usuário indígena e, no específico são desconsideradas ou invisibilizadas porque despercebidas as competências do profissional indígena de facilitação, tradução, interpretação e mediação cultural realizadas tanto nos contextos marcados pelo menor contato interétnico e homogeneidade étnico-cultural que daqueles de maior contato e miscigenação.

Além das prática(-xis), hibridizações e sensibilidades de tipo intercultural ilustradas a partir do foco no serviço de saúde, a necessidade do “resgate” do saber tradicional Pataxó em saúde é um argumento central da problematização da articulação entre saberes na perspectiva êmica e poderia ser considerado uma oportunidade de ação que promove a interculturalidade no cuidado local.

A escola representa o sujeito que pode assumir a responsabilidade coletiva da garantia de pesquisa, arquivo sobre o conhecimento Pataxó, acionando os jovens estudantes indígenas, incluindo os pequenos grupos de estudantes universitários difusos nas comunidades e envolvendo por fim também as famílias das comunidades na valorização e transmissão do conhecimento. O projeto de criação e cultivo de plantas medicamentosas (horta escolar comunitária) promovido pelos professores indígenas encontram sensibilidades de outros sujeitos das comunidades e podem favorecer a maior acessibilidade e difusão do “remédio do mato” e consequente redução da biomedicalização do usuário indígena (em perspectiva contra hegemônica).

A aproximação entre serviços de educação e saúde indígena diferenciados além do ocasional poderia assim promover a fitoterapia indígena também como práxis de orientação e prática terapêutica através da distribuição no posto de saúde (usuário), preferivelmente controlada e realizada pelos profissionais indígenas, sensíveis aos limites

dos “segredos” do conhecimento dos Pataxó, entendidos como “arma de defesa” étnica, como assinalam os especialistas tradicionais mais considerados pelas comunidades.

Um outro argumento ligado ao processo de circulação da informação é, em perspectiva mais centrada na prevenção que aproxima professores indígenas, profissionais do *Posto* e as lideranças mais envolvidas no processo de realização do cuidado local público é a necessidade de respeitar a prioridade da promoção e educação em saúde que igualmente representa um estímulo ao diálogo e procura de percursos e estratégias de educação em saúde de tipo intercultural.

Em definitiva, essa convergência evidencia a necessidade de criar ações intersectoriais entre atores institucionais indígenas e diferenciados de educação e saúde (escola e posto de saúde) focadas na educação à saúde. Isso poderia favorecer a construção e portanto a colaboração na definição intercultural de ditas práticas preventivas, vindo reduzir o monopólio biomédico das modalidades de comunicar e dos conteúdos relevados dos raros momentos de educação em saúde.

A análise comparada dos achados das análises etnográficas respectivamente em Barra Velha e Coroa Vermelha do capítulo 7 evidenciará algumas possibilidades da interculturalidade, também nos termos de promoção, prevenção e educação (intercultural) à saúde indígena que serão sistematizadas e repropostas na forma de sugestões de práticas de reforço da interculturalidade, no capítulo 8.

CAPITULO 5. TERRITÓRIOS PATAXÓ DE COROA VERMELHA: Processos de territorialização, relações interétnicas e hibridização

5.1. Origens da maior das aldeias *filhas*

Coroa Vermelha é conhecido como um dos cartais postais do terceiro polo turístico do Brasil, caracterizado pelo turismo de massa, noto e vendido como o lugar da primeira missa no Brasil (SAMPAIO JAL, 1996) e centro do comércio (e turismo) étnico do artesanato Pataxó tanto de ser definida uma “aldeia turística” (GRÜNEWALD RDA, 2001).

Chegar ao povoado de Coroa Vermelha é muito simples, pois é ligado pela BR - 367 já a partir dos anos '70 com Porto Seguro (16 km) e Santa Cruz de Cabrália (6 km), Município do qual faz parte administrativamente. Saindo do aeroporto o aviso de “bem-vindos à costa do Descobrimento” é o primeiro de uma série de símbolos da conquista de Cabral: desde a imagem do índio na sala da espera do aeroporto, triste rosto pintado com linhas geométricas modernas às inúmeras estatuas e pinturas do “índio do descobrimento” nas estruturas turísticas que ininterruptamente acompanham o visitante até o centro urbano da aldeia de Coroa Vermelha, da homônima Terra Indígena. A pressão e avançar das propriedades imobiliárias turísticas ao redor da terra indígena é evidente, perceptível, *envolvente*.

Chegando nas proximidades do centro urbano, *garçons* na frente das barracas de praia chamam os carros de passagem na entrada do povoado que se abre com a *passarela indígena* que relembra a renomada *passarela do álcool* da *movida* noturna de Porto Seguro. Do lado oposto da pista, uma grande estrutura branca, “o shopping dos brancos”.

Pouco visível, um quadro sinaliza o valor histórico-cultural do lugar “Reserva Ind. Pataxó de Coroa Vermelha”, mas não aparecem as placas em uso do poder federal para avisar o não indígena que está entrando em uma Terra Indígena reconhecida e protegida pelo Estado.

A maioria do fluxo cotidiano estaciona o carro no “estacionamento Pataxó” e segue na direção das lindas praias completamente equipadas, onde se encontra o símbolo que reevoca a *primeira missa do Brasil*, o enorme cruzeiro ao lado do campo de futebol de areia onde se treinam as equipes indígenas, masculinas e femininas todos os dias, convivendo com os significados ambíguos da celebração do encontro cultural entre

conquistadores e populações originárias. Se chega nesse lugar passando pela passarela do artesanato indígena, caracterizado com pequenas construções de estilo e formato tradicional, onde resultam crescentemente visíveis proprietários e produtos e atividades diversas não indígenas (tipo barzinhos e restaurantes). Quase passa inobservado o amplo complexo do museu do índio e do centro artesanal indígena, obras do estado da Bahia, variavelmente acessíveis pela problemática da manutenção.

Toda essa área é a “gleba A” da terra indígena “urbana” de Coroa Vermelha, o coração da comunidade indígena Pataxó.

Voltando à entrada e prosseguindo na pista principal que divide em dois o povoado, a partir desse ponto se abrem as portas sobre uma área central definida pela confusa alternância de hotéis, pousadas, supermercados, mercadinhos, barzinhos, postos de gasolina, mecânicos, igrejas, escolas indígenas, habitações, arquiteturas indígenas e avisos que indicam nomes de outras aldeias, outros pontos de venda de artesanato e demonstração da cultura Pataxó assim como do “material de construção Pataxó” ou do “Mercadinho Tupã”.

Essa área do centro do povoado urbano de Coroa Vermelha, tecnicamente fora da área da terra indígena demarcada encaixada entre a pista principal e a praia, onde se encontram numerosas *barracas* de praia de propriedade de indígenas, a maioria alugadas a não indígenas, tanto que raramente os nomes dos estabelecimentos utilizam referências aos Pataxó, como “Mamma mia...barraca do Gaúcho...Barraca Obama...” ou as vezes evidenciam a gestão mista com bandeiras de diferentes nações.

E’ difícil perceber os confins dessa área urbanizada pois, saindo do centro se desenvolveram rapidamente ao lado direito da pista o um bairro onde moram famílias prevalentemente indígenas e ao lado esquerdo se sucedem aldeias das áreas indígenas *retomadas*¹⁸ e um extenso bairro popular habitado por não indígenas, prevalentemente oriundos do bairro popular maior de Porto Seguro que fica a poucos quilômetros de distância.

A mistura e convivência de arquiteturas e espaços fluidos caracteriza o (s) território (s) de hoje e são reflexo da sua população, misturada, híbrida, indígena e não, brasileira e não, multicultural. A aldeia urbana, reconhecida em 1997 é estruturada em um espaço

¹⁸ As terras indígenas *retomadas* são porções de território indígenas reapropriadas pela ação do movimento indígenas Pataxó a partir dos anos 2000 e no “Frente de Resistência e Luta Pataxó” foi criada em 2002.

promiscuo de habitações originárias da edilícia pública escondidas pelas maior parte por muros elevados e cercas, interrompidas por grandes vilas e casas de até dois andares.

Becos e ruas apertadas e a densidade habitacional caracterizam a área central do povoado que confina com o espaço do *centro cultural e museu do índio na passarela* do artesanato indígena que conduz ao cartaz postal da “área do cruzeiro” que junto à casas mais distanciadas se encontram na perfeita imagem da praia da vila, escondidas por um lado entre as barracas de praia e conquistando gradativamente a vista para o mar mais que se distanciam do centro artesanal.

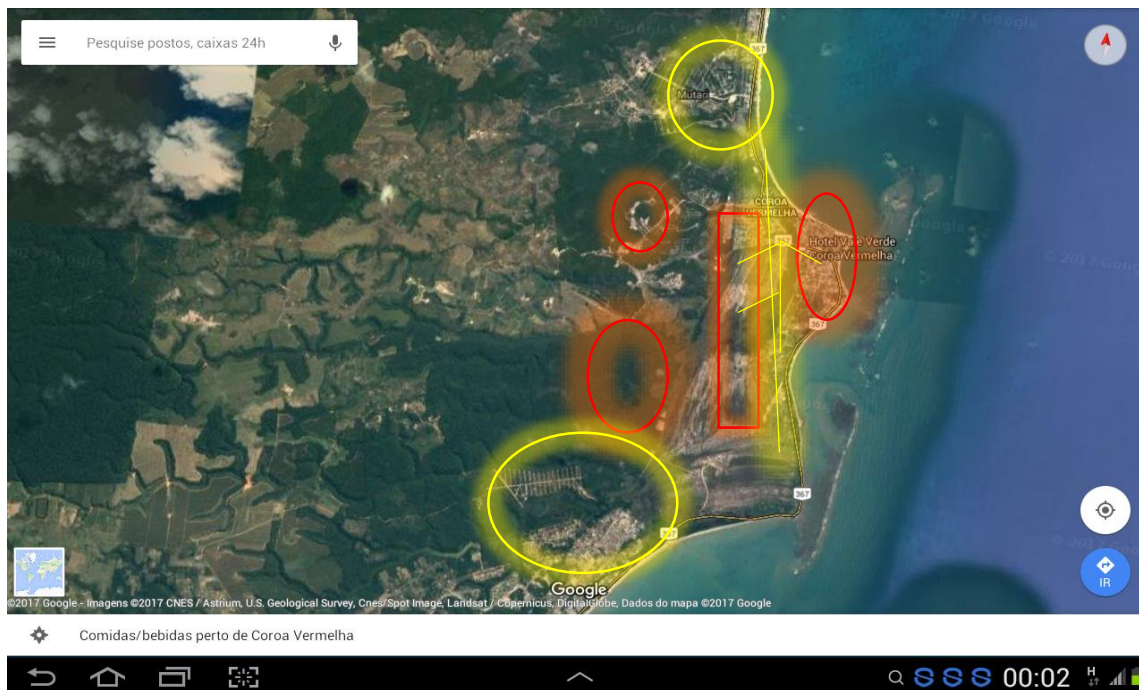
No outro lado da pista principal que divide em duas áreas o habitado, se abrem diferentes espaços de promiscuidade entre grandes e modernas propriedades de veraneio e hotéis em extensas áreas do aspecto gradativamente rural mais que se distanciam do centro do povoado, intercaladas por habitações mais ou menos estruturadas, vividas por famílias indígenas. Nessas áreas a pista de barro é o confinamento entre as enormes distâncias entre a população indígena e não indígena, a edilícia improvisada e imobiliária moderna, a sobrevivência da (boa)vivência.

Não longe daqui, a 6km do centro, área da reserva da Jaqueira, consolidada referência do reflorestamento, preservação ambiental e cultural e das atividades de etnoturismo Pataxó que nos últimos anos se tornou *aldeia* por um número crescente de famílias orientadas à alternativa ao modelo urbano (GRÜNEWALD, 1999).

Mais distante, uma outra Terra Indígena, definida como “Gleba B”, foi reconhecida também no 1997, em uma área rural e distante da costa denominada “Agricultura” onde as distâncias e o barulho da natureza separam as casas entre as famílias de *parentes* dessa comunidade. Aqui foram e são realizados projetos de desenvolvimento de socioambiental entre sucessos e fracassos (uma fábrica pela produção de polpas de fruta no passado e atualmente um parque de criação de peixes).

A partir da área do centro urbano, se desenvolvem quatro terras *retomadas* habitadas aproximadamente por 450 famílias indígenas que vivem as dificuldades do acesso à serviços básicos, saneamento, acesso a água potável, eletricidade, crescente mais que é a distância do centro do povoado urbano. A cada duas semanas recebem o atendimento das equipes de saúde, em lugares impróprios (casas de usuários, “postinho de saúde” construído pela comunidade com ajuda de parceiros privados locais, abaixo de uma árvore no pátio de uma habitação de um parente), e a distância dos serviços é agravada pela falta de transporte público.

Imagem 2- Visão panorâmica da terra Pataxó de Coroa Vermelha em evidência as áreas habitadas por indígenas (vermelho) e por não indígenas (amarelo).



Nota: as áreas nos círculos vermelho correspondem as terras Pataxó reconhecidas, a retangular a área das terras *retomadas*. As linhas amarelas representam as áreas com propriedades de não indígenas, entre confins demarcados e linhas moveis.

A criação das aldeias limítrofes a Coroa Vermelha é originada principalmente pela evasão dos parentes da aldeia originaria urbana, além da agregação sucessiva de parentes de outras aldeias Pataxó e até não indígenas, através da prática de venda entre parentes e não indígenas da casa originaria na aldeia central para ter acesso a uma porção de terra maior em uma área retomada. Esse primeiro detalhe já indica uma fluidez do contexto local em termos de dinâmica de crescimento da população indígena local que inclui não indígenas.

Seguindo os critérios de cobertura do serviço de atendimento ofertado pelo Posto de Saúde Indígena de Coroa Vermelha, o território indígena local apresenta outras cinco comunidades de tipo rural, mais afastadas da aldeia urbana e representadas pelo estilo de relações comunitárias mais tradicionais (liderança de comunidade rural) e variáveis condições de acesso aos serviços públicos de base e ao atendimento à saúde do Posto.

O processo de formação do conglomerado de Coroa Vermelha é descrito pelos estudos locais em relação à originaria vocação comercial dos “índios do descobrimento” que deram os natais ao primeiro núcleo habitacional oficialmente registrado no início dos anos '70.

A aldeia é uma das filhas, a maior porque cresceu mais em termos de tamanho e rapidez, da *Aldeia Mãe* dos Pataxó, descrita no capítulo anterior, fruto do processo de diáspora originário do “fogo do ’51”.

A leitura da funcionalidade do índio para complementar a imagem do “lugar da primeira missa” e participar a construção da retórica do descobrimento, acompanha a história da migração de um núcleo de famílias, os pais fundadores da comunidade, os *First comers*. O processo de criação da aldeia Coroa Vermelha chamadas pelas perspectivas de melhora das próprias condições de vida através das oportunidades econômicas do contato com o turismo, *imprimatur* da visão do contato interétnico local.

Essas famílias, desde o ’51 até ’72 vivenciaram experiências entre temporadas fora das comunidades indígenas, em contextos interétnicos, fazendas ou até as cidades e algumas capitais.

Vale ressaltar, como apontado por Grunewald (2002a, pag.7) que o reconhecimento formal desse primeiro núcleo vem a ser considerada como um pedido de chefe do posto indígena, orientado a garantir a presença indígena no lugar como parte integrante da reconstrução da imagem do *descobrimento* pelos futuros visitantes: a cruz da primeira missa e o índio (da primeira missa). A atmosfera e características do lugar são lembradas assim por usuários anciões:

“As condições de vida diferentes de 30/40 anos atrás...troçavam peixe por farinha, utilizavam o querosene para iluminação, existia um ônibus que fazia uma corrida por dia até Sta. Cruz de Cabralia, a estrada era de chão. A água potável era na Pororoca (atual terra retomada, *ndr*), pois os rios eram já poluídos pelos brancos, não tinha padaria, o pão vinha de Porto Seguro e a comida não tinha tempero, a cozinha a lenha e não tinha óleo para cozinhar (...) Quando cheguei tinha 10 casas de lama preta, tudo o mundo comia ouriço...agora não querem mais sair para pescar ouriço...as lideranças tem carro, comem churrasco...”, (Usuária).

“eu lembro quando com a minha família a gente andava com o meu pai, lá pelo lado da orla onde tinha mato...e tinha que deixar anoite o fogo, sempre...tinham onças e muitos outros animais...o meu pai pescava, no rio e caçava no mato...não tinha a pista aqui não...agora...tenho que lutar para ter a minha casa aqui (a propriedade é colocada em uma área *retomada*, *ndr*), esperar essa decisão (refere-se a decisão judicial sobre um liminar sobre a propriedade da terra retomada há 8 anos por 200 famílias indígenas, *ndr*) seu vou perder, não tenho para onde ir, os meus filhos moram fora, não moram aqui comigo” (Usuária).

5.2. As segundas gerações e *Second Comers*. Crescimento populacional e dinâmicas multiculturais na terra das oportunidades.

As segundas gerações cresceram no processo de implosão populacional da aldeia originariamente organizada conforme os modelos das comunidades indígenas Pataxó (liderança antiga), pois no 1972 as famílias na área tinham 200 pessoas, 2000 habitantes no ano na passagem de século, marco da mudança da fisionomia comunitária de Coroa Vermelha até se tornar em um tempo breve “a maior aldeia urbana do Brasil” (segundo uma liderança), com cerca de 6000 habitantes.

Na base de um recente censo efetuados pelos profissionais da saúde, entre os habitantes da área urbana do povoado urbano de Coroa Vermelha no qual se encontram as aldeias (reconhecidas e não), seriam cerca de 3600 os indígenas. A atratividade e diferenciação do contexto econômico turístico da área indígena de Coroa Vermelha vem a ser percebidas pelas comunidades de *parentes* e indígenas das aldeias do sul da Bahia como oportunidades, ou fatores de atração de constantes fluxos migratórios.

O processo de imigração exponencial inclui não indígenas de diferentes perfis socioeconômicos e étnicos que em breve tempo acelerou a fluidez da identidade étnica local indígena em uma tecido sociocultural local de tipo multicultural.

A migração temporânea implica numa presença de parentes além do constante crescimento populacional, devida à atratividade econômica do comércio na temporada de verão. Às vezes, a transitoriedade da presença por alguns meses de parentes entre as aldeias, próximas e distantes (Barra Velha, por exemplo) inclui a procura de um acesso mais fácil ao atendimento da saúde pública (UBS, hospitais, clínicas), especialmente em situações de gravidez e em geral como apoio aos parentes que tem que seguir um tratamento curativo (bio-)médico. Além dos serviços de saúde, nessa área, a poucos quilômetros de distância encontram-se a sede das duas prefeituras municipais de referência de todas as comunidades das duas áreas consideradas no estudo, implicando na necessidade de grandes deslocamentos de vários indígenas das comunidades com maiores barreiras geográficas para ter acesso a qualquer serviço público.

A etnicidade vem a ser definida nesse contexto a partir do processo de mistura da população local que envolve também a miscigenação da população residente na área indígena, assim que nas narrativas dos participantes se evidenciam os elementos híbridos da indigenização e etnização da comunidade indígena local num contexto crescentemente multicultural do povoado de Coroa Vermelha.

Assim surgem as categorias que representam diferentes definições locais do índio: o “legítimo”, originário e ligado as famílias dos fundadores ou *first comers*, que mantem as raízes nas linhagens com a *Aldeã mãe* e os ancestrais dos Pataxó. É definido como “guerreiro”, em referência ao histórico de luta e sofrimento do povo Pataxó que envolve até os dias atuais esse contexto das terras indígenas.

De fato, a união entre as dispersas comunidades aldeadas Pataxó se manifestou, em duas ocasiões às quais participei, como fenômeno que envolve e atrai animadamente todos os habitantes que se auto definem “índio” e “Pataxó”, através da participação à manifestações, protestos e ações de *retomada*, expressões da necessidade da luta e re(x)istência pela terra até hoje.

A terra, assim como considerada na visão êmica (tradicional) do “índio legítimo” “é um direito a ser conquistado em nome das futuras gerações das famílias dos próprios *parentes* familiares e o primeira questão (pressuposto, *ndr*) para estar bem, ter saúde” (liderança anciã).

A importância de “saber resistir”, como “índio legítimo”, na hibridez do cotidiano da vida comunitária é uma outra característica que compõe a imagem do ideal tipo de “índio legítimo” e expressa os tensionamento identitários que animam a etnicidade Pataxó. Na visão de anciões, especialistas tradicionais e jovens lideranças com uma aproximação ao saber tradicional, a saúde do índio é concebida e representada como um equilíbrio (psicofísico) da relação entre eu - família - parentes - comunidade - povo - espíritos da natureza/deus. Nesse sentido, a ruptura de uma dessas relações é fonte de adoecimento, espiritual e físico e, como ilustrarei nos próximos parágrafos, vários são os fatores patogênicos estruturais das dinâmicas socioculturais do contexto comunitário e, até iatrogênicos aqueles dos serviços públicos de saúde.

Uma outra categoria êmica é o “índio adoptivo”, ou seja a pessoa (índia ou não) que por questões de convivência de longa data junto à comunidade e pode chegar a ser considerado como o legítimo parente, além dos vínculos de sangue.

Já a categoria do “índio que vira índio” é a mais criticada e discutida, pois do ponto de antigas lideranças e usuários é uma categoria originada pelos interesses pessoais dos numerosos caciques que lideram as comunidades da área. Essa categoria é representada também como “índio declarado” em referência a declaração assinada pelo cacique que certifica a identidade do sujeito como legítima indígena.

Enfim, no ponto de vista dos anciões e algumas jovens lideranças críticas, apareceu a categoria do “índio corrompido”, que perpassa as categorias anteriores e se configura pelo interesse do lucro e acúmulo de dinheiro,

A presença do branco nas famílias indígenas e na comunidade urbana é lida como uma intrusão nas questões e processo de tomada de decisão comunitárias que interferem com a visão mais êmica indígena de como resolver as questões internas (entre famílias de parentes) e externas (como povo, comunidade):

“Aqui é uma aldeia que é quase tipo comércio, urbanizada como diz você, não é uma aldeia sossegada, é branca, o branco está no meio da gente, em todas reuniões branco não vai para ver, ele vai para dizer esse cara não é assim....na conversa dele tira o índio da concentração e a concentração para o nosso objetivo ela é fundamental para nossa luta interna e pública, ela tem muita finalidade e muito futuro para comunidade”, (liderança espiritual).

O desenvolvimento da atividade do comércio artesanal e das atividades turísticas são de importância crucial na organização socioeconômica da comunidade e na compreensão de um processo de diferenciação social entre famílias de parentes da área urbana que tem reflexos sobre as relações sociais da comunidade.

A estratificação social segue os padrões das hierarquias entre os proprietários de lojas ou propriedades imobiliárias, os pequenos produtores locais e as várias tipologias de vendedores (atacado, lojista, ambulante local e interestadual, “atravessador”¹⁹, ocasional). Assim o núcleo das famílias originárias acumulam um poder econômico além do simbólico na comunidade que as diferencia das famílias que vieram nas segunda e terceira ondas migratórias (*Second ou Third Comers*) ou com uma integração mais recente na comunidade.

A lógica da subsistência e sobrevivência acompanha as condições socioeconômicas e os estilos de vida de famílias que constituem bolsões de pobreza difusos tanto na área urbana que nas “extensões”, como são chamadas pelos profissionais de saúde as comunidades das terras retomadas e rurais. O impacto dos processos migratórios e da assunção generalizada do modelo de “acumulação do branco” na comunidade orientado ao dinheiro (Cacique), cria situações de insegurança econômica de famílias indígenas: precárias condições habitacionais, falta de perspectivas ocupacionais

¹⁹ O “atravessador” é o sujeito que compra os produtos de artesanato nas áreas de produção e os leva em pontos de venda próximos as áreas urbanas. A partir de manhã muito cedo, vários compradores enchem o estacionamento do parque indígena. São locais e vem de fora, indígenas e não indígenas, as vezes comerciantes das barracas que acompanham os turistas até a passarela do álcool de Porto Seguro.

e a “certeza” de uma renda fixa que, na leitura dos profissionais não indígenas levam à múltiplos sintomas de adoecimento mental e depressão, inclusive de jovens, alguns dos quais são percebidos e diagnosticados pelas EMSIs locais, entre os quais: insegurança, medo, desânimo, frustração, insatisfação, falta de perspectivas, sofrimento e preocupação, tristeza.

Por outro lado, a visão do “índio corrupto” pelo espírito *do branco*, pelo qual “a ambição...e o dinheiro falam mais alto” (especialista tradicional), expressa relações interétnicas que corroem o espírito de comunidade entre famílias de *parentes*: “o índio que explora o índio” é um fenômeno difuso que leva à separação entre as famílias mais menos orientadas à mistura e ao modelo do *branco* e as outras (Usuário).

A participação familiar na produção e especialmente na venda dos produtos artesanais ao detalhe, na rua, envolve grupos de irmãos de todas as idades, geralmente menores, principalmente na área da praia “um lugar que se torna pelos meninos da comunidade um espaço e momento de trabalho, além do fato de ser o lugar do encontro com qualquer tipo de pessoa” (liderança jovem). Além de indígenas pintados e com as trajes tradicionais estar presentes pelas ruas mais próximas aos lugares do turismo, é frequente encontrar tabuas com penduradas as mercadorias artesanais, movidas pelos pés pequenos de meninos, um fenômeno ótico que chamo de *tabuas deambulante*, frequente na alta temporada que coincide com as férias escolares por todos os jovens Pataxó. A participação infantil à atividade de renda familiar é uma temática espinhosa pelos serviços sociais locais, assim que “quando o Conselho Tutelar envia os próprios funcionários para fiscalizar à situação na área da aldeia tem uma correria que você deveria ver!” (Responsável de outro serviço público).

De fato, na minha convivência na área urbana pude observar que o modelo de participação a economia familiar geralmente envolve todos os participantes nos casos de famílias com baixa renda ou sem rendas fixas ou dependentes dos benefícios sociais públicos, as vezes ainda integrados por algumas atividades de pesca e até cultivo além da prioritária produção e venda familiar do artesanato.

Nas oportunas análises de Miranda SSD, o artesanato faz parte do processo de aprendizado dos jovens Pataxó, vindo ser considerado portanto um “espaço social de reafirmação de identidade étnica” (MIRANDA SSD, 2009, p. 28), mesmo que o processo de comercialização na aldeia tenha-se desenvolvido muito em relação ao período no qual se refere a autora e a diferenciação social assumido distancias maiores entre as faixas sociais *dos parentes*.

A autora mesmo evidencia a relativa autonomia da atividade de venda de produtos artesanais dos pequenos Pataxó, cujos lucros são destinados ao próprio consumo/poupança. Ao mesmo tempo, isso evidencia o modelo de relação econômica com o turismo e a cultura do comércio, geralmente orientado pela apropriação de modelos não indígenas:

“A minha mãe, desde quando éramos pequenos, chamava todos os irmãos, maiores e menores, todos, os pequenos também e nos botava para fazer artesanato e dizia: assim um dia quando não tiver do que sobreviver sempre vai ter como vender um colar”...o meu irmão aprendeu logo, já aos 9 anos não pedia mais dinheiro para minha mãe, ele já se virava com o artesanato e...a quanto parece...até hoje ele se vira com isso...faz outras coisas também, muitas pela comunidade, mas o artesanato é o que dá o pão” (Liderança jovem).

Em geral, as famílias mais antigas do centro urbano mesmo que reduzidas em termos de núcleo familiar habitacional ocupam áreas que permitiram a construção das casas de todos os familiares, assim que as relações são mantidas mais facilmente. No caso das famílias indígenas misturadas ou de recente migração, a separação dos *parentes* mais próximos cria núcleos familiares ainda mais reduzidos e distantes da tipologia comunitária Pataxó mais evidente por exemplo nas aldeias menores e menos urbanizadas.

O que preme ressaltar é a evidente diferença entre as condições e tipologias habitacionais de famílias mais antigas e aquelas que chegaram mais recentemente, pois nesse casos as condições resultam mais precárias, diferenciando portanto a elite das famílias que tradicionalmente vivem no território de Coroa Vermelha e aquelas que chegaram sucessivamente ao *boom* turístico local. No capítulo 7 onde analiso comparativamente as duas áreas objeto da etnografia, Barra Velha e Coroa Vermelha, evidencio algumas dimensões da geografia do investimento e desenvolvimento turístico na área da Costa do Descobrimento, que nominalmente inclui todo o território dos indígenas Pataxó do extremos sul da Bahia.

5.2. Atritos interétnicos e repressão do Estado

No ano 2000, ouve um processo de retirada dos não indígenas da área urbana do território da aldeia concomitante as celebrações dos “500 anos do descobrimento” previstas em Porto Seguro, mas progressivamente a promiscuidade voltou a fazer parte do panorama da comunidade urbana incentivada pela prática do aluguel à não indígenas de habitações na área indígena, a venda de propriedade inter e intraétnica ao interior de

terras retomadas, o aluguel de barracas de praias e lojas de artesanato a não indígenas e a prática difusa de “virar índio” permitida por algumas lideranças locais. Na última, recente visita à aldeia em março 2018, resultou até visível a redução da oferta de produtos do artesanato indígena entre a mercadoria das lojas e um aumento de vendedores/lojistas não indígenas nas lojas da passarela do artesanato indígena, o símbolo da etnicidade comercial e artesanal Pataxó.

No mesmo ano cresceram as tensões e atritos das comunidades Pataxó com o Estado Brasileiro que confluíram junto a outros grupos indígenas da Bahia e do Brasil e movimentos indigenistas na marcha denominada “Outros 500”, contra as celebrações pelos quinhentos anos da descoberta dos portugueses do Brasil que terminou com uma repressão projetada em todo mundo pelas mídias internacionais (CAMPOS, 2011, Op. Cit., pag. 47).

Nas narrativas de profissionais indígenas da saúde que participaram ao “socorro da multidão dos *parentes* feridos” essa experiência vem a ser lembrada como um choque pelo tamanho da agressão e violência repressiva policial, tanto que “nem sei quantas idas e vindas fizemos com a ambulância até o hospital e o posto de saúde” (profissional indígena). Ao mesmo tempo, a repressão institucional e policial é considerada ambigualmente naquele episódio em relação à “cumplicidade de alguns *parentes*” que em nome de lucros ou “promessas de político” teriam repassado informações importantes das reuniões preparatórias entre as lideranças indígenas locais (Usuário).

O movimento de retomada das terras a partir do final dos anos '90 acelerou nessa fase, promovido pelo conselho dos caciques descrito no capítulo anterior e representativo de todas as comunidades Pataxó aumentando o número das aldeias na área e institucionalizando a participação a luta coletiva como marca da identidade do povo Pataxó dessas terras. Os numerosos processos de julgamento promovidos pelas instituições públicas locais junto a proprietários privados não indígenas acompanham as ações de criminalização e perseguição das lideranças locais do “movimento de retomada” que hoje é conhecido como Federação Indígena das Nações Pataxó e Tupinambá do Extremo Sul da Bahia, incluindo os Pataxó Hã Hã Hães e Tupinambá (Liderança anciã).

Pouco antes do começo do campo, a comunidade Pataxó Aratikum, na área próxima à terra indígena de Coroa Vermelha, onde residiam estavelmente há 5 anos 30-40 famílias, assistidas pelos serviços sanitários e escolares públicos foi eliminada por

ordem judicial²⁰. As famílias tiveram que encontrar hospitalidade nas casas de parentes Pataxó, prevalentemente na área de Coroa Vermelha, Santa Cruz de Cabralia e S. André (profissional de saúde da EMSI que operava na aldeia eliminada).

A perda de controle dos confins da aldeia e o rápido crescimento de áreas residenciais de não indígenas contíguas a área da aldeia oportunizaram a instalação nessa área de facções do narcotráfico que dominam a área dos municípios de Eunápolis, Porto Seguro e Santa Cruz de Cabralia (liderança). As consequências sobre a comunidade foram devastadoras da ordem social e familiar da comunidade dos *parentes* da área pois, além das consequências do acesso e circulação e consumo das drogas na comunidade, a aldeia é considerada pelas comunidades de parentes mais distantes um “lugar perigoso”, onde se convive com a morte de jovens *parentes* indígenas (usuários da aldeia Barra Velha).

Para ter uma noção do tamanho do drama comunitário e familiar é suficiente remarcar que nos numerosos contatos formais e informais realizados ao longo da pesquisa, todos os participantes afirmaram ter perdido um familiar “bem próximo” pela violência do tráfico ou porque diretamente envolvido ou por acidente, por “erro”, por “bala perdida”, “troca de pessoa” ou execução errada. Até três anos atrás (2014), a situação era considerada “extremamente grave” (profissional de saúde não indígena), com episódios de assassinatos cotidianos “a qualquer hora do dia e em qualquer lugar da comunidade” (Usuária).

A sensação compartilhada da perda da liberdade e medo de frequentar e viver o espaço público da/com a comunidade dos *parentes* levam a estados de insegurança individual, familiar e coletiva, remarcada pela gradual construção de estruturas protetivas das habitações e uma difusa tendência a se recuar nos espaços da própria família, principalmente nos horários noturnos:

“Antes tinha paz, era bom, agora tem que ter um portão e depois da 18 fechá-lo. Hoje não tem mais liberdade como antes...a gente andava a pescar ouriço, à noite na praia ia a pescar com toda a família. Hoje nem quando tem a festa do índio participo...hoje não pode participar mais, como as festas de final de ano ou natal, tudo perigoso...sai e não volta por causa...pega uma bala...é perigoso”, (Usuária).

A única forma de agregação comunitária espontânea mais evidente nessas horas, depois do dia de trabalho, vem a ser estruturada exclusivamente pelas propostas das numerosas igrejas (cerca de vinte seis, nos cálculos de uma jovem liderança), presentes em cada canto da comunidade urbana e em inicial presença nas áreas mais afastadas e

²⁰ Fonte: CIMI, <https://cimi.org.br/2016/10/38922/>, cons. 20/11/2016.

retomadas próximas a área urbana. Uma forma de agregação noturna se encontra nos pequenos e limitadas atividades de restaurante na pista principal, orientada ao consumo e frequentada por qualquer tipologia de cliente, residente ou de passagem.

Nas áreas mais afastadas e retomadas, a possibilidade de agregação entre parentes e familiares próximos permite uma maior vida social e sensação de proteção, principalmente nas aldeias “fechadas” que são estruturadas com barreiras protetivas controladas, como no caso de uma aldeia rural na qual “o cacique decretou o fechamento do acesso à noite. Isso tanto para evitar fugas de índios ou entradas não permitidas de não índios”, como referido por um usuário.

Ao mesmo tempo a acessibilidade e falta de barreiras e controle nas comunidades das “terras retomadas” as expõem à episódios de violência e a sensação de insegurança devida a episódios de abordagem de desconhecidos à meninos ou roubos nas casas e assaltos nas ruas escassamente iluminadas ou isoladas que ligam essas comunidades com a aldeia maior.

As tentativas de resposta através da auto organização da comunidade indígena contra a *escalation* da violência foram algumas tentativas de criação de uma guarda indígena que gerou problemas de conflito jurisdições do controle da ordem pública, como analisado pela pesquisa de Rego (2012) e uma intervenção da polícia tanto nos bairros populares próximos de Santa Cruz de Cabrália que na área da aldeia.

A representação dessa fase de “faxina dos jovens” traficantes inclusive indígenas se aproxima mais a uma “chacina”, pois “tinham dias que passava uma camioneta da polícia cheia de corpos de Santa Cruz de Cabrália para Porto Seguro” (Usuário). Nos olhos de alguns participantes a imagem de uma violenta intervenção e execução de massa que levou a dizimação e eliminação por homicídio dos jovens envolvidos no tráfico, as vezes nas próprias residências familiares. São tristemente compartilhadas e relatadas as memórias dos episódios de busca na casa de famílias indígenas: “a polícia chegou, pediram para a mãe sair...ele foi matado no banheiro onde ele estava escondido...o levaram pelos braços e as pernas...saiu da porta principal...na frente da mãe” (Usuário).

Mesmo assim, atualmente as duas facções dominam o território de Coroa Vermelha, impondo o controle e a divisão em duas áreas onde se encontram as “bocas de fumo” no centro do habitado da aldeia. Os episódios de homicídios entre as gangues e “tiros de parente indígena a parente indígena” (Profissional indígena), seguem a fazer parte da situação aguda da violência cotidiana nas ruas da aldeia.

Como relatado no capítulo relativo à metodologia pessoalmente vivenciei episódios de “troca de tiros” perto do Posto de Saúde e o assassinato de um jovem por arma de fogo em um ordinária tarde de sábado, no centro da comunidade Pataxó abaixo dos olhos de meninos das famílias ali residentes: “tive uma época que você andava pela manhã cedo na praia caminhar e perto do rio, lá no fundo encontrava um corpo na areia” (Usuário).

Os profissionais do posto tiveram que estudar estratégias para que os usuários de uma parte do habitado controlada por familiares referentes a uma das duas facções pudessem ter acesso ao atendimento sem se deslocar no território do Posto de Saúde, controlado pela facção de familiares oposta, assim que a cada duas semanas no centro cultural é ofertado um atendimento “simples” do médico acompanhado por alguns membros da EMSI (AIS, responsável vacina) em uma sala imprópria, na área comercial denominada “Parque Indígena” ao lado da “passarela do índio”.

As situações de perigo e falta de segurança pela própria integridade são experiências notadas pelos profissionais que operam nas áreas de concentração do narcotráfico, principalmente os AIS. Vários são os relatos de visitas domiciliares que perigosamente se tornaram momentos de “fogo cruzado” entre as facções e procura desesperada de um esconderijo e um socorro. O AIS, além de ter que enfrentar o perigo no trabalho, de fato é chamado à construir estratégias de contato com os usuários *parentes* da comunidade do qual é responsável, cuidando da fragilidade das relações locais infestadas pela participação ao tráfico de *parentes*.

A participação dos jovens indígenas ao tráfico é assim difusa que, como dito é raro não ter um parente próximo que não seja envolvido diretamente. Algum profissional indígena evidencia o tamanho do drama coletivo nas famílias dos parentes, principalmente se referindo ao “desprazer” e a “tristeza” das mães que participam da vida e da morte do filho traficante (Profissional indígena). O envolvimento de um filho ou a sua morte pelo traficantes é um dos fatores evidenciados por alguns profissionais indígenas de depressão de usuários, principalmente as mães que “se culpam pelo fracasso da própria educação familiar...de mãe para o filho” (Profissional indígena). Assim, além de conviver com o medo da morte, ter um filho envolvido no tráfico implica em situações de estreita convivência com os riscos do uso e principalmente da venda de drogas, de senso de culpa por ser indiretamente cúmplice da exposição à violência dos outros familiares mais próximos e suportar o distanciamento e ruptura das relações com outras famílias de *parentes* (Usuário).

A violência associada ao uso de drogas e principalmente do álcool vem a ser considerada uma agravante em condições de dificuldade econômica familiares que reproduz violência no âmbito familiar e principalmente contra a mulher, que as vezes conseguem ser conhecidos pelos parentes AIS da equipe de saúde porém, a dificuldade de garantir um acompanhamento integral e integrado com os serviços de apoio matricial por essas usuárias resulta uma questão problemática da saúde local, não resolvida (Profissional indígena).

A distância vivenciada com os serviços sociais e falta de uma escuta psicológica dos jovens e das famílias *dos parentes* lamentada pelos professores da escola indígena e profissionais do Posto de Saúde encontra algumas visões etnocêntricas de responsáveis dos serviços municipais que trazem à tona a suposta ínsita “maior agressividade do índio”, vindo evocar a estereotipada imagem do “índio brabo” e primitivo (Liderança) para justificar a violência familiar em Coroa Vermelha, demonstrando uma distância enorme do conhecimento das condições e situações do cotidiano que definem as experiências e as concepções de vida marcadas pelo sofrimento dos próprios assistidos indígenas.

O modelo de educação familiar indígena é considerado fragilizado até aniquilado em vários casos de famílias de *parentes* na sua função de controle e educação pelos fatores de transformação sociocultural até aqui expostos. A tendência à maior liberdade sexual vivenciada pela jovens gerações, “a namorar cedo” (Usuária) leva à frequentes casos de gravidez precoce, entre laços e relações familiares frágeis e também fragilizadas pela falta de condições socioeconômicas para constituir um novo núcleo familiar independente das famílias de origem do jovem casal. Isso pode ser uma explicação de frequentes situações de abandono da família do homem da mãe-adolescente sem fonte de renda pessoal que, nas melhores das hipóteses volta acrescentar a responsabilidade e os cuidados dos recém avos.

Do ponto de vista êmico a categoria de jovem Pataxó é considerada nesse contexto também mais vulnerável pois é mais fácil que entre em contato com a violência do tráfico e com o estilo de vida e de diversão urbano e moderno não indígena, incluindo casos de prostituição juvenil (Liderança). Do ponto de vista geracional, as segundas gerações de indígenas das famílias originárias da aldeia vivenciaram uma educação mais orientada à comunidade e em diferentes condições que as gerações novas, mais orientadas porque integradas ao *modelo do branco* em termos de condições de urbanização, autonomia na vida pessoal, modelos de consumo, socialização e ambição ou expectativas diferentes das gerações do passado (liderança anciã) impulsionadas pela globalização e a comunicação

de media sociais. De fato, é muito raro encontrar um jovem adolescente que não possua um celular.

Nesse sentido pelas gerações anciãs e de meia idade, geralmente os jovens adolescentes pertencem à um espaço diferente, não mais comunitário e aberto à confins não conhecidos, globais. A perda de controle da família indígena sobre o corpo e a mente das novas gerações é um medo recorrente nas falas dos anciões e das segundas gerações quando se referem ao próprios tempos e formas de educação Pataxó.

O desemprego juvenil e a dificuldade de encontrar uma profissão com uma renda fixa anual são fatores de risco que favorece a oferta da via ilícita do comercio das drogas.

Na área urbana convive uma geração de jovens, filhos da paisagem multicultural local que frequentam escolas tanto *diferenciadas* indígenas que indiferenciadas que coexistem no povoado de Coroa Vermelha. Interessante ressaltar que ao final do ano escolar os jovens que frequentam a escola indígena superior festejam a formatura com duas cerimônias realizadas em dias seguidos, a primeira definida como “tradicional” e a outra “social”, exemplificando o reconhecimento da ambivalência e a ambígua convivência de formas e significados de valorização da socialização e celebração da unidade entre as famílias dos alunos Pataxó da comunidade. Os participantes de fato podem optar por participar em ambas as cerimônias, vestindo hábitos diferentes e realizando momentos de celebração demarcados pelo “estilo tradicional Pataxó” e “moderno” (estudante).

A hibridez juvenil, ao mesmo tempo se estrutura nos percursos de aproximação aos conhecimentos Pataxó tanto pelos meninos e adolescentes nos percursos escolares, que sucessivamente através da arte do artesanato que permitem a aproximação e apropriação de elementos que compõem a identificação e expressam a etnicidade Pataxó, além da finalidade da venda dos produtos artesanais, concordando novamente com Neves (2011). De tal maneira, criatividade e capacidade de utilizar uma variedade de símbolos, pinturas e geometrias nas pinturas corporais para se apresentar à uma cerimônia pública, de construir e personalizar os próprios trajes seguindo ou pesquisando modelos dos antepassados para desfilar aos jogos indígenas, evento *clou* da representação dos jovens Pataxó na frente de milhares de espectadores. A capacidade de associar imagens globais com signos Pataxó é um outro exemplo de hibridização e construção da *indianidade* juvenil, como por exemplo fabricar um habito com pinturas oriundas do conhecimento tradicional Pataxó e utilizar cores associados ao movimento Rastafári e a música reggae de Bob Marley ou a produção de uma bolsa com a pele de onça que pode ser associada à

um cocar que lembra o modelo dos indígenas norte-americanos representado pela filmografia hollywoodiana que pode resultar mais cenográfico para convidar os turistas visitantes “a tirar uma foto e contribuir à nossa cultura”, como pode-se ouvir pelas ruas do centro turístico artesanal. O cocar, é vendido a não indígenas também através dos motores de venda on-line²¹ em vários modelos, quando as tipologias convencionalmente produzidas e consideradas tradicionais agregam um elevado valor simbólico e sagrado e servem para identificar a importância de uma liderança Pataxó junto a outro adereço, o colar-masaká.

Os sinais do espírito indígena Pataxó de vários jovens geralmente de famílias mais antigas são vários mas não necessariamente vinculados as vestimentas e pinturas consideradas tradicionais que recuperam o próprio valor simbólico e étnico nos momentos de reunião comunitária para cerimoniais públicos ou a resolução de questões políticas coletivas. Assim a apropriação da *indianidade* Pataxó tende a ser interiorizada e transformada em um estilo e modo de aparecer inclusive nas imagens utilizadas nos perfis das redes sociais. Pode se tratar também de sinais que são menos perceptíveis como no caso do homem deixar crescer os cabelos longos que não necessariamente parece uma modalidade tradicional como sinaliza uma liderança anciã ou utilizar brincos nas orelhas de vários tamanhos e na nariz, associados à colares que sinalizam o poder do jovem Pataxó.

Essas manifestações e sinais de construção da afirmação étnica e cultural podem ser lidos também como a necessidade de autoafirmação através de sinais corporais de muitos jovens da própria identidade étnica em um contexto comunitário híbrido etnicamente, racialmente, culturalmente e inclusive fenotipicamente, inserido em um contexto urbano de forte impacto do turismo de massa, para declarar, avisar e se distinguir na multietnicidade e hibridez dominante do próprio cotidiano. De fato, na área de Barra Velha existem modelos de referência diferentes de expressão juvenil do ser indígena, principalmente reassumidos por jovens professores e menos por jovens estudantes, resultando em geral menos visível ao externo a própria *Pataxosidade*.

Além dessas reflexões sobre a hibridez das faixas juvenis da comunidade, a crescente classe dos estudantes de nível universitário representa um elemento particularmente ativo pelo movimento indígena e o sentimento de pertencimento étnico

²¹ Por exemplo na página web indicada são disponíveis vários modelos produzidos em Coroa Vermelha, como auto certificam os vendedores virtuais: <https://lista.mercadolivre.com.br/cocar-ind%C3%ADgena-patax%C3%B3-artesanal>, acessado 21 setembro 2018.

coletivo de Povo estimula esses jovens a ressignificar a própria identidade de Pataxó. A experiência intercultural do acesso aos percursos acadêmicos por essa classe de jovens é um percurso novo, aberto pelas recentes políticas inclusivas da educação brasileiras, o “sistema das cotas” que nos casos mais positivos se torna uma forma de reafirmar, representar e reelaborar nos centros universitários distantes das aldeias as próprias especificidades culturais de indígena. Porém, as experiências longe da aldeia são experiências que produzem choques culturais nos processos de integração nos contextos não indígenas e urbanos das grandes capitais. No específico do âmbito da formação em saúde a aprendizagem acadêmica resulta hegemonicamente biomédica portanto pouco aberta ao diálogo com a saúde indígena, difícil de conciliar com o conhecimento considerado tradicional das comunidades (Estudante indígena). Assim a experiência do jovem indígena que quer se profissionalizar na saúde, normalmente na intenção de voltar para cuidar a própria comunidade, não se conforma em termos interculturais, tanto do ponto de vista da experiência formativa que educativa na relação com a sociedade envolvente ao longo dos estudos (Profissional indígena).

As expressões indentitárias Pataxó encontram canais de expressão no crescente acesso às funções públicas de *parentes* colocados nos serviços públicos, tanto *universais* que *diferenciados* presentes no habitado urbano (escolas, posto de saúde e outros serviços de pública utilidade), assim como em numerosas associações comunitárias pela gestão de projetos de desenvolvimento comunitário, também em articulação com ONG locais além das numerosas associações religiosas.

Na minha permanência cheguei contabilizar mais de 20 igrejas ou lugares de agregação religiosa na comunidade urbana: a forte e variada presença de igrejas e associações religiosas é considerada pelos anciões e especialistas tradicionais não convertidos as novas religiões como fator de aceleração da perda de elementos tradicionais do espírito comunitário Pataxó. Na comunidade se criaram e estruturaram assim novas formas de agregação religiosa entre as famílias na base das quais “todos são “irmãos” e não mais parentes” (liderança), assim como explicitado também com as mesmas palavra de algumas lideranças no território de Barra Velha.

A rede de criação de novos fieis passa pelos laços e relações familiares, assim que ter um filho que “virou pastor” ocasiona a participação e interesse de toda a vizinhança e familiares e conhecidos da rede dos parentes como pude vivenciar diretamente na minha parcial convivência na área da comunidade Pataxó.

A demonização e interiorização das expressões indentitárias e espirituais tradicionais faz parte da retórica dos sermões como “o brinco, é coisa do demônio! ... Ou, é coisa de pajé...é coisa de macumbeiro” (jovem liderança), assim que a adesão a “nova palavra” implica na renegação das crenças, formas e práticas da espiritualidade indígena Pataxó. Assim vários especialistas tradicionais, entre os quais o Pajé da aldeia urbana e as duas parteiras, agora inativas por questões de saúde e idade, nesse processo de conversão perderam o *habitus* das práticas da tradição e saber Pataxó mais orientadas a espiritualidade Pataxó. Os jovens nesse sentido são os que correm o maior risco de ouvir “primeiro a palavra do pastor que a do ancião” (liderança), todavia o processo de conversão parece ser transversal às gerações e perfis da etnicidade da comunidade além de transcender as identificações étnicas, contribuindo na hibridização ulterior das expressões êmicas da etnicidade local. Tem que ser ressaltada a variedade e presença capilar, concentrada principalmente na área central do povoado, entre as quais uma cristã denominada “Maranata”, onde o sincretismo é representado visivelmente pelo tipo de estrutura física da igreja (teto em piaçava, forma da base que lembra uma *oca*), e se expressa em rituais litúrgicos onde são protagonistas os sons dos maracá, aparecem trajes e enfeites típicos dos cerimoniais Pataxó e cantos em Patxohã podem ser entoados para louvar a divindade. Porém, a nível geracional permanece a diferença remarcada dos jovens e adolescentes que já nasceram e cresceram na realidade transformada pelas “novas igrejas”, quando pais ou irmãos maiores vivenciaram formas de espiritualidade Pataxó em sincretismos com a religião católica. Fiquei surpreso por exemplo, nas minhas observações dos momentos de vida na comunidade em ouvir um grupo de jovens discutir na frente da própria casa sobre as versões de histórias oriundas da Bíblia. Por outro lado, em uma das terras retomada do centro urbano, uma usuária descreveu o impacto da inauguração da primeira igreja não crista: “a primeira missa...lembro bem...tiveram aqueles cantos, gritos e músicas que não paravam....aqui o pessoal não era acostumado não...alguém, terminada a missa, a noite...quebrou as janelas da igreja com as pedras...(risos)”. Mesmo assim, também nas áreas “retomadas” e de fato não reconhecidas pelo Estado aparecem templos ou cartazes avisando que naquela propriedade “será erigido o tempo...”, como pude observar nas minhas peregrinações por algumas áreas perto do centro urbano.

Um elemento de diferenciação do contexto da realidade local que vale ressaltar como significativo é a presença e concentração de serviços públicos, diferenciados e não que permitem à população de utilizar as vezes indiscriminadamente: “tem acesso a dois

Postos de saúde, um por indígenas e um pelos brancos” (profissional indígena) assim como na escola indígena se encontram estudantes não indígenas e, vice-versa na escola do Município.

Os projetos de desenvolvimento comunitário conseguiram garantir nos últimos anos investimentos significativos em obras de urbanização, edificação popular, centros culturais e museus, reservas naturais, estruturas pelo comércio étnico, um estádio de futebol, além de vários projetos de desenvolvimento nas áreas agrícolas. Em geral, ressalta-se a questão problemática da auto sustentabilidade dos projetos e da necessidade de estabelecer parcerias com atores discutíveis, como empresas de produção de celulose ou empresas de turismo de massa marca, para viabilizar intervenções que seriam de responsabilidade pública.

Todavia a capacidade de articulação política é um traço marcante das lideranças locais de Coroa Vermelha. A esse respeito tem que evidenciar a estrutura e organização do conselho dos caciques local formado por onze caciques que compartilham o poder sobre as aldeias da área referente a Coroa Vermelha. Além disso, como lembrado por Sampaio (1996, op. cit.), a partir dos anos '90 vira centro sociopolítico e de informações para todos os Pataxó, por exemplo nasce aqui o Conselho dos caciques.

A peculiaridade da gestão da liderança na aldeia de Coroa Vermelha é a presença, desde os últimos anos, de dois caciques referentes à famílias originárias que se contendem o poder sobre a aldeia. O perfil intercultural dessas liderança e a longa experiência de relação com as instituições públicas criou um modelo de liderar as comunidades Pataxó da área original, mesmo que sujeito às críticas de algumas famílias de usuários, pois gera divisões e concentrações de poderes que reduzem a representatividade dos interesses de todas as famílias da comunidade.

Concorrendo às eleições locais e até estaduais, compreendem, absorvem e assumem a lógica da “política do branco” (Liderança) e da politicagem” (Usuário) nas campanhas eleitorais, como ressaltam os usuários mais críticos de famílias consideradas esquecidas pelos caciques, “vem, diz que quer te dar um abraço, perguntam da sua família...fazem promessas de político e logo vão embora” (usuária). Assim os caciques conseguem assumir cargos públicos e institucionais que permitem a direta articulação com a política institucional local.

Do ponto de vista das antigas lideranças o uso e introdução da política é um sinal negativo que leva à piora do espírito comunitário:

“Hoje mudou, porque sinto dificuldade muito hoje das lideranças e dos caciques porque hoje eles estão muito poluídos com a cultura do branco, a política é uma doença, isso sai a um mal entendimento da comunidade para comunidade. Isso para aquilo que foi preparado, pelo meu passado carnal e espiritual, Esse é um fator de extermínio, isso hoje me preocupa muito, muito muito muito mesmo! Porque eu vejo um extermínio nisso para a comunidade. A maior gravidade que vejo na comunidade é essa doença que é a política. Nós não fomos formados nisso e a política pegou nos de surpresa e enganou a gente. E o que falo eu provo. Eles pregam muitas coisas e não fazem, nem a metade das coisas que falam fazem”, (Liderança anciã).

A questão da concentração de poder dos caciques se reflete também na concepção das tipologias de liderança nas comunidade ligada à diferentes interesse:

“Na minha experiência há dois tipo de lideranças: aquela que trabalha só pelo bem da comunidade e a outra que pensa mais ao próprio benefício e dos próprios familiares”. (Liderança anciã).

“De quando tem a política, o índio anda com o branco e para quem tem mente fraca o dinheiro fala mais alto” (Usuária anciã).

A segunda função política dos caciques locais é de lideranças do movimento dos caciques do sul da Bahia, expressão do movimento social e político dos Pataxó que os leva a representar as reivindicações do Povo Pataxó nas instancias institucionais do governo nacional.

A função de cacique da própria aldeia, o terceiro papel político, utilizado para alcançar as outras funções, é complementado e as vezes assumido pelo vice cacique ou membros do conselho comunitário. Ao longo da experiência de campo, um dos dois cacique foi eleito responsável da nova Secretaria de Assuntos Indígenas do Município, colocada no território da aldeia.

A concentração dessas três competências e poderes que chamo do *tripé*, pois permite assumir diferentes funções institucionais referentes a diferentes âmbitos e *habitus* políticos, favorecem a articulação e diálogo institucional através das práticas da política (partidária) tanto ao nível local que nacional e, paralelamente a reivindicação no plano da luta em quanto liderança da organização de resistência Pataxó do sul da Bahia. Isso permite aos dois caciques de acumular diferentes poderes e a capacidade de influenciar a gestão local dos serviços públicos destinados às comunidades das aldeias da área acionando diferentes competências e funções.

De fato, os profissionais do Posto de Saúde, tanto indignas que não indignas sofrem pela “fiscalização” e poder de interferência das lideranças e de usuários ligados

às famílias de lideranças consideradas “poderosas” da comunidade urbana. Os atritos entre os dois caciques são considerados pelos usuários entrevistados como um fator de ulterior causa de separação entre grupos de famílias que se polarizam ao redor deles.

Na visão mais crítica dos usuários nas comunidades “tem muito cacique por pouco índio”, evidenciando a peculiaridade da numerosidade de caciques que as vezes não são considerados como legítimos representantes. Por exemplo, algumas comunidades das áreas rurais com mais anos de existência, os conselhos de comunidade tem resistências em aceitar a necessidade de um cacique, ou “caciquinho” proposto pelas estratégias de poder por outros caciques de outras aldeias. O perfil de algumas lideranças são considerados não adequados ao papel de cacique, particularmente no caso discutível no qual acontece que um índio considerado *não legítimo* consegue ter acesso a essa função: “Tem caciques que nem índios eram, agora viraram caciques...(tono irônico, *ndr*)” (usuário).

Tudo isso evidencia quanto as lideranças sejam representativas da hibridez e façam parte dos processos de transformação e controle da gestão comunitária respondendo à vários interesses, alguns dos quais são por eles mesmo criticados quando referidos aos *parentes* do espírito corrupto ou interessados exclusivamente ao poder pessoal e as vantagens pela própria família, expressões que são recorrentes nas narrativas dos usuários e explicitam o grau de conflito interétnico presente.

Para concluir a apresentação do contexto local da atenção básica diferenciada as comunidades de Coroa Vermelha e antes de avançar com as análises situacionais sobre os sistemas de cuidado locais em perspectiva intercultural, acho oportuno sintetizar as leituras multiplicidade dos fatores socioculturais que condicionam e determinam o sofrimento e as precárias condições do bem estar das comunidades que emergiram dos discursos sobre as condições de vida das comunidades contempladas pelo estudo.

A análise dos processos de territorialização e etnização definidos pela dinâmica entre hegemonias do modelo do branco, ou branqueamento e estratégias de sobrevivência ou contra hegemonias, ou indigenização na proteção e transformação da etnicidade Pataxó, indicam um histórico de relação interétnica estruturado na tensão entre fricção e hibridização, nas categorias recorrentes de “luta coletiva” interétnica e “interesse pelo poder” tanto inter que intraétnico. Assim por um lado, os conflitos e opressões da sociedade envolvente e do Estado à nível local produzem um reforço da identidade *contrastiva*, assim como evidenciado pelas comunidades oriundas do *berço dos Pataxó*,

a *Aldeia Mãe*, Barra Velha com a qual persiste um forte laço e troca até hoje (SAMPAIO, 1996, op. cit.).

Por outro lado e ao mesmo tempo, a originária vocação e interesse pela relação comercial e benefício econômico no contato com *o branco* transforma a percepção da apropriação do modelo de relação econômica e acumulação não oriundo do indígena em processos de aculturação que geram conflito e diferenciação de poder internos às comunidades e uma concepção diferente de bem estar comunitário.

Nessa oscilação, o processo rápido de crescimento e transformação urbana e modernização levaram as famílias indígenas à convivência com uma paisagem humana multicultural, multirracial e uma crescente hibridez que acentua a intensidade dos contrastes e tensões interétnicas e intraétnicas, centradas na categoria de poder (econômico).

Em definitiva os resultados da dinâmica da etnogênese, em termos ênicos indígenas, no discurso das lideranças e especialistas tradicionais é representado como um processo rápido de vulnerabilização sociocultural que desestruturou o tecido social da originária comunidade de famílias instaladas (fundadores, *First Comers*) e reduz os elementos considerados tradicionais comunitários da população indígena local, criando sofrimento psicológico, físico e espiritual pela perda de união e identificação comum.

Os fatores estruturais do processo de hegemonia (racismo e violência institucional, turismo de massa, narcotráfico) das comunidades entram na cotidianidade das relações subjetivas e intersubjetivas em todas as esferas da vida social entre familiares, parentes, comunidades e de povo Pataxó. Com diferentes intensidades e capacidades de determinação esses fatores podem encontrar diferentes tipos de respostas resilientes e práxis de autoproteção ou, podem produzir adoecimentos, formas de autoatenção e procuras de cuidado entre respostas biomédicas dos serviços de saúde pública ou práticas híbridas de cuidado. Nesse termos aparece menos, nas narrativas dos participantes as questões relativas aos conflitos locais pelo poder e as dinâmicas econômicas de contraste entre uma oligarquia de famílias divididas em facções, assim como evidencio no capítulo da comparação entre os dois focos etnográficos.

Nos próximos parágrafos vou descrever em quais termos, na minha leitura esses fatores patológicos estruturais, exógenos e endógenos às comunidades indígenas se expressam nas concepções e práticas da saúde indígena no cotidiano das realidades locais.

CAPITULO 6. A CONFIGURAÇÃO DA ATENÇÃO E DO CUIDADO NO TERRITÓRIO INDÍGENA DE COROA VERMELHA

6.1 O MODELO TRADICIONAL LOCAL. Adormecimento, resgate e contra hegemonia

Nas visões expressas nas narrativas dos anciões e dos especialistas tradicionais e lideranças a sensação do domínio total e invasivo do fármaco e da escolha exclusiva do tratamento biomédico são entendidas como fator da redução das práticas de cura Pataxó e perda de conhecimento indígena em saúde.

Na visão mais crítica das lideranças a necessidade da ação de “resgate” do saber tradicional Pataxó em saúde tem que considerar a espiritualidade indígena tradicional como elemento central do cuidado. Nesse sentido, a comunidade indígena deveria ser sensibilizada a importância de não se deixar influenciar por religiões que são expressão da cultura do *outro* e “voltar a ser Pataxó, se sentir Pataxó” (liderança anciã), questionando por consequência o saber não indígena em saúde “não achamos que o doutor seja um sabidão, acreditamos primeiro em Tupã e no saber dos nossos anciões” (liderança espiritual). Em definitiva, a força espiritual e o conhecimento da espiritualidade Pataxó faz parte da essência identitária do índio Pataxó na concepção mais conservadora que até um certo ponto pode ser compartilhada com o não índio:

“O primeiro sol que vi foi através dos arvores, a primeira agua que toquei foi da lagoa, agua forte e resistente... tenho uma força que vai longe... você não entende agora mais, eu falo com a tua espiritualidade...o índio tem que ter tudo isso, e tem que respeitar tudo isso, para poder ter poder e força tem que ter isso aí. (...) Porque tem que ter força tem que ter consciência, essa é uma coisa pelo índio muito séria, e tem muitas mais coisas, muito mais fortes muito mais fortes... mais forte...que são coisas secretas da gente, que tem o sigilo, que são as nossas defensas, que não pode falar. Eu sei fazer o meu trabalho, sei o que estou fazendo e sei o que vai acontecer (...) eu tenho isso comigo, guardadinho, salvado, com todo cuidado, porque é coisa que não pode jogar afora, que não pode sair afora, mas é a coisa espiritual, é coisa que é nossa, que é eterna...é coisa que vem da nossa terra! ... Mas eu sei...e até aí eu posso te dizer. (Risada, *ndr*)”, (Liderança espiritual).

A necessidade de uma sensibilização das comunidades a consciência identitária Pataxó é uma prioridade pelas lideranças anciãs, pois a corresponsabilidade do decaimento das práticas do saber tradicional depende em primeiro lugar do índio mesmo, pois “se ele é o primeiro a não confiar mais no que é seu...quem mais vai querer?”,

(Liderança anciã). Cada Pataxó, nessa visão, tem a responsabilidade e é culpável pela crescente biomedicalização das comunidades e dependência do fármaco, representado como único recurso de cura *dos parentes*.

Ao mesmo tempo as lideranças mais próximas ao processo da atenção básica e com mais experiência institucional na saúde indígena pública, evidenciam a necessidade também da sensibilização da gestão dos serviços de saúde da importância de valorizar o “resgate” do saber em saúde Pataxó, além das comunidades dos *parentes*. Tanto ao nível local que distrital a questão problemática da perda do conhecimento indígena em saúde e deveria entrar na agenda de discussão política sobre as prioridades da saúde indígena e construir uma forma participada de ação orientada por esse fim. Todavia, a distância percebida com a gestão da saúde indígena pública em geral é um elemento que gera constante preocupação: “eles não tem pé na aldeia, não sabem o que acontece nas aldeias menores...você viu quantas são as comunidades, quantas situações, quanto tem à fazer...mas de vez em quando aparece alguém no Posto, faz reunião e depois demora para voltar...se volta” (Liderança jovem).

A presença viva de práticas de cuidado Pataxó no centro urbano é difícil de interceptar, perceber, conhecer e reconhecer tanto na observação participada e não na aldeia que na análise dos depoimentos e nas conversas cotidianas com usuários e lideranças.

De fato as manifestações da espiritualidade mais evidentes nas casas privadas das famílias são de domínio dos rituais litúrgicos das *novas religiões* pois como dito a conversão em massa de famílias representa um fenômeno difuso também nos representantes mais comunitários, lideranças locais que constroem o discurso sobre o “resgate” da identidade do “Pataxó legítimo”, além dos especialistas tradicionais mais reconhecidos.

A tendência a comercialização ou representação dos conhecimentos indígenas no contexto de atividades do turismo étnico e cultural induziram uma menor divulgação e circulação dos remédios do mato na comunidade dos parentes e uma maior venda à não indígenas, inclusive por encomenda postal (Usuário). A farmácia do Pajé de Coroa Vermelha, um dos fundadores da comunidade e histórica liderança da luta pela terra hoje reconhecida, é colocada na central Praça do Cruzeiro, emblema mais que simbólico do centro comercial indígena. A produção de remédios pela comercialização de produtos do tipo “bom para tudo” e “garrafadas” é realizada também em algumas áreas de terras

“retomadas” em lugares que assumem a função de pequenos centros culturais comunitários de venda ao turista.

A falta da troca geracional é considerada comumente pelos usuários de famílias de *parentes* mais antigas e pelos curandeiros locais um fator problemático de redução das práticas de saúde e cuidado tradicionais Pataxó, pois os jovens são percebidos sempre menos interessados, receptivos e aptos para receber os conhecimentos da tradição das curas do próprio Povo: “Com a minha mãe, ficava ao lado dela quando paria e rezava e procurava as ervas. Hoje ninguém acredita e se acredita, acredita só no médico. E se o filho estudou, quer saber do médico e nada da natureza”, (Usuária anciã).

Os percursos de aprendizado baseados no acompanhamento do “aprender na prática” e na convivência entre mestre, o especialista tradicional e jovem aprendiz não conseguem se encaixar mais nas evoluções da organização social e das relações das famílias na comunidade de hoje, onde o jovem é estudante a tempo integral e orientado por modelos diferentes daqueles dos avós da primeira geração.

Dito isso, além dos esforços germinais, das escolas indígenas locais na valorização do saber e práticas de cuidado à saúde indígena, nas famílias onde o conhecimento Pataxó é mais vivo ainda tem formas de transmissão de práticas espirituais e fitoterápicas que se repassa entre gerações, como no caso do Pajé da aldeia urbana, acompanhado na produção de remédios do mato por alguns filhos que são importantes lideranças da comunidade e referências pela saúde indígena pública local.

As parteiras anciãs, enfatizam a dificuldade de encontrar novas interessadas, parcialmente motivada pela maior orientação ao parto hospitalar das gestantes da comunidade, pois nesse contexto o hospital mais próximo é a cinco quilômetros do centro do povoado de Coroa Vermelha. Assim, paradoxalmente recentemente só alguns jovens não indígenas de vilarejos localizados nas proximidades entraram em contato direto com as parteiras para aprender as técnicas de parto Pataxó “perguntava tudo e escrevia tudo em um caderno que me falou que era para ela não esquecer...ficou por 3 dias seguidos, depois não sei mais de nada dela...não sei se foi fazer na cidade dela”. Nesses momentos as parteiras percebem a valorização do próprio conhecimento e reconhecimento da própria função por sujeitos que não pertencem à comunidade, não indígenas. Ambas as parteiras com as quais conversei participaram à um evento de formação com médicos do SUS em Salvador (relatado também no capítulo relativo à Barra Velha). Atualmente não estão mais “pegando neném”, pela idade principalmente, mesmo sendo de referência da

própria família, no acompanhamento de gestações e recentemente na realização de um parto de uma das netas.

Reconhecendo portanto as barreiras à transmissão do conhecimento tradicional pelas quais os jovens são considerados pelos anciões como os mais vulneráveis à perda de atratividade pelo modelo tradicional, existem práticas comunitárias que evidenciam a persistência do saber Pataxó em saúde pouco visível no centro urbano. O efeito, a nível comunitário do desinteresse pelo saber da tradição Pataxó tem impactos sobre a reprodução da identidade coletiva: “isso tira força ao nosso pensamento e a nossa força depende da memória” (Liderança anciã).

Todavia, os projetos comunitários na escola e nas comunidades de cultivo de plantas medicamentosas que vou retomar mas na frente, vivem dos conhecimentos recebidos pelos anciões e especialistas tradicionais ainda presentes nas famílias de *parentes* aqui residentes que circulam nas práticas de auto atenção de alguns usuários, principalmente nos territórios indígenas e aldeias mais distantes dos serviços de saúde.

A pesquisa escolar nesse âmbito é considerada uma garantia à continuidade de conhecimento pelas lideranças e encontros entre pajés e jovens indígenas estudantes da área podem responder à promoção e parcial divulgação do saber tradicional nas famílias das comunidades (Liderança), além que a sua preservação.

Assim os professores indígenas achariam oportuno implementar o currículo escolar e possivelmente os das universidades locais com os conhecimentos dos conhecimentos em cuidado indígenas locais, tendo o máximo cuidado em preservar o que pode ser dito e o que tem que ficar como segredo e arma de defesa dos Pataxó:

“Eu não entendo muito essa palavra, articulação (entre saberes, *ndr*). Segredo da comunidade, tem o sigilo da comunidade, nós podemos falar muitas coisas para a civilização, mas tem muitas coisas nos nossos corações, na nossa alma, espiritual, que nós não podemos falar, porque é um segredo, é uma coisa de segurança, para defender os nossos próprios irmãos”. (Especialista tradicional)

Esse ator da educação indígena, representado por uma escola de ensino de base e médio municipal resultam totalmente *indigenizadas* e parcialmente a secundária estadual (em fase de *indigenização*), catalisa a educação de um número relevante de filhos de *parentes* e representa o principal meio de formação e resgate da cultura e língua dos Pataxó, portanto mobilizador da cultura indígena local na garantia de direitos *culturais* diferenciados, assim como evidenciado pela pesquisa de Neves (2017): a língua é

considerada como uma expressão de “criatividade cultural”, assim como a arte indígena representada nos produtos comerciais, coerentes com o processo de “busca de uma tradição que se dava perdida” e redefinição indenitária que delinea os confins étnicos e culturais da própria identidade.

Pelas lideranças e especialistas tradicionais a escola seria o ator principal do resgate, registro e controle da divulgação do saber tradicional em saúde, pois à nível familiar a interrupção dos modelos educativos tradicionais não permitem a transmissão do conhecimento em sentido tradicional, se não em forma residual (Professor indígena).

Na área da escola superior, há um ano um projeto escolar produziu uma horta aberta à comunidade que inclui algumas espécies de plantas medicinais na base do registro e classificação de pesquisas conduzidas pelos estudantes nas próprias comunidades. Isso evidencia a importância que assume na educação diferenciada e intercultural local a temática do cuidado fitoterápico indígena como prática de cura e a possibilidade de articulação com o serviço de atenção básica diferenciada local.

A esse respeito, os professores indígenas lamentam a falta de maior articulação com os profissionais do posto de saúde principalmente por questões ligadas à educação sexual e alimentar além da necessidade de uma ação de prevenção ao uso de drogas. Ao mesmo tempo reconhecem a importância do “resgate” do saber Pataxó e dos conhecimentos indígenas também para equilibrar a tendência nas famílias a hipermedicalização dos filhos (Responsável de escola indígena).

A ideia de um “laboratório indígena” no qual possam ser produzidos medicamentos com as “plantas da tradição” indígena é proposta como uma das possíveis práticas de “resgate” do conhecimento Pataxó na comunidade que poderia até criar uma ponte com o sistema de saúde público local (Liderança), uma possibilidade compartilhada e aproxima algumas jovens lideranças com conhecimentos em saúde indígena e alguns especialistas tradicionais, tanto na área urbana que nas comunidades mais afastadas.

Porém, a questão da validação e evidencia científica e da eficácia impõe restrições de tipos científico-burocráticas que pelos profissionais indígenas das EMSI limitariam e modificariam a fitoterapia tradicional assim como hoje é praticada nas comunidades a nível de autoatenção.

Alguns relatos de usuários se referem à persistência de práticas de rezadores que ainda são procurados por alguns parentes, mas através de redes e relações privadas, quase escondidas do resto da comunidade prevalentemente aderente as novas religiões e aos modelos de manifestação e divulgação pública da *palavra de deus*. No centro urbano o

som elevado dos sermões dos pastores e os cantos dos participantes invadem as ruas desertas do anoitecer assim como a feirinha lotada do Sábado tem quase sempre alguém com um alto-falante que comunica à comunidade a própria fé. Nesse sentido a presença abrangente em todo o território da aldeia central da atividade das novas igrejas domina a paisagem sonora e visual em vários momentos, lugares da vida social do cotidiano da comunidade. Passando pela rua, a resposta a um meu “bom dia” muitas vezes era acompanhado à um “na paz do Senhor”.

O recuo das práticas da espiritualidade tradicional a um âmbito mais privado, envolve também as estratégias de preparo das lideranças e caciques antes, durante e depois das viagens a Brasília ou nas manifestações públicas em defesa dos próprios direitos. Algumas guias espirituais, anciões originários das terras da *Aldeia Mãe*, realizam cerimoniais com cantos e invocações aos espíritos sagrados de forma privada, em lugares apartados do resto da comunidade:

“E isso aí eu venho me preparando, pedindo ao nosso deus Tupã para me alertar, me dar sabedoria, para me saber muito mais. Em quanto estou vivo, estar preparado, como vocês falam que o estudo nunca termina... e é verdade. Eu quero me formar na experiência, experiência que vem do sofrimento, de lágrimas, da dor, de sangue derramado, de vidas e de lutas perdidas pelos outros. Eu nunca perdi uma luta, quando perdem uma luta é porque não eram preparados e não é a hora própria por aquilo. Tem que fazer como um curso, na garra, na coragem. Aí volta o que eu falei, a força espiritual, e tem que ter força espiritual para que? Para defender o nosso povo. Orientar o nosso povo, porque se não fazer isso nós vamos se dar mal” (Liderança espiritual)

Além do contexto urbano, na reserva de preservação ambiental indígena “Jaqueira” se encontram anciões e lideranças, especialistas tradicionais que se apresentam a um público de turistas visitantes que na temporada de alto fluxo chega até a mil pessoas por dia (Guia local da Reserva). De fato não foi possível realizar uma conversa com uma anciã rezadora pois tinha acabado de “benzer um ônibus inteiro da CVC” (Liderança).

A comunidade de famílias instaladas nessa área são representadas pelo profissional não indígena como “os índios de berço”, retomando curiosamente uma expressão utilizada para identificar os Pataxó da geração que refundou a *Aldeia Mãe*.

Como descrito por alguns estudos que a definem aparentemente uma aldeia indígena tradicional ou um projeto de vida fundamentado na reconstrução da visão tradicional do estilo de vida Pataxó (CASTRO MSMD, 2008), pois essas famílias reproduzem um estilo de vida na base dos conhecimentos sobre os Pataxó que se impõe como alternativa ao modelo que se impõe na comunidade urbana e, em geral, na sociedade

envolvente (Liderança espiritual). De fato os especialistas tradicionais concentrados nessa aldeia são oriundos das famílias tradicionais de Barra Velha portanto evidenciam a própria autenticidade se referindo as raízes na terra das origens das atuais comunidades Pataxó: “nascido no mato, crescidos por pajés segundo as regras dos ancestrais” (Especialista tradicional).

Aqui se encontram narrativas, competências e saberes práticos sobre o valor do saber Pataxó em saúde e dos “remédios do mato” e uma serie de articulações com os *parentes* da comunidade urbana por questões de tratamentos e curas “da tradição Pataxó”, além do cultivo de plantas medicinais destinadas em parte à comercialização de produtos pela saúde aos visitantes da comunidade e em parte à distribuição informal através das redes de relações com os parentes da aldeia urbana.

O modelo de formação e o poder de cuidar dos especialistas são referidos à vontade de deus, Tupã, Nimianissum e resulta estridente a diferença da experiência que os jovens da aldeia vivem em termos de educação e formação na convivência e organização dos momentos da vida comunitária centrados no cuidado à espiritualidade.

O modelo comunitário aqui se propõe em alternativa ao de Coroa Vermelha para se destacar da hibridização gerada pela dinâmica da migração, das transformações ligadas à modernização que se refletem na transformação das relações entre *parentes* e nuclearização do modelo familiar (Liderança jovem).

Pelas lideranças e vários usuários de Coroa Vermelha a reserva representa um lugar sagrado, onde é possível também passar um final de semana longe da aldeia urbana em uma atmosfera comunitária bucólica (Profissional indígena). A ressonância pelas comunidades desse território simbolicamente protetor e promotor da *indianidade* tradicional Pataxó transforma-o em lugar de cerimônias e acolhimento de visitas institucionais, encontros entre lideranças indígenas e especialistas tradicionais, como o Aragwaksã o evento místico e fortalecedor da espiritualidade Pataxó de referência de todas as comunidades que cada ano no mês de Agosto é realizado na reserva.

A celebração através das danças e os cantos tradicionais reconstruídos pelas escolas indígena à partir das orientações oriundas dos anciões também da área de Barra Velha, acompanha qualquer evento de participação coletiva pública e nas aulas da educação indígena escolar de todos os graus. A expressão da *tradicionalidade* através de cantos e danças finalizada à apresentação a não indígenas é a modalidade prevalente, visível nos lugares deputados ao encontro com o turista da aldeia urbana nas tardes dos

sábados no centro cultural assim como nos pontos de venda mais estruturados das terras “retomadas” na área urbana.

Todavia, manifestações espontâneas ainda podem porém ser encontradas nas áreas mais afastadas como prática de socialização entre familiares de diferentes gerações, especialmente nos dias de lua cheia. O evento dos jogos indígenas Pataxó celebrado anualmente tanto entre os jovens da aldeia de Coroa Vermelha que entre todas as comunidades do Município de Porto Seguro, constitui um evento que implica no preparo tanto dos atletas que participam assim como das numerosas famílias envolvidas na organização e organizações Pataxó.

Além da reserva ecológica, hoje aldeia, nas comunidades mais afastadas, rurais, a tendência ao recurso às práticas de auto atenção se referem principalmente ao conhecimento e manipulação das plantas medicinais e assunção de “remédios do mato”.

Nas famílias mais estruturadas e com um histórico de migração maior tem quase sempre um ancião conhecedor do “poder das ervas”, assim que a circulação e procura das plantas depende de algumas pessoas reconhecidas por ter um conhecimento que as diferenciam do resto da comunidade ou dos membros da família. Geralmente os anciões possuem conhecimentos repassados pelos próprios antepassados que os diferenciam dos outros componentes e gerações das famílias: “A minha mãe era parteira: fazia chá, dava massagens de mato, purgante, tinha o dom da nascença... ela rezava em caso de complicação e fazia ofícios à nossa senhora antes de começar”, (Usuária Anciã).

A trajetória da formação desses especialistas “informais” vem da convivência com anciões conhecedores dos “segredos da mata”, geralmente da área de Barra Velha, *Aldeia Mãe*. De fato os especialistas tradicionais pontuam a importância de reconhecer as competências necessárias para “usar uma planta”: saber manipular as plantas “do poder sagrado” necessita de um preparo, a escolha e o modo de manipular a planta tem que respeitar regras e rituais que se repetem no processo de transformação em remédio, implicando no conhecimento e respeito dos segredos que vem da espiritualidade dos ancestrais.

A narrativa de um especialista tradicional permite evidenciar a importância da relação com a natureza no processo de apropriação do poder curativo da planta:

“As ervas que nós pegamos no mato não pode chegar lá e pegar assim não, para fazer uma medicina tem que saber conversar com ela (a planta, *ndr*) pegar a folha dela ou a raiz dela, a rama, passar a mão, ver qual a hora e o dia melhor, dengar a planta, passar a mão, pois a natureza é viva não pode arrancar de qualquer jeito e pronto, tudo que você faz esforçado não faz bem. Tudo deve saber

conversar, tem que pedir primeiro ao pai Tupã, pedir licença, pedir licença ao chão, tem que cavar o chão, não pode saculir a planta quando tira, nem agita-la, quando arranca não pode tratá-la mal pois o cara pode até morrer quando toma, porque a agitou. Tudo o que e agredido, você sabe, só faz o mal. tudo isso para que a planta venha satisfeita e feliz para dar essa ajuda. Eu sei fazer isso, eu faço garrafadas e para o pessoal que vem de fora. Eu cobro caro, porque você não faz de qualquer jeito para adquirir a energia daquele arvore, tem que ter força espiritual para puxar ligeiro aquela erva, a arvore, a natureza não é diferente de nós, ela é viva, ela fala ela se sente bom, você corta um pedaço de arvore e você vê que ela chora, você vê aquela aguinha porque é a lagrima dele, então tem que ter conhecimento espiritual, tem que ter aquele respeito (...) a agua é a mesma coisa, tem que saber, tem que saber quando é forte a agua para fazer remédio, tudo existe e passa para gente, então tudo isso tem que ter respeito, tem que ter esse cuidado, esse amor para poder adquirir essa felicidade, essa saúde”, (Especialista tradicional).

Nas propriedades das casas das comunidades mais afastadas e menos urbanizadas se encontram áreas ao exterior da casa deputadas ao cultivo de plantas da fruta e medicinais, passando por hortas do tamanho de jardins não necessariamente fechadas por cercas ou muros. Nessa área as plantas medicinais são sempre ao alcance em caso de necessidade, assim que as práticas de “tomar um chá, fazer um xarope e se cuidar primeiro com a planta do mato” são bem difusas práticas de autoatenção de tipo básico e por doenças que são consideradas leves ou casos de urgência, como uma hemorragia ou mordida de serpente (Usuário). Diversamente, nas quatro áreas “retomadas” que gradualmente se afastam do centro da aldeia principal a terra resulta “impropria pelo cultivo, pois são colocadas em uma faixa arenosa e o acesso a agua é escasso” o que rende ainda mais precárias as condições dessas áreas, “mesmo que com um projeto seria possível utilizar sementes de plantas que podem crescer, mas...é sempre complicado isso com os *parentes*” (Liderança).

Na área urbana, principalmente onde a densidade habitacional é maior, os quintais tem dimensões limitadas e tendem a sumir para deixar espaço à casa para os filhos ou ampliar a própria, tanto que depois da alta temporada do turismo apareceram montanhas de tijolos na frente das casas de várias famílias, de qualquer condição socioeconômica e o barulho de trabalhos de construção começou fazer parte do panorama sonoro na comunidade urbana. As vezes esses trabalhos são feitos por *parentes* ou grupos de amigos na troca de bebidas e churrasquinhos improvisados em uma atmosfera musical de festa que pode relembrar, de uma certa forma a pratica comunitária do “mutirão entre parentes” da lógica da” troca” na construção da casa Pataxó, descritas nas narrativas dos anciões

que parecem persistir mesmo em um contexto onde a relação econômica entre *parentes* é dominada pelo interesse econômico.

Também na área onde residem as famílias originárias (*First Comers*) mais antigas da aldeia urbana, principalmente no espaço delimitado pelo rio e a faixa da terra indígena da orla se encontram a casa do Pajé com uma pequena horta medicinal, plantações e até um viveiro com mudas de várias plantas medicinais e um *parente* que se prontifica pelo reflorestamento e recupero das tradições e conhecimentos das plantas tradicionais que colabora na reserva ecológica e opera na região Pataxó.

Retomando o ponto de vista de usuários e profissionais que moram nas aldeias mais afastadas, cobertas há pouco tempo por um atendimento por mês normalmente em condições improprias, onde o uso do “remédio do mato” é a primeira forma de cura procurada e disponível, as vezes pela falta de transporte até os serviços públicos de saúde como ressalta uma liderança, especialmente nos casos de emergência como picadas de serpenteou escorpião e cortes devidos ao trabalho na roça, e uma série de doenças consideradas “leves” (Usuária) como “gripe, resfriado, dor de cabeça, insônia”, assim como por doenças endêmicas nas áreas menos urbanizadas e descobertas de serviços básicos de saneamento tipo a verminose ou doenças as vias respiratórias das crianças (Profissional indígena). As narrativas dos usuários dessa áreas e de algum especialista tradicional evocam casos de recupero por doenças que são consideradas mais graves graças à práticas de autoatenção mais complexas, mas não foi possível aprofundar mais esse argumento, devido principalmente as breves visitas limitadas pela falta de condições logísticas para acompanhar as EMSI nos territórios e aldeias indígenas assistidas mais afastadas.

Para o profissional indígena e lideranças das pequenas comunidades com maior barreiras de acesso aos serviços de saúde o tipo de usuário Pataxó se diferencia dos *parentes* do centro urbano por ter um perfil menos hibridizado, demonstrando maior resistência e menor contato com os serviços de saúde, “raramente por iniciativa espontânea” e as resistências às práticas de atendimento de rotina nessas áreas é maior, “até pela vacina ou o exame do preventivo” (Profissional indígena). Na visão das lideranças locais mais críticas, o “profissional branco” não tem um contato e nem conhecimento das práticas de cuidado Pataxó assim que a possibilidade desse profissional de entender os problemas de saúde das comunidades se limitam ao contato com os

usuários da demanda espontânea que as vezes resulta mínima, contrariamente ao que acontece ao Posto de Saúde em Coroa Vermelha.

Pelo profissional indígena, esse tipo de barreiras podem ser reduzidas e até minimizadas através da procura da “confiança” que de base é reposta ao profissional *parente* quando se relaciona ao “tipo de usuário que desconfia” que “pode ser até a primeira vez que realiza uma visita pelo médico ou nunca realizou um teste de preventivo, tipo o teste rápido da HIV” (Profissional indígena). Assim os AIS, que tem uma maior aproximação cotidiana com as comunidades de usuários nesses contextos comunitários desenvolvem a estratégia de inserir a informação de tipo preventivo em momentos dedicados à outras práticas de cuidado: “Nos momentos da pesagem das crianças temos um jogo de cintura para tentar convencer as pessoas, as mães e os outros membros das famílias que vivem na casa da utilidade do preventivo.” (Profissional indígena).

As “resistências ao exame do hiperdia ou à vacina pela gripe” também são percebidas pelo profissional indígena como uma manifestação da incompreensão da utilidade de realizar um exame quando: “Eles não percebem os sintomas ou atribuem a outras coisas e não dão importância ao exame, principalmente os que são os mais complicados a ser realizados”, (Profissional Indígena), evidenciando uma leitura mais compreensiva das perplexidades dos *parentes* e tentativas de informação interculturalmente traduzida.

As fraturas comunicacionais e relacionais são, na minha leitura um exemplo de falta de interculturalidade e capacidade de produzir uma prática de informação e orientação à saúde de tipo intercultural, ambivalente, não ambígua que precisa de uma sensibilidade pela mediação entre as atribuições de significados êmicas e éticas que estão em jogo no encontro intercultural de cuidado entre profissional e usuário indígena que escapam ao profissional não indígena.

Se o usuário “desconfiante” é obrigado à procurar o posto de saúde só nos casos de agravio do próprio estado de saúde expressando um escasso conhecimento e entendimento do próprio direito à saúde pública em termos interculturais assim como das práticas da medicina ocidental propostas, o profissional *branco* se limita à repassar indicações e principalmente receitas de fármacos que o usuário indígena tem dificuldade a entender e respeitar (profissional indígenas), remarcando a falha do tipo de comunicação científica (bio-)medica e a resistência à assunção de produtos farmacológicos. Na observação participada pude vivenciar as resistências e incompreensões de alguns usuários, abordados depois do atendimento da EMSI: “não entendi é nada...pois agora

tem que tomar mais um (medicamento, *ndr*) mas não tem na farmácia, mas ele (o médico, *ndr*) agora diz que pode parar de tomar ou outro” (Usuário).

Pelo usuário “desconfiante”, a eficácia dos métodos e remédios Pataxó não precisa da validação, menos ainda no termos ditados pela ciência não indígena, pois como indicam os anciões: “sempre funcionaram e sempre irão funcionar” (liderança anciã), “de mais de 200 partos que realizei, nunca morreu ninguém!” (Parteira).

Essas observações são compartilhadas pelos estudos de Ferreira LO citados ao longo da presente tese inúmeras vezes, quando reflete sobre a eficácia da medicina “tradicional” em termos interculturais:

“Embora não estejamos no domínio clássico dos rituais, a imagética corporal analisada pode ser considerada nos termos propostos por Turner (1981), ou seja, emoções que ao serem evocadas por símbolos possibilitam, pela polissemia que lhes é intrínseca, a conexão de corpo e do self com o nível mais abstrato da moralidade, de espiritualidade, dos ideais políticos e, eu acrescentaria, da biomedicina.” (FERREIRA LO, 2013, Op. cit., pag. 174).

Na visão do profissional indígena, as práticas de cuidado Pataxó podem até ser discutidas e criticadas do ponto de vista da medicina ocidental, mas a efetividade resulta o elemento que não consegue ser explicado cientificamente, porém socioculturalmente aceito:

“A parteira, que tem uma experiência muito longa de partos, ainda usa a tesoura comum para cortar o cordão umbilical, isso não está correto, mas ela sempre fez e nunca deu errado”, (Profissional indígena).

“Hoje o médico dá o remédio que sabemos que pode fazer bem por aquela doença mais que faz mal e gera doença, faz mal por outras coisas. A erva não, ela vai em qualquer lugar, pelo sangue, pelos ossos na respiração, é em tudo, na pele é no cabelo”, (Especialista tradicional).

Além disso, o recurso ao cuidado do especialista tradicional não prevê nenhuma forma de gasto econômico (dinheiro), pois é um hábito de cuidar da saúde que não é sujeito à lógica da troca nem à ser quantificado, ou retribuído: “não tem preço pelo que faço” (Parteira tradicional).

Na visão ética tradicional dessa áreas o processo de contato contínuo com o *branco* e a assunção de estilos de vida e consumo não indígenas leva a processos de adoecimentos das atuais gerações diferentes e novos. As doenças crônicas, a obesidade, e o câncer, são consideradas como epidemias por muitos usuários que recentemente começaram a se difundir rapidamente nas comunidades e que precisariam ser mais indagados, entendidos pelas comunidades e os profissionais da saúde. A sensação de

perda do controle do problema e a incógnita do tamanho e das suas causas são fonte de preocupação crescente pelas comunidades de usuários e os seus representantes indígenas.

Muitas vezes a tendência à auto medicação e seguir as dicas de um vizinho *parente* é a única orientação disponível em caso de necessidade, pois nem sempre os cuidadores mais sábios e os profissionais de saúde são próximos e acessíveis pelas comunidades não urbanas. Nas áreas das *retomadas*, onde o acesso ao fármaco é mais complicado que na aldeia urbana como dito as plantas dificilmente crescem nas terras arenosas, assim que as possibilidades de auto atenção são ainda mais limitadas. Ao mesmo tempo, nos agregados de famílias que constituem as pequenas comunidades podem se encontrar também expertos conhecedores de práticas de cuidado Pataxó.

A variedade das barreiras, disponibilidade e acesso à informação tanto a respeito da assunção do fármaco que do “remédio do mato” influencia portanto os percursos mistos de cura de muitos usuários das áreas menos urbanizadas. Do ponto de vista do especialista tradicional, a mistura leva à resultados ambíguos, imprevisíveis e até contraproducentes como a inesperados processos de novos adoecimentos.

Na área urbana a prática de fazer chá ou um xarope é ainda divulgada mas é sempre menos presente, assim como tomar um banho de folhas ou “molhar os pés no mato” (Usaria anciã). O perfil do usuário da comunidade indígena urbana é uma mistura que depende de vários fatores pessoais e da família de origem como o tempo de imigração, a descendência ou linhagem familiar indígena ou mistura étnica, o padrão e estilo de vida ligados as condições socioeconômicas, sem que uma fator implique ou seja correlacionado ao outro.

O acompanhamento às visitas domiciliares permitiu ampliar a percepção da estratificação social que define a comunidade urbana entrando no âmbito privado das dificuldades cotidianas das famílias, casos e situações de indigência social que dificilmente podem ser percebidas na convivência ordinária nos espaços comunitários, fora das paredes domésticas. Atrás de cada muro externo se abre um sistema de vida familiar onde podem conviver, transitar, permanecer vários tipos de familiares parentes em diferentes situações: abandono familiar, maternidades precoces, casos de depressão juvenil mantidos escondidos, anciões originários das famílias das comunidades mais afastadas hospedados provisoriamente na casa dos *parentes* por problemas de saúde.

Os antigos quintais são sacrificados como dito pela exigência de expandir o tamanho da residência familiar, a partir da tendência das famílias à crescer rapidamente e à tentativa de reconstruir, quando possível, um núcleo familiar concentrado no mesmo

lugar, o que manifesta a concepção Pataxó de família e relações familiares que procuram formas de se garantir a convivência e alimentar os laços entre *parentes* consanguíneos e próximos, incluindo a linha reta (em alguns casos criando aglomerados de habitações na mesma área, mesmo que independentes uma da outra que permitem concentrar até a terceira geração os bisavós e bisnetos e na linha colateral até sobrinhos-netos, tios-avós e primos).

Nas situações nas quais os espaços da propriedade familiar são saturados pelas construções, a multidão familiar gera uma “confusão” devida ao “acumulo de objetos, vestidos sem ter armários e espaços apropriados” conforme “a forma moderna das casas de hoje” (Profissional indígena). Na minha leitura, mais que uma escassa adaptação das famílias indígenas ao uso dos espaços habitacionais do modelo urbano, isso demonstra a falta de espaços suficientes e suficientemente estruturados para permitir a convivência de vários familiares seguindo a lógica da convivência entre parentes familiares Pataxó.

Nesse quadro geral, é recorrente encontrar um lugar onde o acumulo de vários fármacos, muitos vencidos mas sempre disponíveis e utilizados por todos os familiares que tem acesso à casa. Isso induz ao uso do fármaco por várias funções as vezes diferentes das indicações das bulas, como demonstra uma usuária que assume um antipirético para a dor de estomago trazendo benefícios (inesperados) ou o *parente* que “utilizou as gotas de um purgante como digestivo (Risada, *ndr*)”, como relatado por um usuário.

Em relação ao perfil do usuário, os profissionais indígenas respeitam as práticas de autoatenção de alguns *parentes*, principalmente pela assunção de “remédios do mato” e, em alguns casos de doenças leves é fornecida uma orientação a assunção dupla e combinada dos remédios com chás ou xaropes. Todavia, o profissional indígena ressalta que a prática da “dupla assunção” dos remédios as vezes, principalmente nas áreas mais próximas à urbana, contribui à confusão de assunção não controlada de diferentes fármacos e remédios, não conforme as dicas terapêuticas do médico.

Ao meu ver, isso ressalta algumas ambiguidades do profissional indígena na concepção da autoatenção do usuário Pataxó como automedicação, o que não permite uma leitura dos processos de hibridização das concepções e práticas dos usuários nem o conhecimento das práticas de autoatenção pataxó, além de dicas básicas ocasionais.

As práticas de autoatenção preventivas e curativas de gestantes e puérperas como “o mal dos sete dias” ou “resguardo quebrado” e as orientações nutricionais são respeitadas pelos profissionais indígenas, mas não necessariamente compartilhadas com os profissionais não indígenas das EMSI. Nesses casos, algumas estratégias alternativas são acionadas, como realizar as primeiras visitas familiares no domicilio da puérpera e

em alguns casos convencer as mães à “aparecer rapidinho ao posto para que o médico realize a primeira visita e o teste do pezinho, que tem que ser feito na primeira semana...assim elas vem, aparecem ao posto rapidinho quando encontram uma carona de um *parente*, com o menino todo coberto e rapidinho voltam em casa” (Profissional indígena). De fato, no princípio da etnografia o médico constatou a significativa falta de acompanhamento pré e pós-parto das mulheres registradas nas comunidades atendidas por todas as EMSI, um sinal da relevância da suposta “resistência” das mulheres indígenas que precisa a instituição de estratégias alternativas e uma compreensão ambivalente e possivelmente articulada da prevenção e do cuidado à gestante e puérpera.

As dicas alimentares e de comportamento saudável do conhecimento Pataxó ainda tem uma influência significativa no caso da experiência da gravidez, considerando que a proposta da saúde pública indígena (no pré-natal e acompanhamento após parto) é uma percebida como uma “novidade oferta às jovens indígenas, filhas de mães e avós” conformadas com a experiência do parto e gestação na aldeia, orientadas por especialistas tradicionais e os conhecimentos familiares de gênero. Nesse sentido o modelo de cuidado à gestante proposto pela atenção básica diferenciada, mesmo que colocado em um contexto urbanizado, não parece ter mudado a cultura local e visãoêmica da experiência familiar da gestação Pataxó. Em geral, se a prioridade é dada às regras familiares e comunitárias, a liberdade de escolha permite o acesso à uma dúlice atenção nas fases de pré- e pós- parto, conforme descrito por Scopel (SCOPEL RPD, 2014), ao meu ver espontaneamente articulada.

A esse respeito uma jovem liderança ressalta o valor e função preventivos contidos nas regras e práticas do cuidado oriundas da tradição dos conhecimentos Pataxó, raramente conhecidas e consideradas pelo (profissional) não indígena, principalmente aquelas de tipo espiritual:

“Para comunidade Pataxó era aquela história de proteger para não ter que remediar. Então era o que isso? tinha que fazer todo cuidado para que a índia fazia toda a risca para que ela não ficasse doente, então no período a mãe vinha para ficar perto, ficava para lavar a roupa, para não deixar pegar nada”, (Liderança).

E’ curioso ressaltar que na visão do nativo não seja espontaneamente contemplada a possibilidade e portanto vislumbrada uma utilidade da articulação com o saber biomédico representado pelos profissionais do Posto de Saúde. De fato, desde o princípio da sua implantação a relação de cuidado se apresenta definida do ponto de vista do usuário

indígena destinatário do atendimento das EMSI pelas práticas de cunho biomédico, vigentes no SUS universal portanto indiferenciadas. Um modelo implementado percebido de “cima para baixo” que nunca ofereceu aberturas ou manifestou interesse pelo diálogo e troca entre saberes em saúde (Liderança).

Como vou ilustrar no parágrafo sucessivo o processo de indigenização do *Posto* e o perfil étnico indígena do profissional são considerados pelas lideranças indígenas uma estratégia de controle e oportunidade de autonomia de gestão da saúde local mais que uma tentativa estratégica de introduzir a perspectiva indígena nas práticas da atenção diferenciada. A partir disso, vou ilustrar em seguida a variedade de conotações que assume a atenção diferenciada a partir dos discursos e práticas efetivas realizadas no cuidado às comunidades Pataxó.

6.2. A ATENÇÃO BÁSICA NO TERRITÓRIO PATAXÓ

6.2.1 Infraestrutura e processo de trabalho

O sistema de saúde local tem um histórico recente, caracterizado pela instituição de visitas do primeiro médico na aldeia pouco mais de vinte anos atrás e, sucessivamente a instituição de um primeiro núcleo de saúde pública na área do centro artesanal ou “Parque Indígena”, acompanhado voluntariamente por uma mulher da comunidade hoje assistente de saúde bucal.

A primeira EMSI foi implantada em 2001 mas teve que chegar até 2005 para alcançar uma assistência mínima à comunidade do centro urbano com a construção do Posto de Saúde e já entre os anos 2009-2010 a sua reestruturação para “ampliar a logística e integralidade do atendimento, mas já está precisando ser realizada uma ampliação do Posto nos dias atuais (profissional indígena). Pelo “novo” Posto “muitos profissionais de todas as categorias passaram” pelo posto (profissional branco), indicando um elevado *turn-over* que caracteriza até os dias atuais os serviços ofertados, principalmente médicos e a dificuldade de criar as condições pela fixação do profissional nas comunidades de usuários atendidas. Vários estudos considerados na introdução dessa tese evidenciam o aspecto da rotatividade dos profissionais que compõem as EMSI como um fator de instabilidade que obstaculiza os processos de base para desenvolver a atenção diferenciada (proximidade, aproximação, contato, diálogo, comunicação, troca, articulação, participação, reconhecimento), assim como evidenciado por Follér (2004, Op. cit.).

Nas reuniões com as equipes, o atendimento do posto de saúde de Coroa Vermelha vem a ser representado pela gestão “pelo volume do atendimento mais próximo aos parâmetros de excelência da atenção básica” (Profissional da gestão local), portanto como um “lugar privilegiado” em relação à outros territórios indígenas Pataxó que resultam menos cobertos pelos serviços da atenção diferenciada, devido ao número menor de EMSI e profissionais operantes e variedade de serviços ofertados.

Pela profissional responsável da equipe que mais acompanhei no campo, o sistema local da saúde indígena melhorou das suas recentes origens e as transformações que implica o sistema *diferenciado* são percebidas como processos culturais que requerem um prazo de tempo maior, pois “o subsistema acabou de nascer, ainda está gateando”. Porém, por esse profissional indígena da longa experiência intercultural na saúde indígena a percepção da piora da qualidade dos serviços da atenção básica indígena nos últimos anos é considerada como uma barreira ao atendimento integral, efetivo e intercultural às comunidades. Vou portanto delinear as impasses e obstáculos ao atendimento de base, na descrição a seguir.

O atual posto de saúde é colocado as margens da pista principal em uma área originariamente utilizada por fins de acolhimento turístico, onde se encontram várias estruturas com uma funcionalidade comunitária. Ao lado, separada de um muro tem o espaço das escolas indígenas e no lado esquerdo a estrutura de um centro de massoterapia com oito salas em estilo arquitetônico Pataxó assombra uma casa de reunião dos AIS onde é reservada uma sala ao serviço de marcação de exames e visitas especializadas em articulação com a central de marcação da secretaria municipal, “que não funciona...temos que esperar, esperar, voltar perguntar....demora e nem sempre consegue marcar” (Usuário).

Na frente tem uma sala de reuniões e uma pequena casa do formato tradicional Pataxó que acolhem vários cursos de formação como por exemplo de costura e esporte para jovens a qualquer horário do dia. Além disso, duas estruturas são utilizadas pelas secretarias dos respectivos caciques e ponto de referência pelas questões dos *parentes* da comunidade (Liderança). Esse ponto é importante pois, até a mudança recente do novo cacique, era utilizado por uma liderança histórica e ex-cacique, com a função de mediação, escuta e colaboração na organização e resolução de casos de saúde de *parentes* ou eventuais situações de conflito entre a comunidade de usuários e os profissionais do posto de saúde.

Mesmo se configurando portanto como um espaço simbólico da saúde e educação *da comunidade para a comunidade*, essa área é utilizada pela construção de casas por famílias da comunidade, evidenciando a modalidade do “índio que invade a terra do índio” (Liderança). Na mesma área, não muito tempo atrás através de um projeto comunitário foi realizada uma padaria comunitária, mas a falta de controle não impediu a invasão e saqueio dos maquinários por assaltantes locais (Profissional indígenas), confirmando a ruptura das regras de base da solidariedade e interesse comum da comunidade e entre as famílias de *parentes*.

A falta de uma sala de espera e da cobertura contra o calor do contato direto do sol são um evidente fator de desconforto pelo usuário, especificadamente de anciões e mulheres com filhos pequenos... A imagem do posto de saúde aparece, passando pela rua principal, sempre lotado de usuários em espera no espaço externo e, muitas vezes a causa da intermitente coleta do lixo e tendência dos usuários e residentes à depositar o próprio lixo nos lugares reservados ao posto de saúde, triunfam colunas de lixo. A interrupção dos serviços de limpeza do posto deixa as condições higiênicas no espaço externo e interno ao posto em um estado precário que requer a intervenção voluntaria dos profissionais da saúde ao final do horário de trabalho.

A impressão de uma demanda constantemente elevada choca com o tamanho da estrutura, inadequada para acolher três equipes (EMSI) constituídas por 32 profissionais de saúde, dos quais 15 estavelmente presentes no *Posto*.

De fato os números dos atendimentos registrados ao longo do ano 2016 expressam um volume quantitativamente relevante e sobrecarga do atendimento dos técnicos de enfermagem, AIS e das enfermeiras que exemplifica as categorias de profissionais das equipes que mantem maior contato e relação mais frequente com a população dos usuários.

O volume e ritmo de trabalho considerados em relação as condições de trabalho dos profissionais se expressam na sensação compartilhada de “não conseguir atender à demanda básica de saúde das comunidades, pois a população cresceu até 3 vezes mas a verba pelos serviços segue a mesma” (Profissional indígena).

A complexidade do perfil da população de usuários cria no profissional duvidas e perguntas sobre a própria leitura das necessidades da demanda de saúde da população atendida exemplificativas da incerteza que desorienta esse profissional entre divergentes concepções de saúde, adoecimento e atenção:

“Não sei o que a comunidade quer, eu faço porque acho que seja bom para a comunidade, mas será que é isso que a população quer? (...)Eu acho que falta ouvir mais a população. Isso é complicado aqui, a aldeia é muito grande, muito misturada”, (profissional indígena).

Esses fatores provocam nas EMSIs estados de “frustração”, “desanimo”, “depressão”, “estresse”, “ânsia” e “desejo de mudar de lugar de trabalho” por muitos profissionais indígenas e não, assim que para alguém “aqui é o pior lugar onde trabalhar...ninguém quer vir aqui!”, parcialmente motivados também pela questão da fiscalização das lideranças e do clima de tensão interétnica entre algumas categorias de profissionais do Posto (Profissional branco), que vou descrever mais na frente.

A organização dos espaços e os serviços ofertados no *Posto* (cerca de 100 m²), réplica o modelo de uma unidade básica de saúde de maior dimensões, pois tem 14 espaços separados com diferentes funções e usos, escassamente equipados para o atendimento básico tanto que as vezes materiais e instrumentos de base são adquiridos com recursos próprios do profissional como por exemplo a balança utilizada pelo AIS ou luvas, gazes e alguns materiais odontológicos de base e até um ar condicionado, na sala do dentista.

Mesmo tendo um acesso à internet que depende do abonoamento e custo pessoal do responsável do serviço de implementação dos dados do SIASI, todos os arquivos enviados à gestão do Polo-Base são no formato do papel e “entregados a mão”, mesmo que todos os profissionais concordem que a gestão digital dos arquivos e prontuários “poderia reduzir o tempo dedicado à preencher tabelas e compartilhar as informações do paciente entre as áreas do atendimento e a gestão do polo” (Profissional indígena).

Não tendo a disposição uma linha telefônica, qualquer comunicação de trabalho do profissional de saúde depende do próprio aparelho pessoal. A possibilidade do contato telefônico no posto poderia filtrar e até simplificar o acesso ao posto pelos usuários das aldeias mais distantes, melhorando a comunicação sobre as variações do funcionamento do atendimento pois. De fato a comunicação com o usuário se limita nesses casos à exposição extemporânea de avisos pendurados nas paredes externas do *Posto* ou à passagem da informação de “boca em boca” a partir dos agentes comunitários e variavelmente chagando a todas as redes e agregados familiares dos *parentes* entre aldeia central e as periféricas.

Também os espaços internos são escassamente sinalizados e os escassos avisos nas paredes são prevalentemente de tipo sancionatório, como os avisos ao usuário das

consequências do desacato ao funcionário público, respeito do silêncio e aqueles destinados aos colegas de cuidar da limpeza no locais de uso comum. De fato faltam placas que avisem que tipo de serviço é ofertado em cada sala do posto, assim que é costume convencional do usuário que encontra uma porta aberta não hesitar e seguir na procura do contato direto com o profissional por alguma informação ou esclarecimento rápido: “porta aberta, home dentro” (Usuário).

As condições da estrutura do posto são consideradas precárias pelos profissionais e há anos a gestão pública local promete a expansão do posto de saúde (Profissional não indígena). Mesmo assim, o espaço consegue hospedar: um banheiro externo pelo usuário; um espaço pelo responsável da recepção e arquivo dos prontuários e uma sala pela implementação local dos dados do sistema de informação (SIASI), uma sala vacina com três profissionais fixos; uma sala pela consulta pelas três enfermeiras, uma sala pela consulta do dentista, um banheiro pelos funcionários, um espaço tipo copa; uma farmácia, um espaço pequeno pela triagem sem porta nem ar condicionado, duas salas pela consulta dos médicos e, enfim uma sala de curativo, também sem ar condicionado.

O dominante aspecto biomédico é um aspecto marcante o posto da saúde indígena, considerado por algumas lideranças jovens pela “frieza dos espaços e a falta de algo que seja mais acolhedor, indígena”.

O atendimento à demanda espontânea é governado com a distribuição das fichas por ordem de chegada pelo atendimento médico e odontológico, uma das questões críticas que vários usuários pontuam como excessivamente rígida, pouco acolhedora e insuficiente para satisfazer o volume da demanda cotidiana. O padrão de abertura segue um horário bastante rígido, realizado nos turnos das 8 às 12 e de 13 até 16 horas, mas deixando o posto aberto ao público na hora do almoço, organizando um horário em regime de escala que garante o atendimento dos profissionais.

Mesmo assim, os usuários aparecem as primeiras luzes do dia, pois nas minhas observações aconteceu de chegar as 5.30 e nas penumbras individualizar as silenciosas formas de alguns *parentes* que já ocupavam o espaço na frente do posto, formando uma imaginária fila por ordem de chegada.

O tempo de espera, que na experiência direta de alguns usuários observados pode chegar até 6 horas antes de ser atendidos e, a necessidade de “ter que sair cedo de casa para chegar cedo ao posto e pegar a fila pela ficha” (Usuária), são questões problematizadas e as vezes, viram argumentos de discussão e confronto com os profissionais de saúde.

Isso acontece, do ponto de vista de alguns profissionais indígenas mais frequentemente com aqueles usuários que não pertencem à comunidade originária e as vezes nem são indígenas pois, “o índio” (no sentido da categoria de *parente*, “legítimo”, *ndr*) tende à não levantar a voz e prefere se recuar saindo da situação, ao invés que perder a paciência na frente de outros *parentes* ou chegar ao conflito direto com alguém, mais ainda no caso do *parente* que é profissional no Posto de Saúde (Profissional indígena).

Por outros profissionais indígenas, a percepção da presença de não *parentes* na fila de espera do posto pode resultar um fator de desconforto, maior distanciamento e até abandono da procura do cuidado público dos *parentes*. Uma usuária indígena, responsável de uma família numerosa de baixa renda, questiona abertamente na sala de espera a falta de respeito pela prioridade que o usuário “índio tem que ter sobre outros não indígenas que pegam o lugar na fila do posto indígena” (Usuária). Nesses momentos os atritos interétnicos portanto além de caracterizar as EMSI definem as relações entre os usuários do Posto de Saúde.

A questão problemática da prática de “virar índio” e portanto de “virar usuário” do serviço de saúde indígena caracteriza também o atendimento nas áreas definidas pelos profissionais da saúde como “extensões”, as terras “retomadas” e as aldeias nas áreas rurais do território Pataxó:

“Tem muitos que não tem nada a que ver com índios, principalmente nas retomadas...na XXX tem gente que estica o cabelo para se passar de índio...vê se pode?!...e eu me chateio porque tiram vagas de índios...não é um posto para índios esse?!...então! cadê o cacique que deixou fazer isso?”, (Usuária).

Além da questão da etnicidade e das relações étnicas do acesso ao serviço, os usuários indígenas expressam a dificuldade de “ser ouvidos” pelos profissionais e ajudados a superar os nós e atrasos dos percursos terapêuticos entre serviços dentro e fora da atenção básica depois os primeiros encaminhamentos: uma série de casos de familiares, parentes e vizinhos são recorrentes nas falas e narrativas dos usuários, emblemáticos da falta crônica de resolutividade da atenção básica indígena no acompanhamento e realização de exames clínicos e intervenções cirúrgicas, as vezes não complexas.

A dificuldade de marcar os exames depende da limitação das vagas disponibilizadas pela central de marcação municipal local, ambigualmente fixadas em 15 vagas por semana pela população indígenas mesmo tendo uma grande variabilidade da demanda. De um certo ponto de vista, essa pratica de cota fixa se configura como uma

prática *diferenciada* de acesso por cotas aos níveis mais complexos do sistema de cuidado público (Profissional não indígena) e resulta um ponto crítico no atendimento do *Posto*, pois “você espera, espera, fica esperando...e começa a ficar pior...e fica triste porque não tem resposta nunca” (Usuária). Assim, a sensação de preocupação pelo agravio do estado de saúde, a falta de perspectiva de ter um retorno com a certeza de uma data marcada, a falta de alternativa de recurso ao privado pela falta de dinheiro são considerados pelo usuário fatores de piora da condição psicofísica tanto do doente que dos familiares que convivem com a dor dele (Usuário).

Os usuários descrevem a experiência do ciclo da marcação como causa mesma da ineficiência pois as possibilidades de erros e entraves desde o momento da prescrição do médico do exame específico até o momento conclusivo do retorno ao usuário do resultado dos exames aumentam os tempos de espera as vezes sem perspectiva. Nos casos de doenças mais graves, a única solução é “que tudo mundo se prepara fazer a vaquinha para pagar o velório...nem sempre a SESAI envia o caixão” (Usuária). São frequentes os depoimentos que referem dos descasos, mal entendimentos e escassas informações que criaram situações de usuários que foram até a capital para realizar intervenções cirúrgicas que se tornaram “viagem de balde”, ficando desorientados por “não entender as motivações que impediram realizar a operação” e mas que tudo tiveram que “recomeçar tudo de novo” o ciclo da marcação de novo, depois meses de espera. A imobilidade e desinteresse das lideranças por estes casos que não conseguem uma solução é julgada como uma falta de responsabilidade grave, motivada por alguns usuários pelos interesses dos atuais caciques em representar e considerar só “algumas famílias” por questões de alianças pelo poder, remarcando assim os reflexos dos conflitos existentes nas comunidades Pataxó dessa área no controle social sobre a atenção básica *diferenciada*.

Ao longo do meu acompanhamento no campo, foi porém aviado um projeto de colaboração intermunicipal entre a recém instalada secretaria de saúde de Santa Cruz de Cabralia e a de Porto Seguro para facilitar o acesso através da articulado entre às centrais de marcação dos dois municípios. Esse serviço de facilitação é já realizado no município de Porto Seguro através da colaboração de uma liderança indígena de Coroa Vermelha.

A articulação com os níveis mais complexos vem a ser considerada deficitária também pela problemática da falta de um atendimento diferenciado no acesso e tratamento nos serviços hospitalares próximos. As narrativas dos usuários descrevem a falta de qualidade no atendimento em geral e vários episódios de discriminação racial e maltrato que no princípio da pesquisa motivaram o maior fluxo ao hospital de Porto

Seguro à 17 km que naquele mais próximo de Santa Cruz de Cabrália, à 3 km da aldeia urbana. Antes de concluir o campo no segundo foco territorial de Barra Velha, uma série de óbitos de mulheres indígenas ocorridos sem explicação no hospital de Porto Seguro começou reverter o fluxo dos pacientes ao hospital precedentemente considerado menos confiável. Esses episódios por um lado exemplificam a desorientação dos usuários quando *saem* do nível básico da atenção diferenciada e, por outro lado a difusão do racismo institucional, expressão do clima de prejuízo interétnico da área: “o médico de lá é filho de um fazendeiro...ele não gosta de índios e se precisa de um advogado, o irmão dele é pronto por isso” (Liderança).

Ao mesmo tempo, isso pelo profissional indígena representa também a “susceptibilidade” que orienta as escolhas de cura dos usuários indígenas (profissional indígena) e os diferencia de outros usuários da comunidade de Coroa Vermelha. Nas palavras de uma usuária anciã, é evidente a representação da atenção básica como uma *zona de confronto, diferenciada* da saúde do SUS fora da aldeia, na cidade:

“É melhor aqui a saúde que na cidade: as vezes a gente nem conseguem as consultas... gente que dorme na fila de espera ou nos corredores. Falam que (aqui, *ndr*) o atendimento é ruim mais depois de reclamar tudo volta ao normal, na cidade isso não acontece, na cidade pode reclamar mas ninguém ouve”.

Como reportado no caso de Barra Velha, onde as barreiras geográficas se apresentam prioritárias como limites ao acesso aos níveis de maior complexidade de atenção, o atendimento e no específico a relação de cuidado é criticada entre as faltas de qualidade que se tornaram violência obstétrica, omissão de cuidado, racismo. Nesse sentido, as necessidades dos usuários das duas comunidades Pataxó apresentam a mesma demanda de interculturalidade na atenção secundária, uma questão explicitada por vários estudos como de Ferreira (2012) ou Silva (2017).

O acesso ao Posto ainda apresenta pelo usuário da atenção básica uma primeira barreira logo na chegada, sendo que o lugar de trabalho (atendimento ao público) do profissional não indígena encarregado pelo primeiro acolhimento e distribuição das fichas pelo atendimento encontra-se num quarto fechado por uma porta, que o separa do espaço externo utilizado como “sala de espera”.

Os usuários *parentes* que tem mais confiança com o posto de saúde tendem procurar portanto um acesso informal e direto aos profissionais ao primeiro contato, esperando e parando no estreito e curto corredor do *Posto* o profissional *parente* que possa rapidamente ouvir a própria necessidade de saúde e fornecer uma primeira escuta e

informação ou orientação ao serviço apropriado. Na maioria dos casos isso leva o profissional indígena de qualquer qualificação à interromper o que está fazendo para prestar atenção, ouvir e orientar o *parente*, informando sobre os protocolos de atendimento do médico ou da enfermeira ou tentando uma articulação com outros colegas.

Isso de fato permite de quebrar a rigidez do acolhimento da demanda espontânea, facilitando o acesso ao Posto. Nesse sentido a maior flexibilidade do profissional indígena e capacidade de se articular de forma dinâmica com os profissionais não indígenas da EMSI resulta um fator facilitador do acesso ao atendimento. De fato pude observar que em momentos de superlotação, as vezes alguns profissionais indígenas e lideranças comunitárias, realizam voluntariamente ações de primeiro acolhimento, orientação e até triagem que facilitam a primeira relação de escuta e reduzem o tempo de espera do usuário.

Os AIS nas extensões são os únicos profissionais, que acompanham constantemente a saúde das comunidades menos urbanizadas e distantes, a maioria dos quais sem algum tipo de formação além daquela que vem da experiência direta do trabalho cotidiano e das orientações da enfermeira e coordenadora da EMSI, o profissional que de fato acumula mais tarefas além do atendimento ao usuário.

Além de facilitar o acesso aos fármacos, os AIS divulgam e organizam a comunidade local para garantir as condições do atendimento da EMSI na comunidade, previsto “de duas em duas semanas” e que se torna “na maioria das vezes uma por mês...em um ano poucas vezes” (Liderança) em articulação com as lideranças locais para encontrar soluções de transporte da EMSI quando não tem o carro da SESAI à disposição e mais que tudo procurar um lugar físico para realizar o atendimento. O fato de ser a única referência estável da EMSI no território comunitário aumenta as suas responsabilidades que nos momentos da observação participada se manifestaram através de práticas as vezes além daquelas previstas pelos protocolos.

Em geral o AIS repassa informações e divulga as orientações de tipo preventivo comunicadas nas reuniões das EMSI, multiplicando-as de forma acessível e eficaz na comunicação com os *parentes* e familiares. Porém, os limites da falta de formação e o volume do atendimento do Posto não permitem a realização de repetidas e abrangentes atividades de promoção da saúde nas comunidades, o que parece paradoxal pois resultam ainda mais necessárias nessas áreas escassamente urbanizadas, onde as comunidades tem um reduzido acesso aos serviços públicos de base (Profissional branco).

O reconhecimento da função de mediação e suplência da EMSI pelo AIS nesses territórios se acompanham a contradição, como assinalado da crônica falta de formação, concordando novamente com Langdon et Al. (2014, Op. Cit.), assim que o reforço da capacitação de realização de ações de primeira informação e educação em saúde precisaria do reconhecimento dessas competências do AIS, principalmente nos contextos comunitários menores e mais distantes dos serviços públicos.

A visão do profissional não indígena de longa experiência se encontra com aquela dos profissionais indígenas quando considera que “o usuário é pouco acostumado a isso, por isso não percebe a utilidade da prevenção”, enquanto pela maioria dos profissionais não indígenas o usuário aparece escassamente receptivo desse tipo de práticas de prevenção e promoção da saúde porque mais interessado às práticas de cura, à procurar o serviço para uma solução no momento de dor aguda. Por algum outros profissionais não indígenas enfim, o nível baixo da escolaridade e a elevada taxa de analfabetismo limitam as capacidades cognitivas dos usuário médio, demonstrando uma visão que inferioriza o indígena além da escassa consideração ou conhecimento da demanda e possibilidades de resposta da educação em saúde, coluna central da atenção básica (indígena).

A descontinuidade dos serviços pelo funcionamento a intermitência e a redução da qualidade do atendimento são manifestações cotidianas da percepção compartilhada por todos os profissionais das EMSI da precarização das condições e do processo de trabalho dos serviços de atenção básica da saúde indígena local. A falta dos investimentos adequados para responder à crescente e rápida demanda de saúde local se junta à especificidade da terceirização de serviços essenciais que não conseguem ser garantir uma prestação ao funcionamento do Posto de Saúde ao longo de todo o ano como a limpeza, carros e motoristas pelo transporte das EMSI e dos usuários, vindo criar “ciclos de funcionamento efetivo do atendimento no Posto...a regime normal...no máximo oito meses por ano” (Profissional não indígena).

A descontinua disponibilidade do meio de transporte é um problema que nos últimos tempos está se tornando cronicamente agudo e a sua finalidade em uma continua ambivalência: pela gestão do polo-base o transporte da SESAI tem que garantir o atendimento da EMSI nas aldeias das áreas com barreiras de acesso ao posto (Profissionais de saúde) enquanto pelas lideranças das comunidades de usuários, próximas e distantes, o transporte tem que ser disponível pelo usuário em caso de emergência para o deslocamento ao hospital ou para ter acesso ao atendimento básico no caso de usuários de aldeias distantes.

No tocante do atendimento às comunidades rurais e das “áreas retomadas” ou “extensões”, o déficit de cobertura dos últimos anos depende também da continua indisponibilidade de meios de transporte que permitam respeitar a programação das visitas consideradas “mínimas” as comunidades. Além disso a falta das dotações de base para realizar o atendimento básico e sem o apoio de uma estrutura apropriada limitam a priori a qualidade do atendimento que não consegue se enquadrar como “básica”.

No caso do atendimento odontológico a situação é pior, pois em nenhuma comunidade menor existe um ponto de apoio estruturado por esse atendimento e o único transporte móvel a disposição do Polo-base não tem a possibilidade de transitar por pistas de barro com subidas e descidas íngremes, ou seja a maioria das condições dos acessos as comunidades rurais. A prevenção e realização de visitas odontológicas são concentradas exclusivamente no posto de saúde onde no atendimento cotidiano e raras são as ações de saúde bucal preventiva ou educativas. Além disso esse serviço não tem uma boa percepção pelos usuários que ressaltam a insatisfação pelo tipo de relação e práticas de (des-)cuidado do profissional, julgadas como pouco atenciosas, assim que o conto sobre o mal atendimento de um *parente* percorre as narrativas e os imaginários da coletividade: “foi para tirar um dente e voltou com o queixo quebrado...e depois o dentista falou que não foi ele que quebrou e a coisa ficou ruim para o parente...acabou assim....com o cara que ficou com o queixo quebrado” (Usuário).

Como no caso das narrativas sobre o mal atendimento nos hospitais municipais, os contos sobre a iatrogenia do serviço odontológico levam à menor utilização por parte do usuário que procura alternativas nos lugares da odontologia privada significativamente visíveis no centro do povoado ou, simplesmente prefere renunciar ao cuidado público em saúde bucal: “o dentista, gosta de comer a pessoa crua...precisa de outro melhor...e olha que aqui precisa tudo mundo do dentista! ...mas ninguém vai não! (Risada, *ndr*)”, (Usuária). De fato, ao longo da experiência de observação no posto, constatei vários dias nos quais as fichas que precisam de duas distribuições pelo atendimento do médico, sobravam e não vinham ser distribuídas pelo atendimento odontológico, pois os usuários não procuraram o serviço. Isso leva ao paradoxo de uma demanda espontânea ao Posto percebida como inexaurível e uma demanda ao serviço odontológico como quase exaurida.

De fato, ao final da experiência de campo no outro contexto Pataxó, soube que o profissional em questão foi substituído por vontade das lideranças por uma nova profissional com precedente experiência na saúde indígena. Diferentemente de outro

contextos como por exemplo estudados por Lemos PN et Al. (2010) onde encontra-se agentes de saúde bucal que permitem um laço contínuo com os usuários e competências mais específicas nesse âmbito, o serviço odontológico em Coroa Vermelha não obstante a demanda elevada e volume da população atendida, não é um serviço que conseguiu se enraizar nos territórios das comunidades de usuários.

Também, o fornecimento descontínuo da farmácia do posto não garante a cobertura da demanda crescente dos fármacos de base (Profissional indígena) e é sintomático do racionamento ou má gestão dos recursos destinados à saúde indígena.

A proximidade e facilidade do acesso às farmácias do centro urbano facilita a compra e consumo dos fármacos, acrescentando os gastos das famílias dos usuário além daqueles para realizar mais rapidamente visitas clínicas ou exames simples fora da atenção básica como por exemplo visitas pediátricas ou a ultrassonografia pelas gestantes.

O fácil acesso ao fármaco tem também implicações com a tendência ao uso excessivo ou errado nas práticas de automedicação dos usuários: uma das farmácias locais do centro urbano é nota entre os usuários por realizar “pequenos curativos, medir a pressão e glicose e muitas vezes aplicar doses de fármacos” consideradas excessivas, causando efeitos curativos muito rápidos e portanto imediatamente satisfatórios do ponto de vista do *parente* doente ou conformes as contraindicações de sobre dosagem descritas pelas bulas que criam nos usuários “efeitos colaterais assustadores” (Profissional indígena). Também nos numerosos mercadinhos locais são vendidos remédios considerados básicos e muitas vezes participei à situações nas quais a pessoa no caixa realizou breves diagnósticos e orientou na escolha e compra de medicamentos básicos.

Nesse termos se a atenção à saúde pode ser enquadrada, conforme a definição de Dihel e Grassi (2010) como *assistencialismo hipermedicalizante*, a demanda e oferta elevada de medicamentos e a circulação nas comunidades de usuários exemplifica a intensidade da relação com os fármacos das comunidades locais, além daqueles introduzidos pelo Posto de Saúde

Nas áreas menos urbanas, como sinalizado o recurso ao “remédio do mato” é uma necessidade na falta total de acesso imediato a medicamentos básicos, todavia o acesso ao fármaco pode ser garantido por vias informais através do suporte da rede e canais dos *parentes*, não necessariamente passando por uma indicação médica. Nesses termos encontramos a mesma dinâmica social que permite a circulação, mesmo que reduzida de “remédios do mato”, oriunda do conhecimento dos Pataxó. Só em uma das “extensões” a comunidade aqui residente construiu um “postinho” onde ficam guardado vários

medicamentos aos quais tem acesso a AIS local e constantemente fornecidos pela Prefeitura do *outro* município, pois os confins da terra indígena “retomada” fica entre os confins dos dois municípios o que se torna uma oportunidade pelas lideranças locais de se referir e cobrar intervenções públicas e o suporte ao atendimento da EMSI de Coroa Vermelha às duas prefeituras territorialmente competentes.

6.2.2 As EMSIs: tensões, negociações, mediações com as comunidades de usuários

A heterogeneidade dos perfis, competências e experiências dos profissionais das EMSI reproduz uma configuração que contempla e reflete a variedade, diferença, mistura e hibridiz do contexto e população local.

Os médicos cubanos são recém chegados através do “Programa mais médicos” e a etnografia conseguiu seguir os meses iniciais da integração desses profissionais tanto nas equipes que na comunidade. O médico tem uma experiência de longo prazo na saúde comunitária e no contato com as comunidades indígenas da área, além de um curso de formação e especialização em saúde indígena para atuar no campo da saúde indígena brasileira. A outra nova médica cubana tinha acabado de chegar no Brasil e se inserir no orgânico das EMSI no começo do campo, portanto concentrei a atenção mais sobre o primeiro profissional.

As duas enfermeiras não indígenas tem experiências de algumas medias temporadas em aldeias mais afastadas, mas nunca permaneceram estavelmente por longas temporadas nessas comunidades do perfil considerado menos influenciado pela urbanização e modernização. A terceira enfermeira, indígena de Coroa Vermelha escolheu voltar à própria comunidade depois do percurso e “difícil” experiência de formação acadêmica na metrópole da capital, criticada por não ser *diferenciada* e interculturalmente sensível questão e perspectiva indígena na saúde.

De fato, nenhum dos profissionais não indígenas mora na área da comunidade/aldeia, considerada a proximidade e os confortos dos serviços que oferece à cidade de Porto Seguro (Profissional não indígena) e aqueles que moram no povoado de Coroa Vermelha de fato residem nas áreas “não comunitárias” ou *dos brancos*. Nesse sentido a integração, convivência e mergulho na vida da comunidade não faz parte da experiência do profissional não indígena que assim limita o contato com a comunidade e com o Pataxó prevalentemente aos momentos de trabalho.

De fato, nas EMSIs em geral temos uma parcela numerosa de profissionais com uma longa experiência nesses territórios indígenas porém não residem e convivem com as condições e estilo de vida das comunidades assistidas. Isso caracterizou no tempo as EMSIs locais pela fixação de alguns profissionais, médicos exclusivos, na separação entre tempo de trabalho na comunidade e tempo livre, familiar e social *fora* e distante da vida nas aldeias.

O espírito vocacional de muitos profissionais não indígenas menos qualificados (técnicos e assistentes), compartilhado por muitos profissionais indígenas é em muitos casos associado a uma visão religiosa de “se doar para o próximo” associado à longas experiências de contribuição ao bem estar das comunidades através de organizações religiosas ativas na promoção de projetos sociais e de saúde pela comunidade.

As trajetórias e experiências dos profissionais não indígenas das EMSIs são prevalentemente centradas na saúde não indígena pois vários prestam serviços de plantão nos hospitais dos centros urbanos de forma complementar o trabalho na atenção básica indígena cotidiano, assim como no caso de alguns profissionais indígenas.

E’ interessante lembrar para enfatizar os percursos híbridos que oferece a atenção básica local, a presença no território urbano de um Posto de Saúde *não indígena* no qual trabalham indígenas da comunidade como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o que exemplifica também a hibridiz da população de usuários, do perfil dos profissionais e das equipes da atenção básica atuantes no centro habitacional de Coroa Vermelha, *diferenciada* ou não.

A questão da capacidade e poder das lideranças locais de influenciar o processo de trabalho do Posto como substituir ou demitir o profissional da saúde, é uma questão que surge nas narrativas de todos os profissionais, particularmente naquelas dos profissionais não indígenas por se sentir “ameaçados”, “chantageados” incluindo os usuários que pertencem às famílias de influência das lideranças. Por exemplo, o médico do programa “Mais Médicos” ao começo do campo de pesquisa foi substituído e transferido em outra EMSI, competente pelo cuidado de comunidades muito distantes de Coroa Vermelha assim como da áreas urbanas da “Costa do Descobrimento”.

Na maioria dos casos dos indígenas locais, o acesso à profissão é “por indicação da liderança”, como ressaltam alguns usuários e *parentes* mais críticos com as questões de poder, aliança e conflito entre famílias de *parentes*, concordando com os profissionais não indígenas que o processo de *indigenização* do *Posto* cria uma polarização e atrito contraproducentes entre o número crescente de profissionais indígenas e os profissionais

não indígenas, principalmente entre os Ais e técnicos/auxiliares de enfermagem pois como assinalado a maioria dos AIS estão concluindo um percurso de formação para se habilitar trabalhar com essa função. Além disso, os técnicos indígenas ocupam funções e posições consideradas “privilegiadas” como a implementação do SIASI e a gestão da farmácia do Posto de Saúde, deixando a profissionais não indígenas o acompanhamento do atendimento médico e enfermeiro rotineiro.

Em ambos os perfis étnicos dos profissionais a única formação permanente recebida é de tipo biomédico e no caso dos AIS não existe uma formação inicial. O AIS, como evidenciado no precedente capítulo não é uma categoria reconhecida, mesmo assim no grupo numeroso dos agentes comunitários se evidenciam longas experiências no campo da saúde indígena e a carga motivacional nos cuidados à própria comunidade de *parentes* que os diferencia dos profissionais não indígenas. As observações sobre a categoria do AIS e da sua subordinação na hierarquia da EMSI encontra o respaldo dos estudos citados de Follman (2011) na Terra Indígena Xapecó que como elucidado na introdução, resulta o único trabalho que contempla e descreve os profissionais indígenas técnicos ou auxiliares das EMSI.

Como vou ressaltar, porém nesse contexto tem que considerar dois outros fatores específicos que interferem nas relações étnicas das equipes como atrito ou conflito. Por um lado o que define os critérios de nomina dos AIS, ou seja a influência das lideranças na escolha e nomina do profissional da EMSI que pode depender dos atritos intraétnicos entre as famílias da comunidade de *parentes* e, por outro lado a indigenização do *Posto* como objetivo estratégico das lideranças.

Alguns especialistas tradicionais e anciões mesmo valorizando o perfil de *parente* do profissional indígena, entre os quais tem vários membros das famílias de lideranças originárias, acham que os profissionais indígenas não tenham um conhecimento aprofundado do saber Pataxó em saúde e portanto não conseguiriam se tornar promotores do conhecimento Pataxó considerado tradicional nas próprias práticas cotidianas. A fluidez da etnicidade Pataxó das gerações dos jovens profissionais indígenas em relação aos conhecimentos mais tradicionais da geração dos anciões de fato é reflexo dos intensos, variados e rápidos processos de hibridez cotidianos e estruturais que conformam a multietnicidade no centro urbano, aos quais é exposta intensamente a juventude Pataxó de hoje.

Na formação e competências dos AIS, além da formação em técnico de enfermagem em curso, se destaca para todos a massoterapia e algumas técnicas

integrativas e complementares que de forma ocasional são ofertadas às comunidades de usuários pela atenção básica, à partir de um projeto em articulação com a universidade.

A interface entre universidade, profissionais do apoio matricial e profissionais da atenção básica está atualmente realizando uma ação de incentivo as práticas complementares orientadas à saúde mental através da terapia comunitária a partir da visão indígena local que agrega diferentes conhecimentos ligados às técnicas da mensagem (práticas chamadas de “saúde no toque”), uso de ervas do conhecimento Pataxó e conhecimentos científicos da medicina *do branco* e a integração de *outros* conhecimentos em saúde, além do indígena e do *branco*;

Mesmo tratando-se de um início, a participação aos encontros terapêuticos comunitários realizados nas terras “retomadas”, onde se concentram a maior precariedade em termos de condições básicas de acesso aos serviços públicos, evidenciaram o sucesso da iniciativa e a satisfação de usuários participantes, trabalhadores e responsáveis de família, emocionados e até comovidos porque “que nunca foi cuidado por ninguém...eu que cuidei sempre dos outros! ...” (Usuária). Esse tipo de projeto, de cunho intercultural tenta responder e se aproximar a demanda reprimida de atenção à saúde mental, pois a falta de um diagnóstico é uma questão problematizada tanto pelos profissionais que por algumas lideranças e professores indígenas.

A isso soma-se a sensação compartilhada entre os usuários e profissionais da ineficácia dos percursos terapêuticos entre CAPS e Posto de Saúde, caracterizados por intervenções emergenciais, “sedativas e fortemente farmacológicas e muitas vezes interrompidas pelos usuários” (Profissional Indígena). Ao longo da experiência etnográfica tive a oportunidade de acompanhar indiretamente a evolução positiva de ações articuladas (ou de rede) entre alguns profissionais do CAPS e as ações de massoterapia e terapia comunitária e uma mudança na abordagem do centro de apoio orientada mais a escuta qualificada e terapias menos dependentes do tratamento farmacológico.

Mesmo na falta de um diagnóstico que consiga delinear as dimensões do sofrimento, as situações e fatores que ameaçam a saúde mental da comunidade são reconhecidos pelos profissionais das EMSI como múltiplos e geralmente relacionadas à uso de droga ou álcool e à fragilidade econômica familiar, como evidenciam os indicadores de violência contra a mulher da área que alarmam os serviços sociais.

As narrativas dos profissionais indígenas, integradas pela observação das interações com os usuários ao longo da experiência de campo oferecem uma ampla gama de exemplos de situações de fragilidade psicossocial e variedade das causas que concorrem ao crescimento da demanda da atenção à saúde psicossocial local. A descrição, ao nível agregado de comunidade dos fatores de morbimortalidade descritos no parágrafo sobre a etnogênese em Coroa Vermelha se refletem no cotidiano do sofrimento dos membros de famílias e se manifestas com simples sintomas que raramente chegam ser considerados ou expressados no Posto de Saúde: dores crônicas de cabeça, sensações de solidão e situações de abandono, tristeza, raiva que dá tontice, preocupações que não fazem dormir, medos ao andar pela rua são todas formas de inseguranças ligadas à falta de perspectivas de vida e vivencia em ambiente saudável.

O sofrimento das famílias é uma dimensão que vem da vivencia do cotidiano da comunidade definida por diferentes precariedades e fragilidades afetivas, identitárias, culturais, relacionais, familiares, sociais, econômicas, o que justifica a necessidade de sustentar os projetos pioneiros de atenção básica à saúde mental local, ideados e realizados através metodologias e práticas de cuidar que se demonstram interculturalmente ambivalentes, pois construídos através de metodologias interculturais a partir do protagonismo Pataxó em todas as fases.

A prioridade da construção de um diagnóstico participado e portanto intercultural do estado da saúde mental das comunidades é uma prioridade da saúde indígena local que necessita de uma resposta, comunitária e institucional do Estado.²² Os professores das escolas indígenas tentam monitorar situações familiares mais complicadas e oferecer uma primeira ação de suporte à estudantes e famílias e alguns casos de automutilação de jovens Pataxó acenderam a preocupação e intervenções emergenciais porém a falta de um estável serviço de consultoria psicológica e apoio local segue sendo considerado uma falha tanto do sistema público de saúde que educacional até hoje (Professor indígena). Em geral a figura do professor, especialmente nos cursos de segundo grau consegue assumir a função de escuta pelos alunos e é uma importante referência dentro e fora o âmbito escolar, especialmente quando é um *parente* da comunidade (professor indígena).

²² A nível de pesquisa acadêmica, atualmente é em fase de conclusão uma pioneira pesquisa qualitativa focada na leitura da demanda da saúde mental no território da Aldeia Coroa Vermelha, conduzida por uma colega de curso de doutorado em Saúde Pública do grupo de pesquisa NISAM do ISC/UFBA que opera nessa terra indígena há vários anos, promovendo atenção e formação em saúde mental. O grupo é coordenado pela Prof.a Dr.a Monica Oliveira Nunes de Torrenté, co-orientadora da presente tese.

Retomando o foco sobre o funcionamento do serviço de saúde, a presença dos profissionais indígenas é um outro elemento de especificidade e diferenciação de outras EMSI do polo-base. Além dos 15 AIS, tem 3 técnicos de enfermagem, 1 assistente de saúde bucal e 1 enfermeira que são indígenas.

A atmosfera das relações interpessoais e de equipe entre os profissionais do Posto são variáveis, mas no período da etnografia a percepção de tensões e polarizações étnicas foram expressas por atritos que se tornaram argumentos centrais nas narrativas dos participantes. O processo de *indigenização* do posto, ou seja de aumento da presença de indígenas entre os profissionais é lida pelas lideranças como uma estratégia de autogestão e autodeterminação ou empoderamento dos Pataxó e portanto, não como uma estratégia de inserção de representantes do conhecimento em cuidado indígena na saúde pública indígena.

A indigenização envolve também as escolas indígenas, o outro serviço público diferenciado e intercultural público ofertado à comunidade onde a troca de professores não indígenas por professores indígenas está sendo completada em ambos os institutos públicos diferenciados e interculturais (primeiro e segundo grau). Porém, no âmbito escolar local o professor indígena é considerado “cuidador exclusivo da educação indígena aos indígenas” (Professor escola) e a sua formação segue um padrão de construção da interculturalidade centrada na valorização da visão étnica de educação Pataxó, concordando com a representação do professor indígena que assume o papel de “guardião da herança cultural” (MAHER TM, 2006, p.11). Já no campo da saúde indígena, o *parente* profissional da saúde indígena não atinge as posições superiores nas hierarquias das equipes como evidenciado por um conselheiro local e a sua formação não é intercultural pois exclusivamente técnica e biomédica (Profissional indígena).

O controle e poder das lideranças de influenciar a composição das EMSI é lido pelos profissionais de forma ambivalente: por um lado a “fiscalização” e controle pressionam os profissionais à “respeitar os horários de trabalho”, manter um compromisso com as próprias responsabilidades “adequado” para responder à demanda de atendimento (Liderança). Por outro lado essa “pressão” recai especificadamente sobre os profissionais não indígenas, representados como “coagidos e perseguidos” por alguns colegas indígenas: “Eu aqui não me sinto segura...as vezes me sinto como no Big Brother... parece que vigiam, mas não para olhar assim...eles vão no defeito...ninguém faz um elogio...” (profissional não indígena).

Episódios de demissão de profissionais indígenas por vontade de algumas lideranças locais como já citado exemplificam o poder absoluto sobre os serviços no próprio território comunitário e eficácia do poder de algumas famílias, pois as vezes as demissões de um profissional nasceram por um desencontro entre um usuário de uma família “poderosa” e próxima ao cacique e o profissional do *Posto* (Usuária indígena), remarcando a prática de escolha e demissão do profissional em relação à critérios subjetivos, situacionais, não compartilhados ou avaliados junto à comunidade dos usuários, como evidenciado pela usuária supracitada.

Nas narrativas dos usuários o profissional branco é reconhecido como “mais dedicado ao trabalho” em relação à vários profissionais indígenas que tiveram acesso à profissão porque indicados por lideranças locais, portanto “mais relaxados e com menor compromisso no trabalho” (Usuário). Alguns profissionais brancos, ao contrário, consideram a falta de experiência, formação e a genérica atitude à menor intensidade nos ritmos de trabalho como sinais da uma “menor garantia de eficiência do atendimento” (biomédico) na hipótese de completa indigenização das EMSI, o que evidencia uma visão que inferioriza os colegas indígenas.

Por uma liderança jovem a colocação dos profissionais *brancos* nas aldeias não produz os esperados encontros de tipo intercultural:

“Eles são colocados nas aldeias...as vezes ele tem experiência com o índio...não tem tempo para que esse profissional conheça aquele espaço, para que ele entenda... ele não vem com um projeto de trabalho...é como se ele vem supercapacitado para estar em qualquer lugar, ele não se adapta ao ambiente é o ambiente que se adapta a ele”, (Liderança jovem).

A criação do vínculo com o usuário parece um objetivo portanto difícil a ser alcançado pelos profissionais da saúde local: “eles saem rápido para prestar o serviço e fazem o atendimento e voltam, mas não tem um espaço ou momento de encontro. E mais! ... o que tem a comunidade que oferecer a equipe de saúde?” (Liderança jovem).

Essa argumentação é útil para considerar os múltiplos pontos de vista e concepções dos empecilhos, incompreensões e desentendimentos que levam a rupturas, distancias relacionais e culturais entre o profissional da saúde indígena e as comunidades indígenas. Na visão das equipes do posto por exemplo, as lideranças não conhecem as problemáticas da condições do trabalho cotidiano que interferem e limitam o atendimento “básico”, pois são raras as reuniões ou encontros realizados as quais participam as lideranças afim de compartilhar e analisar os problemas das condições de trabalho e da qualidade do atendimento.

Pelos profissionais, o usuário também desconsidera e desconhece as barreiras à qualidade do atendimento impostos pela rigidez dos protocolos e por problemas de gestão pelo fornecimento intermitente e insuficiente dos materiais técnicos de base para garantir o atendimento, a indisponibilidade de carros, as falhas do sistema de marcação de exames e visitas.

Os conselheiros de saúde locais, por outro lado, são geralmente lideranças que também tem uma relação de dependência do poder dos caciques e portanto resultam pouco consultadas ou consideradas por questões de saúde. Como evidenciado, as estratégias dos caciques com maior poder local como no caso das duas lideranças da aldeia urbana de Coroa Vermelha, procuram a cobrança, dialogo e articulação diretamente aos níveis de gestão institucional federal e estadual pela resolução dos problemas da saúde indígena da própria comunidade e do Povo Pataxó vindo centralizar assim a função do controle social indígena local pelas questões maiores, deixando em segundo plano as questões problemáticas que surgem no cotidiano dos serviços. De fato, a estratégia de nomear os representantes indígenas do controle social na base das relações de parentado e alianças entre grupos de famílias (segundo um modelo de gestão das instituições comunitárias na lógica de *spoil-system*), cria uma concentração de poder e controle na figura dos caciques líderes de Coroa Vermelha em um modelo de gestão híbrida e *bicéfala* do poder comunitário, emblemática expressão da divisão e dinâmica de polarização em grupos de famílias pelo acesso ao poder local.

A organização do trabalho do Posto de Saúde evidencia a necessidade de uma coordenação das três equipes e maior planejamento compartilhado, escassamente realizado pela falta de tempo e reduzido à esporádicas reuniões raramente participadas por todos os profissionais do Posto, assim que “a criação de vínculo entre os profissionais é difícil de se criar” (Profissional indígena), além daquele com os usuários.

De fato, até chegar o novo medico, as reuniões de cada EMSI eram realizadas entre as enfermeiras, no papel de coordenadoras de equipe e os AIS relativos as próprias áreas de atendimento sem a presença do médico e dentista e, raramente de técnicos ou auxiliares inclusive, vindo assim priorizar a continuidade do atendimento ao planejamento, articulação e discussão participada sobre a gestão do articulada do atendimento das 3 EMSIs. Mesmo assim, ao longo da observação participada foi possível registrar uma crescente atenção pela organização do atendimento programado a fim de criar momentos de auto formação dos médicos e reuniões das EMSI mais participadas.

A rotina do atendimento à população é determinada pelos padrões e metas quantitativas dos *programas* ministeriais do SUS universal (es. Saúde da mulher, da criança...). Mais uma vez, remarco que a “produção” e os seus indicadores definidos pela coordenação local do Polo-Base a partir de indicações ministeriais referidas à atenção básica não *diferenciada* para monitorar as características do atendimento não é um sistema construído e controlado em termos interculturais pelas comunidades Pataxó, pois define a qualidade do cuidado ofertado pelos serviços em termos exclusivamente quantitativos, biomédicos e não pactuados com as comunidades.

Isso exclui por exemplo a possibilidade de registrar e até monitorar ou avaliar a efetividade das atividades de terapia comunitária e massoterapia integradas na oferta da atenção básica indígena local, assim como as ações de planificação e realização participada dos diagnósticos situacionais da saúde das comunidades propostos pelo recém chegado médico que vou descrever em seguida.

Do ponto de vista crítico, as lideranças mais próximas aos serviços indicam a aparente contradição entre a visão da política de Saúde da Família e as práticas de cuidado realizadas diferenciadamente por categorias de sujeitos familiares que não necessariamente encontram uma correspondência com as categorias de família, familiares e *parentes* na visão êmica:

“Essa é a primeira crítica que tenho ao PSF que considera mulher, criança, adulto, jovem...todos! ...mas cada um separado. Não existe uma política que considere a família como um todo, todos juntos, a única política que tem nesse sentido é o AIS fazer visitas as famílias”, (Liderança Jovem).

A importância de priorizar a prevenção à saúde como estratégia da atenção básica é um ponto de encontro de diferentes atores locais como caciques das aldeias, professores das escolas indígenas e alguns profissionais das EMSI, indígena ou não.

A esse respeito, os profissionais não indígenas enfatizam a impossibilidade de realizar ações de prevenção e promoção da saúde a causa do volume e pressão da demanda espontânea da população de usuários motivada pelo aumento do atendimento de usuários medicalizados: “dependentes do posto, que voltam várias vezes. Às vezes até três vezes por semana...são sempre os mesmos e são aqueles que mais reclamam dos serviços” (Profissional não indígena) , considerado como pouco receptivo e escassamente interessado a práticas de cuidado e terapias de cura alternativas ao tratamento farmacológico, assim que:

“A população pensa no Posto como um lugar onde pegar os medicamentos, não como um lugar onde são realizadas intervenções pela saúde. E tem usuários que se chateiam se o médico faz um diagnóstico, pergunta sobre hábitos alimentares e fornece dicas preventivas sem prescrever remédios”, (Profissional indígena).

Lideranças que expressam um perfil intercultural preconizam a necessidade de fazer encontrar concepções diferentes de saúde antes de definir ou formular práticas de prevenção de forma dialogada e participada, para evitar que mais uma vez sejam operacionalizadas prevalecendo o saber e a perspectiva sobre o cuidado não Pataxó, biomédico:

“Mais ali vem a questão de como foi feita a formação desse agente, como foi discutido a inter-relação entre a saúde indígena e a saúde do SUS? como é que se dá essa promoção da saúde? se a gente não tem um norte, não vamos sentir para discutir esses métodos, nos deixamos isso muito solto, então o agente que é indígena vai falar sobre a espiritualidade dos indígenas ou vou repassar aquele outro remédio que o médico indicou? e ali a gente ouve que o médico repassou aquele remédio, aquele acalmante relativamente forte mais não resolveu o problema, para a gente procurar a ferida da alma... porque como disse corpo e alma são duas partes que se complementam e fazem parte de uma coisa só. Enquanto não houver esse entendimento na saúde indígena, o risco é da gente fazer uma promoção da saúde que com certeza vai dar errado”, (liderança indígena).

O fenômeno do “retorno ao Posto de Saúde” do usuário associado ao perfil *biomedicalizado* deveria ser mais aprofundado, pois a partir das minhas observações e alguns contatos informais interceptei situações de usuários de fragilidade psicológica, expressivas da procura de uma escuta atenciosa além das motivações explicitadas “de vir ao posto para pegar o fármaco” (Usuária). A sensação de não resolutividade do processo da marcação de exames clínicos de especialistas ou intervenções mais complexas também é uma das causas do retorno contínuo ao posto de usuários que vivem a crescente “tristeza” e “ânsia”, transtornos ligados à resignação de não encontrar uma resposta definitiva que ajude entender e resolver o próprio mal-estar (Usuária).

A falta de um planejamento estratégico, devido também ao contínuo *turn over* dos profissionais e complexidade do modelo de serviços do Posto de saúde local, é consequência também dos atritos interétnicos das equipes e também não favorece a realização de ações de educação e promoção que envolvem toda a equipe de forma planejada e participada.

A inserção do novo médico cubano introduziu uma visão orientada a operacionalização de ações de natureza preventiva, começando com um diagnóstico

situacional das condições de saúde das comunidades, realizado graças à participação dos AIS, usuários e lideranças de todas as comunidades atendidas.

Esso projeto favoreceu a participação do médico nas reuniões das equipes, a maior coesão interna entre os profissionais e participação ativa ao processo de construção dos dados (Medico), realizado pelos AIS junto às comunidades. A conclusiva apresentação às lideranças dos resultados favoreceu uma visão compartilhada das prioridades em termos de algumas determinantes da saúde local até agora pouco monitoradas e hoje consideradas e reconhecidas como “fatores de risco da saúde das comunidades” (Médico).

Além disso, a observação das relações de cuidado desse profissional não indígena nas visitas ambulatoriais e domiciliares evidenciou o uso de indicações terapêuticas fitoterápicas integradas à orientações e prescrições farmacológicas, resultando uma abordagem terapêutica que pode se aproximar às práticas de auto atenção dos usuários, especificadamente nas áreas rurais onde práticas de fitoterapia Pataxó assumem uma função e valor de práticas alternativas e substitutivas mais que complementar ao uso de fármacos ou a referência espontânea aos serviços de saúde de base.

Além disso, o médico promoveu uma série de encontros e visitas ao posto de saúde de estudantes universitários locais a partir de uma proposta de colaboração entre universidade e serviços da atenção básica que parece promissora de uma redução das distancias entre formação, pesquisa e serviços de saúde nas comunidades indígenas.

Todavia, a aproximação e leitura das necessidades da saúde indígena local do profissional se alinha à dominante análise dos processos de adoecimento dos profissionais não indígenas da EMSI, focada nas determinantes sociais e econômicas e menos naquelas culturais que envolvem a relação entre conhecimentos em saúde. Os diagnósticos realizados, mesmo que participados pela população local se concentram nas causas mais evidentes e imediatas dos fatores de risco de adoecimento a partir de uma perspectiva não indígena, portanto escassamente intercultural.

A falta de percursos de acolhimento nas comunidades de novos profissionais não indígenas para promover o primeiro contato com a realidade da aldeia, a partir do conhecimento dos atores (*stakeholders*) e das dinâmicas, organização e regras socioculturais e políticas comunitárias é um limite a priori do inserção e integração do profissional não indígena no contexto local indígena, assim como evidenciado por uma jovem liderança envolvida na gestão dos serviços de Saúde Indígena aos Pataxó.

Alguns profissionais não indígenas da saúde local, assim como responsáveis e profissionais de serviços públicos municipais (saúde mental, educação, serviços sociais) não indígenas, consideram o usuário do serviço à partir da ênfase sobre os processos de miscigenação, “mistura” e branqueamento das características indentitárias “originárias” das comunidades locais dos “índios do Descobrimento”. Dessa forma, o “índio de verdade”, uma categoria especular e próxima à categoria de “índio legítimo” que porém se encontra representada nos discursos dos usuários e representantes de todas as comunidades atendidas . Algumas visões mais etnocêntricas, tendem a relativizar até desconsiderar totalmente a relevância da etnicidade do usuário indígena na caracterização dos serviços públicos realizados no povoado de Coroa Vermelha, minimizando os aspectos culturais implicados às comunidades indígenas, (des)qualificadas pelas características e necessidades da demanda de qualquer “bairro popular” ...são como nós...” (Profissional da Prefeitura). Isso leva a uniformar a população urbanizada das aldeias maiores em um *melting-pot* indiferenciado que na minha leitura, por consequência não justifica intervenções públicas *diferenciadas* aos indígenas. Essa atitude é bem descrita por Dihel e Pellegrini (2014, Op. cit.) quando afirmam:

“Outro aspecto que diferencia as realidades Norte/Centro-oeste (Amazônia Legal) das demais regiões do país é o engajamento e entendimento dos profissionais quanto à atuação em contexto interétnico. Enquanto aqueles que se inserem em equipes para trabalhar no Norte/Centro-oeste passam por experiências radicais de alteridade, que os transformam e possibilitam questionar e transformar suas práticas (claro que há profissionais que não se transformam), os que vão para os povos de convívio cotidiano com a sociedade envolvente mantêm, de modo geral, o olhar e as práticas centradas na biomedicina, já que para eles o contexto é indiferenciado dessa sociedade, ou seja, os indígenas, ao não possuírem os sinais que caracterizam uma “indianidade” (língua, adornos corporais, rituais de cura etc.), não necessitam de cuidados ou ações culturalmente adequada” (DIEHL EE, PELLEGRINI MA, 2014, p. 870).

A variável da etnicidade porém, nas narrativas dos mesmos participantes é utilizada para explicar fenômenos sociais como a violência familiar, perigosamente associada à visões essencializantes quando definida pela “natureza de guerreiros...não sei bem...pode ser isso também...” (Profissional da Prefeitura). Essa visão que tende anular e desperceber as especificidades culturais e não considerar a perspectiva e sentidos ênicos das necessidades indígenas é evidente e se encontra também nas concepções de alguns profissionais das EMSIs:

“Aqui não existe isso, a maioria tem avó indígena...ao final todos somos descendentes deles... (ironiza, *ndr*) ...eu também tenho um avó indígena”, (Profissional não indígena).

Também entre os profissionais não indígenas, especificadamente aqueles com maior experiência na prática e formação na atenção básica da Saúde Indígena, a população de usuários de Coroa Vermelha vem a ser representada em termos indiferenciados, priorizando a leitura dos processos de adoecimento exclusivamente em termos de “fragilidade socioeconômica das famílias carentes de Coroa” (Profissional não indígena). A diferenciação, por esses profissionais é lida como “benefício ao índio” por “vantagens” que na atenção básica *não diferenciada* não são previstos e que produzem oportunidades pelas lideranças de aproveitar do poder de interferir na gestão desses benefícios, gerando “lites entre eles”, (Profissional não indígena).

Quando a temática da cultura é in(tro)duzida pelas minhas perguntas orientadas à interculturalidade do cuidado, as narrativas que mais representam uma postura etnocêntrica descrevem os fatores da vulnerabilização cultural do saber Pataxó em saúde e/ou a biomedicalização do usuário não como processos de hegemonia cultural da medicina não indígena e mais como consequências de uma fraqueza intrínseca do índio *parente* que leva-o à virar dependente do *Posto*-distribuidor de medicamentos, a maioria mais visível, aquela multidão indiferenciada que cotidianamente se apresenta só para pedir fármacos.

Já na leitura de alguns anciões, a suposta fragilidade é representada como uma tendência do *parente* de ser facilmente condicionável e subalterno na relação e contato com o *branco*, ressaltando a visão da corrupção e contaminação do espírito comunitário do Pataxó e ao mesmo tempo do poder da hegemonia do não indígena: “O índio não tem maldade e o não índio sabem bem disso e se aproveitam. Quem tem mente fraca, o índio o acompanha, adulto o criança que seja...tanto que tenha uma boa ideia ou não”, (Usuária Anciã).

Alguns usuários percebem esses diferentes tipos de posicionamentos sobre a etnicidade Pataxó nos momentos de relação de cuidado com o profissional não indígena “que não gostam de índio (...) acham que o índio quer se aproveitar” (Usuário), evidenciando distâncias das visões especulares e etnicamente polarizadas entre essas duas tipologias de atores do cuidado que levam à distanciamentos e separações.

Os profissionais indígenas, fornecem uma descrição diferente da complexidade e perfil multicultural da população de usuários, incluindo a tipologia o usuário das áreas mais afastadas de tipo rural como descrito. A ênfase no perfil do usuário indígena Pataxó é reconhecido como oposto e não confundível com o usuário que “vira indígena”, categorias escassamente reconhecidas pelos profissionais não indígenas.

Geralmente não vem a ser mencionada nas narrativas dos participantes indígenas a categoria do “índio misturado”, ou seja em união familiar com um/a não índio/a. Isso pode ser justificado pelo fato das famílias tradicionais locais ter vários casos de filhos que moram fora da aldeia ou dentro da aldeia em famílias que vem de uma união mista. Além do fato que é pouco considerada a mistura dos anciões de hoje, a geração da diáspora Pataxó depois do “fogo do ‘51”.

Re-conhecer o *parente* entre os usuários e conhecer como se relacionar com o usuário *parente* ou “saber lidar com o usuário indígena” (profissional indígena), permite ao profissional indígena uma relação diferenciada que consegue se calibrar conforme as diferentes tipologias de usuários e *parentes*, na base das categorizações socioculturais locais êmicas que fazem parte da própria educação comunitária e, ao mesmo tempo, do conhecimento da situação e do histórico de saúde familiar do usuário. A inter-relação geralmente usa uma comunicação que por um lado respeita os cânones comunitários da relação entre *parentes*, finalizada a evitar desentendimentos e garantir atenção e dedicação total à necessidade do *parente*.

Por outro lado, a relação de cuidado reconhecida e definida por ambas as partes, pelo profissional e usuário como interação entre *parentes*, pode permitir que a troca de informações e direcionamentos seja mais rápida e portanto mais funcional em situações de superlotação no atendimento. Como pontuado por um profissional indígena, a comunicação interétnica de uma certa forma transcende as expressões verbais nas palavras utilizadas do *parente*, pois o entendimento do modo de comunicar se baseia sobre um conjunto de informações implícitas e explícitas, verbalizadas ou repassadas não verbalmente: “você consegue entender o que o parente precisa, sem que ele fale muito assim” (Profissional indígena).

A competência e sensibilidade *intercultural* do profissional de saúde, como no contexto da EMSI de Barra Velha, se define conforme a noção proposta pelos autor Bennet quando define a “sensibilidade cultural” como “pré-condição” para agir interculturalmente em contextos interculturais: “(...) referida a percepção complexa da diferença cultural e “competência” se refere a atuação das atitudes culturalmente sensíveis

através de comportamentos apropriados e eficazes em um outro contexto cultural (BENNET, 2015, Op. Cit., p. 86, 108, tradução própria, *ndr*)”

De fato, nas frequentes situações de superlotação do posto, o primeiro contato com o usuário se reduz à um tempo breve e informações rápidas pois a comunicação é continuamente interrompida pelas numerosas demandas que chegam aos profissionais de outros usuários ou colegas. Isso as vezes pode levar à percepção pelo usuário indígena de um acolhimento *diferenciado* do profissional não indígena porque “apressado” que resulta “pouco atencioso”. Em caso de usuários *parentes* com maiores resistências à procurar o posto de saúde “muitas não voltam mais ao posto e correm o risco de ser usuários perdidos...para sempre” (Profissional Indígena).

Assim, os processos de aproximação ao usuário e ruptura das distâncias com o profissional podem ser garantidos pela cuidadosa sensibilidade à comunicação:

“Outro tipo de significativa barreira que eu percebo é a relação de empatia com o profissional: tem mulheres que não fazem porque não foi com a cara da enfermeira. Tem algumas índias bem *torronas*, sabe...muito desconfiadas, com as quais tem que ter muita paciência, tem que cuidar da relação com elas”, (Profissional indígena).

A sensibilidade do usuário indígena considerado pela maior “desconfiança”, geralmente identificado pelos profissionais indígenas no ancião, implica em um atenção específica pela comunicação e relação, especialmente no primeiro contato no qual o profissional “enquanto parente é chamado” a demonstrar a assunção de responsabilidade da dor do parente e confirmar a confiança que o parente usuário repõe nele em quanto *parente*. A relação interétnica, em um ambiente comunitário e da saúde misturado favorece portanto a explicitação e declaração da própria dor, uma esfera da própria intimidade. Essa compreensão é apresentada por alguns profissionais não indígenas com uma longa experiência que se aproxima a visão do profissional indígena, na base da qual a desconfiança é interpretada como uma dificuldade específica do “índio” a não manifestar e compartilhar a própria dor ou problema de saúde “que fica guardado em uma dimensão íntima pessoal” (Profissional indígena) e portanto dificilmente pode ser compartilhada ou analisado por uma pessoa que não pertence à esfera das relações íntimas, familiares.

Todavia, as resistências em tratar de argumentos considerados aferentes à esfera da intimidade e sexualidade pessoal, incluindo sentimentos, preocupações ou questões relacionadas à esfera das relações familiares tais como a saúde reprodutiva ou o acesso e

controle sobre o próprio corpo pelos mais jovens impõem a superação dos limites e barreiras que inevitavelmente impõe e cria a relação entre *parentes* entendidos como familiares e consanguíneos (Profissional não indígena). Isso pode motivar à escolha e comunicação preferencial com profissionais *brancos* por esse tipo de questões pessoais de saúde ou, as vezes a impossibilidade de sondar esse tipo de dimensões tanto pelo profissional branco que pelo indígena (Profissional indígena), entendendo que o usuário procura outros caminhos na autoatenção Pataxó ou nos riscos da automedicação.

O profissional indígena enfatiza a importância de considerar a concepção do usuário sobre o próprio corpo e a quebra do próprio espaço de intimidade:

“Eu vejo a mulher indígena como mais vergonhosa, então é uma atitude que poderia melhorar. Tem o medo de mostrar o corpo por um lado e o medo da dor, de ser machucada de alguns exames intrusivos (...) O contato físico para os mais anciãos não é uma prática consuetudinária... se você for ver não tem isso de se beijar, quando se despede ou chega, eles ficam durinhos se você se aproxima muito e quer um contato”, (Profissional indígena).

Na leitura do profissional indígena, a questão considerada problemática do ponto de vista das EMSIs e saúde pública local de incidência relevante de gravidez precoce tem uma continuidade com as regras comunitárias das relações conjugais Pataxó. Por exemplo na época da juventude dos atuais anciões, a união de uma mulher jovem com um homem “bem mais velho” era uma prática aceita (Usuária anciã).

Nos dias atuais, o que mudou do ponto de vistaêmico é “a maior liberdade com o próprio corpo das jovens mulheres indígenas” que, diferentemente das gerações precedentes é “menos controlado pela família” e as instituições comunitárias (Profissional indígena), o que justifica a mudança do sentido das relações de afetividade e sexuais desvinculadas ou emancipadas da instituição familiar: “a relação moderna entre os jovens de hoje vira prática comum fora do casamento” (Liderança indígena). Isso não implica porém em um processo de autonomização maior dos jovens da família de origem, pois as condições de vida raramente permitem a criação de um novo núcleo independente (econômico e habitacional) no contexto socioeconômico da aldeia urbana. Quando isso se concretiza, é frequente que o novo núcleo enfrente situações de fragilização pela falta de uma renda ou uma habitação apropriada e dificuldades econômicas que podem criar situações de indigência ou marginalidade social que se associam a numerosos casos de violência devida à alcoolismo ou envolvimento com o “tráfico” que resultam as principais causas das altas taxas de morbimortalidade juvenil (Profissional não indígena). Os frequentes abandonos de mulher e filhos enfim representam as rupturas dos vínculos

conjugais de novas famílias de jovens que produzem estados de “solidão”, “abandono”, “insegurança” ou desproteção que se refletem as vezes nas “preocupações dos pais” e a necessidade de “voltar à casa de pai e mãe pela...mamãe adolescente” (Profissional indígena).

Em alguns casos, a falta de condições para ter e manter um filho induz as jovens Pataxó à não revelar a própria gravidez, pois “as vezes as mudanças na idade da adolescência podem permitir de não perceber as mudanças ligadas à gestação à família e aos profissionais também” (Profissional indígena), aumentando assim a possibilidade dos riscos associados experiência prematura da gravidez: “Outro elemento de tipo cultural que eu vejo que impacta é a tendência nos jovens indígenas à esconder a gravidez, assim que resulta impossível conseguir realizar o pré natal nos tempos certos”, (Profissional indígena).

Em relação à atenção culturalmente diferenciada ou intercultural no entendimento proposto pela autora Walsh C. que se expressou nas práticas de cuidado dos profissionais com o usuário, o profissional indígena e as lideranças com mais aproximação à atenção básica local consideram que as sensibilidades necessárias para atender o usuário *parente* Pataxó não sejam necessárias exclusivamente pela tipologia do “usuário resistente” geralmente identificada pelo profissional não indígena em referência as comunidades mais afastadas e rurais, pois como dito a tendência do profissional não indígena é não perceber e reconhecer essa categoria de usuário *parente* Pataxó no meio da variado perfil étnico e da etnicidade da população de usuários da aldeia urbana. Por outro lado, isso se relaciona e reflete ao que as autoras Teixeira e Garnelo (2014) apontam em relação a percepção da figura e competências despercebidas do profissional indígena:

“A falta de um conhecimento mínimo, por parte dos profissionais não indígenas, da teia de relações etnopolíticas que sustenta a atuação dos AISs, nas comunidades e no seu grupo de parentesco surge como outro ponto de fragilidade na efetivação de um modelo culturalmente adaptado de atenção à saúde.” (TEIXEIRA, C. C., & GARNELO, L., pag. 19

Para o profissional não indígena, a diferenciação da relação de cuidado geralmente é representada como uma relação interétnica frágil que pressupõe uma atenção maior ao respeito pelo usuário, viabilizado pelo contato humanizado e uma escuta maior. De fato pude observar que todas as visitas domiciliares de médicos e enfermeiras são realizadas em uma atmosfera de cortesia e recíproco respeito e o “tempo da visita” é considerado pelos usuários maior em relação à precedentes experiências com outros médicos. No

específico, a escuta qualificada inicial sobre a percepção dos sintomas do usuário e o momento conclusivo das orientações e dicas terapêuticas levam um tempo maior do convencional (Profissional não indígena) e na observação participada resultou evidente o esforço de repassar explicações detalhadas sobre a leitura do diagnóstico e as posologias dos fármacos junto aos familiares e ao usuário adoentado. Portanto, a relação entre profissional não indígena e usuário Pataxó se limita nesses casos à uma comunicação e prática terapêutica biomédicas, assim como acontece no Posto de Saúde. O vínculo entre o profissional e os usuários resulta assim definido por uma relação frágil, limitada, esporádica, unidirecional, monocultural. No caso das visitas domiciliares à casos especiais dos profissionais mais qualificados os tempos da visita se prolongam porque todos os membros do núcleo familiar que residem na casa vem requerendo a análise ou consulta sobre algum aspecto de saúde que os preocupam, expressão da maior demanda e necessidade de visita familiar de profissionais mais qualificados além do rotineiro atendimento ao posto.

A presença dos AIS nas visitas, mesmo que acessória ao profissional hierarquicamente superior que na maioria não é indígena, as vezes intervém à suporte da comunicação e compreensão recíproca entre profissional e paciente ou em momentos sucessivos, nas próprias visitas familiares, quando terá mais autonomia para se relacionar com o *parente* usuário. Nesse sentido o AIS, mesmo reconhecendo os limites individuados pela literatura já citados efetivamente realizam ações de mediação intercultural: “(...) as equipes de saúde na adequação das suas intervenções à realidade sociocultural indígena, atuando como uma espécie de intermediador ou tradutor entre as comunidades e os profissionais da saúde (Funasa, 2005)”, (FERREIRA LO, 2013, Op. Cit., p. 118).

Muitos usuários, se referindo às resistências a ser cuidados pelo precedente médico não indígena apresentaram a dificuldade da compreensão linguística “pois ele falava embolado...” até chegar no final da consulta à “não entender a solução” indicada para resolver o próprio mal estar (Usuário). De fato pude observar que quando o usuário não entende alguma dica do profissional não indígena, tende não pedir esclarecimentos ou repetições assim como acontece na relação com o profissional indígena. Nesses casos acontece que a proximidade entre *parentes* permite ao profissional avaliar as incompreensões ou dúvidas do *parente* em relação as dicas repassadas pelo profissional não indígena.

No caso da categoria das enfermeiras se destaca também a relação da profissional indígena conforme as atitudes êmicas dos AIS assinaladas e as espontâneas mediações interculturais na relação com o usuário indígenas. Assim, o fazer parte da comunidade, “ter crescido no meio dos parentes” implica na capacidade de assumir “por dentro” uma dúplici visão: por um lado “aquela do usuário indígena”, em quanto membro do grupo populacional destinatário do cuidado e sujeito do adoecimento e da saúde Pataxó o que permite ao profissional indígena ter uma visão sobre a saúde local a partir das formas e significados êmicos da demanda de saúde indígena; secundariamente, a visão de “profissional indígena da saúde indígena”, construída à partir da apropriação do saber biomédico através de experiências de longa permanência não interculturais, longe do contexto sociocultural da comunidade (Profissional indígena).

A prática dessa categoria de profissional orientada operacionalmente pelos padrões do SUS traduz de *forma espontânea* esses conhecimentos na mediação com a perspectiva êmica indígena da saúde. Isso leva esse tipo de profissional a um processo de compreensão do adoecer a partir de constantes conflitos, tensões e estratégias de mediações entre as concepções e sensibilidades híbridas dos usuários, dos parentes, da comunidade e as próprias. Mesmo na hegemonia de um cuidar biomedicamente definido, essas estratégias são necessárias ou (culturalmente) apropriadas para atender e tentar entender à variedade da demanda da saúde das comunidades da área urbanizada e híbrida dos Pataxó de Coroa Vermelha. Por exemplo, o profissional indígena entende que o respeito pelos anciões nos sentido êmico deveria implicar na priorização da assistência à essa categoria de usuário da atenção básica e enfatiza que também na relação de cuidado: é preciso diferenciar a escuta e fala para se relacionar com o *parente* ancião para que resulte respeitosa do poder simbólico atribuído pelas regras socioculturais ao ancião Pataxó e que requer competências comunicacionais, pois “as vezes os velhos falam quase que um dialeto...” (Profissional indígena).

O profissional indígena portanto diferencia a própria relação em sentido étnico e comunitário quando entra em relação com o parente tanto no Posto de Saúde que nos atendimentos domiciliares e nas a “extensões”, realizando também uma “pré-registro das informações sobre a situação do usuário” que permite considerar com critérios socioculturais as condições de vida que diferenciam as condições, situações e problemas de saúde de cada família de *parentes* (Profissional indígena).

O profissional indígena enfatiza a importância de se aproximar ao usuário de uma forma delicada “através de uma atitude humilde” ao contato e na relação com o usuário

para eliminar a distância que as posições de profissional e usuário pode instaurar. Assim o profissional *parente* se coloca em uma posição igualitária, *inter pares* (ou *parentes*), assumindo uma postura protetiva para garantir a maior confiança e cumplicidade que a relação entre *parentes* Pataxó supõe. Além das práticas de acolhimento espontâneo evidenciadas anteriormente, tanto nas visitas domiciliares que no *Posto*, o profissional indígena se considera sensível ao tipo de comunicação e hábitos de relação Pataxó conhecendo as relações de poder e histórias das famílias com a implicação ético-moralêmica: “ele responde pelos conhecidos” (Usuário).

O usuário reconhece a importância da relação com o profissional de saúde como *parente*, principalmente pela maior flexibilidade e informalidade do contato em um contexto onde a “confiança entre parentes chegou ser coisa rara” (Liderança anciã). Isso favorece ao final uma compreensão mutualmente reconhecida e definida da situação ou problema de saúde e uma escolha compartilhada do processo terapêutico.

De fato, no acompanhamento às visitas e momentos de contato de cuidado ao usuário, o profissional indígena consegue mediar com uma série de fatores situacionais socioculturais e familiares dos *parentes*. No específico do momento da prescrição de fármacos e percursos de tratamento e cura de tipo biomédico propostos pelo profissional não indígena, o profissional *parente* considera todos os fatores situacionais que podem concorrer à interrupção do percurso terapêutico, como a acessibilidade efetiva ao fármaco assim como ao “remédio do mato” em termos complementares e única alternativa possível nos casos das limitações logísticas e barreiras para garantir a continuidade do tratamento, entre as quais as condições econômicas e a incapacidade de adquirir fármacos que não são disponíveis de forma continuativa na farmácia do Posto. Além disso tenta envolver e responsabilizar os familiares no acompanhamento ao tratamento e percurso terapêutico do usuário. Em alguns casos, o profissional *parente* pergunta ou troca uma conversa breve sobre as práticas de auto atenção realizadas pela família, chegando avaliar as possibilidades de integração com as práticas farmacológicas, o que lhe permite de ser sensível à dimensão da espiritualidade Pataxó, entre expressões consideradas mais tradicionais e aquelas hibridizadas pelas novas religiões que se refletem nas variadas concepções de cura e cuidado dos usuários atendidos.

Na visão de uma liderança jovem, a “receita para quem não faz parte da comunidade seja aceito pelos usuário indígena”, como no caso do profissional não indígena (e também como pesquisador estrangeiro), é requerido ou esperado que

demonstre o interesse por querer contribuir em sentido êmico à proteção do bem estar da comunidade:

“Quanto mais você for sincero e direto, sendo que temos muitos políticos com interesse, mais que você tem chance de conquistar a confiança dele. Se você vem de fora e está ali, sem ganhar nada e está ali para ajudar, para trazer informações, para proteger... essa é a maneira de fazer a comunidade indígena dizer que você é sangue do meu sangue, que pode não ter nascido na minha mesma área, mas que o sangue de guerreiro que corre nas suas veias é o mesmo de outro”, (liderança indígena).

6.2.3. Concepções de atenção diferenciada

A análise das práticas evidenciou algumas formas espontâneas de mediações interculturais na relação de cuidado, mesmo assim a hegemonia do saber biomédico impõe de fato um modelo protocolado de práticas de atenção biomédicas que influencia a concepção do cuidado dos profissionais das EMSIs da atenção diferenciada.

Os termos normativos institucionais da concepção formal mais difusa dos profissionais não indígenas põe em evidencia o submodelo de atenção indígena pelos elementos de diferenciação da logística do atendimento orientado a reduzir as barreiras ao acesso aos serviços de base através da “organização” diferenciada dos serviços de atenção básica: o uso dos carros da SESAI, a presença fixa e regular da EMSI ao Posto de Saúde na aldeia, a visita do médico e das EMSIs nas comunidades limítrofes, a busca ativa dos faltosos da vacina, a marcação de exames em loco. Por esses fatores o atendimento do Posto de Saúde de Coroa Vermelha é reconhecido pela qualidade que o diferencia daquela ofertada em outras comunidades Pataxó da região e por isso uma referência pelos Pataxó da área.

A ênfase do profissional não indígena sobre a influência do poder de caciques e famílias de usuários à eles associadas, o que reflete uma perspectiva da *diferenciação* como *indigenização* dos serviços da atenção básica e não do modelo das práticas de atenção) se reflete nas tensões e fragilização das relações de poder das hierarquias medicocêntricas das EMSI, um outro elemento de diferenciação da atenção local.

Por outro lado, essa visão formal é compartilhada também pelos usuários e as lideranças quando evidenciam os limites das condições da qualidade do atendimento focando sobre a qualidade técnica, o que implica na *diferenciação* da atenção básica indígena em termos de *qualidade negativa* em relação a atenção básica indiferenciada do modelo do SUS e a categoria de atenção *diferenciada negativamente pela qualidade*.

Um elemento de especificidade que caracteriza a rotina de funcionamento do posto é a interrupção do atendimento e da abertura do Posto de Saúde para garantir a participação e acompanhamento integral das equipes de saúde à momentos públicos e comunitários, “como os velórios nos quais os familiares e parentes do defunto podem precisar do socorro médico” (Profissional não indígena) ou manifestações do movimento indígena Pataxó e eventos de agregação coletiva como os participados jogos indígenas Pataxó. Nesses momentos comunitários toda a aldeia e as comunidades indígenas recuperam a unidade e exclusividade da cena social, pois todas as atividades gerenciadas por indígenas e os serviços públicos locais são fechados. O profissional não indígena mantém uma presença acessória e marginal no quadro dessas situações, na visão mais drástica do qual prevalece a percepção do “dever estar presente por uma imposição deles” (Profissional não indígena). Em outros casos, por esse profissional o evento comunitário se torna uma oportunidade por “um inesperado dia de folga”, pois de fato a presença dos profissionais da saúde “tem que ser garantida por um número mínimo daqueles que tem nas equipes” e o posto de saúde “tem que ficar fechado por vontade das lideranças”, portanto a escolha do profissional não indígena pode é se distanciar das questões problemáticas que preocupam, animam e agregam as comunidades atendidas cotidianamente. Alguns profissionais não indígenas em relação a diferenciação da atenção enfatizam que a caixa mortuária é providenciada e enviada pela SESAI e a Prefeitura, mais uma vez ressaltando aspectos formais e menos aqueles simbólicos ligados a participação institucional às necessidades e luto das famílias.

E’ interessante remarcar a respeito da percepção das recentes mudanças nas tradições comunitárias, a visão de uma liderança jovem sobre as modalidades da experiência e elaboração do luto coletivo indígena de hoje que ainda reúne “como antigamente” toda a população indígena aldeada. Porém, a transformação segundo os ditames religiosos *novos* da manifestação e participação coletiva “à dor”, eliminaram o sentido êmico de velório como momento de agregação e reforço dos laços entre *parentes*: lembranças e contos de eventos que vieram o defunto como protagonista de situações positivas ou hilares geravam um clima de ironia e participação à despedida, entendida como superação *da dor* pela perda do conhecido e expressão da aceitação coletiva dos limites e riquezas da vida do *parente* na vida da comunidade de *parentes* (liderança indígena).

De fato a minha participação nesses momentos, permitiu vivenciar um clima híbrido entre uma representação cerimonial de tipo cristão de recolhimento e reconhecimento da dor da perda do *parente* e *irmão* e uma forma híbrida de presenciar e

vivenciar a situação, onde a multidão constante das famílias da comunidade vem participar, permanece e prolonga a própria presença até a remoção do corpo do defunto para o enterro, seguindo o cortejo fúnebre até o cemitério. A situação vira ao passar do tempo muito animada, pois a participação cresce, os tons aumentam, os sons distantes de músicas agitadas intervêm na situação e as vezes músicas de canais religiosos se tornam pano de fundo ou colona sonora da situação na qual os meninos começam correr para qualquer canto, animais de estimação da casa do defunto e da rua se encontram, pois para ampliar o acesso nesse dia as barreiras da casa com a rua, nesse caso removíveis, foram eliminadas. Garrafas de bebidas alcoólicas aparecem no meio fio na frente da casa e grupos de amigos do defunto, os mais íntimos, as vezes emitem risadas e gargalhadas que superam qualquer som da multidão presente, que porém não parece se incomodar, pois cada um a essa hora está ocupado em falar com alguém, multiplicando as vozes e os tons de conversas múltiplas.

O profissional não indígena se evidencia nesse contexto movimentado pela sua postura estática e poucas interações com os presentes exclusivamente *parentes*, além de alguns sorrisos para salutar a distância usuários conhecidos. O profissional indígena não mantém uma posição fixa, conversa com vários parentes, segue monitorando a situação dos parentes mais próximos ao redor do defunto e se ativa facilmente para procurar o suporte mínimo (copo de águas, perguntas carinhosas à mãe do defunto, abraços aos parentes mais próximos). Esse trânsito não deixa de dispensar sorrisos, começar conversas sobre assuntos particulares e participar à contos de situações que tem a que ver com a vida da comunidade.

Achei pertinente reproduzir e sintetizar essa breve descrição do diário de campo, para evidenciar a diferente postura entre os profissionais em relação ao significado êmico da dor da morte e da sua celebração na forma comunitária que pode ser tomada como exemplo da *diferenciação* entre os dois tipos de profissionais em relação à concepções e práticas do cuidado sensível culturalmente, ou apropriado.

Voltando às situações coletivas, os profissionais indígenas participam priorizando o própria etnicidade de “índio Pataxó” como “parente”, “liderança” ou “ativista do movimento”. Pelos profissionais indígenas, especialmente os AIS, a militância ao “movimento de retomada das terras” é um dever de indígena e de profissional que se dedica à saúde das comunidades (Profissional indígena), nesse sentido um outro elemento de diferenciação que o aproxima a visão êmica política como parte da ética (intercultural) do profissional *nativo*, da comunidade.

A esse respeito, porém algumas jovens lideranças criticamente questionam em quais termos os profissionais indígenas transferem no próprio trabalho o espírito indígena que manifestam quando participam na luta e à dor Pataxó pois, pela lógica da perspectiva êmica: “poderiam contribuir a levar o conhecimento do indígena no cuidado à saúde dos indígenas” (Liderança jovem).

A visão difusa entre os usuários da atenção *diferenciada* como “acesso privilegiado” e “dedicação exclusiva de um serviço ao índio” que portanto o usuário *branco* não tem, influência na construção da concepção da atenção básica pelas indígenas como algo diferente e separado do SUS dos não indígenas, brancos, negros, pardos e amarelos, conforme as auto definições universais utilizadas pelo censo nacional: “Porque tem vários direitos que o índio na saúde tem, índio não pega fila no hospital, tem consulta de graça...é cirurgia de graça...é por isso que o branco odeia o índio”, (Usuária).

Quando os percursos terapêuticos preveem a necessidade de acessar e vivenciar os serviços de níveis mais complexos de cuidado *não diferenciados*, a interação com a saúde *não diferenciada* ou seja não “dedicada ao indígena” é percebida como pior do ponto de vista da relação e qualidade ofertadas pela atenção básica. A falta do acompanhamento nos ambientes hospitalares e de relação culturalmente apropriada com os profissionais desses serviços universais junto aos episódios de racismo institucional, confundem ainda mais o usuário na percepção da atenção *diferenciada* como exclusivamente ligada ao nível *básico* de atenção, portanto limitada em relação às definições legislativas. Essa concepção da atenção associa a categoria *diferenciada* como prerrogativa exclusiva e precípua do nível básico, a atenção *diferenciada exclusivamente básica*.

Por outro lado, a atitude assistencialista do usuário, o expõe à diferentes críticas por “não ter conhecimento do funcionamento” e significados da atenção básica e não “ter a capacidade de se colocar no lugar do profissional” (Profissional indígena) ou se ativar para colaborar e participar ativamente para resolver problemas rotineiros, assim que as vezes:

“Se não tem o carro da SESAI o usuário desiste de ir à visita...com todos os carros que eles tem...com tudo o tempo que requer marcar uma visita e depois tem que remarcar e esperar tudo de novo! (...) é acomodado e espera sempre que as coisas caíam do céu”, (Profissional não indígena).

Uma visão mais intercultural da atenção diferenciada é expressa por lideranças indígenas com funções institucionais na saúde indígena local quando expressam a

necessidade de uma maior mediação e “inovadora integração com as práticas e saberes tradicionais” como prioridade da gestão da atenção *diferenciada* para “achar um jeito de conciliar entre visões diferentes, até religiosas de se cuidar” (Liderança jovem), incluindo assim a questão das novas formas de espiritualidade da comunidade indígena urbana na articulação entre saberes diferentes em saúde, o que oferece uma conceptualização da atenção diferenciada como possibilidade de reconhecimento da perspectiva e conhecimento dos Pataxó, a categoria em definitiva de atenção *diferenciada* como *intercultural*.

O profissional indígena encontra de fato novas resistências ao cuidado médico, além daquelas até aqui consideradas à partir da concepção das comunidades Pataxó, pois as novas religiões propõem também práticas e concepções de práticas de cura que podem ser consideradas pelos usuários como “alternativas” até “incompatíveis” com as terapias biomédicas pois: “como eles dizem: deus curou, sem tomar remédio” (Profissional indígena). A multiculturalidade da espiritualidade dos usuários de fato impõe sensibilidades ulteriores para dialogar sobre causas, remédios e prevenções de saúde sem cair na comunicação ineficaz.

O modelo de terapia comunitária centrado na massoterapia, ou “terapia no toque” também representa ao meu ver uma estratégia de cunho intercultural onde prevalece uma interpretação êmica indígena da complementariedade e articulação de práticas de cuidado enquanto oferece várias práticas integrativas e complementares entre as quais o uso de plantas medicinais (chás, infusões, banhos) e se propõe a “multiplicação” de competências de primeiro cuidado e escuta à saúde mental nas comunidades Pataxó envolvendo diferentes sujeitos (familiares, professores, profissionais de saúde, lideranças).

A ambiguidade da integração entre conhecimentos em cuidado à qual se expõem essas práticas é superada pela ambivalência dos juízos positivos expressos pelos diferentes atores que as realizam e que as recebem, cuidadores e cuidados. Outros estudos evidenciam a possibilidade de articular o cultivo da plantas medicinais e a subministração diretamente no posto de saúde por profissionais indígenas como uma prática de “intermedicalidade”, (FOLLMAN 2013, Op. Cit. p. 89) ou formas de articulação intercultural.

A esse respeito, tanto pelas comunidades de usuários indígenas que pela maioria dos profissionais a questão ou significado de “articulação” entre saberes e práticas diferentes não é considerada de forma explícita uma prioridade nem uma questão

problemática que tem que ser reivindicada, pois não é percebida como parte do direito à atenção *diferenciada*. Por consequência, a interculturalidade é uma prática de relação não institucionalizada pouco reconhecida pelos atores e até pelos profissionais que a realizam de forma espontânea, demonstrando que depende de vários fatores para se acionar como a etnicidade, sensibilidade e capacidade ou vontade de cada profissional que pelo profissional indígena se torna uma necessidade ou imperativo categórico para respeitar os cânones de relação entre *parentes* Pataxó.

Uma maior consideração e atenção coletiva (institucional, comunitária) pelas possibilidades de articulação intercultural poderia favorecer a redução de algumas fricções que definem a rotina do serviço de saúde aqui descritas e confrontar os desentendimentos sobre os significados que assume a polissemia da atenção *diferenciada*, aprimorando a efetividade definida em termos que resultem ambivalentes na construção de um conhecimento compartilhado entre todos os atores que participam ao cuidado indígena dos direitos e deveres definidos pelas instituições indígenas e não indígenas.

6.4 Síntese conclusiva da análise da atenção básica diferenciada nas comunidades Pataxó de Coroa Vermelha.

A análise descritiva desse contexto comunitário Pataxó, evidencia a heterogeneidade e especificidade dos fatores que obstaculizam (limites) ou favorecem (aberturas) leituras e práticas de cuidado de tipo intercultural crítico em um contexto complexo, porque caracterizado por processos de etnização e territorialização das comunidades adentro da hegemonia do modelo de urbanização e modernização do turismo de massa da “Costa do descobrimento”, alimentado pelos múltiplos interesses econômicos que se dinamizam nas relações de poder inter- e intra- étnicas locais.

A dinâmica híbrida que define os percursos da etnogênese entre conflito, assimilação, apropriação e resistência, resiliência e adaptação definem as formas das experiências da interetnicidade vivenciadas nas micro relações e experiências do cotidiano que se transferem também nos desencontros, resistências, incompreensões e ambiguidades da relação de cuidado na saúde pública junto aos profissionais de Saúde Indígena.

Vários são os sinais apontados de uma demanda de interculturalidade que contemple as diferentes concepções de saúde, adoecimento e práticas de cura e cuidado nos serviços diferenciados de saúde que, de fato nascem hegemonicamente e

burocraticamente no modelo biomédico do SUS indiferenciado, universal cúmplice da *farmacologização* do usuário e da organização da atenção programática.

Ao mesmo tempo, os atritos intra- e inter- étnicos pelo poder à nível local se refletem nas dinâmicas e hierarquias internas das equipes nos termos de etnicidade, obstaculizando ulteriormente processos participados e simétricos de definição e realização de práticas de cuidado interculturais, criam separações que interferem com o funcionamento unitário e integral do atendimento na base do *vínculo* entre profissionais da mesma equipe (atrito interétnico).

O entendimento da *indigenização* do posto não como possibilidade de propor uma interculturalidade a partir do saber Pataxó em saúde (ou *indigenização* das práticas) mas como meio para conquistar autonomia e autodeterminação na gestão do atendimento à saúde dos *parentes*, se configura como uma barreira ao entendimento intercultural do cuidado na saúde indígena como diferenciado e culturalmente apropriado.

Assim ressalta a falta generalizada de todos os atores indígenas (profissionais (indígenas), usuários e lideranças de informação, conhecimento e compreensão dos direitos e deveres da atenção diferenciada em termos de política cultural previstos, mesmo que ambigualmente pela legislação.

Em particular, a falta de proximidade dos caciques à insatisfação e sofrimento dos usuários e da natureza das problemáticas cotidianas que limitam o nível básico do atendimento notas também aos profissionais, são outros elementos que contribuem negativamente no entendimento compartilhado e interculturalmente construído das prioridades da atenção básica local. Em definitiva, a definição das prioridades da atenção básica tem concepções diferentes que produzem contradições e conflitos entre os atores que participam ao processo de realização do cuidado.

O mesmo problema caracteriza a concepção biomédica e não indígena da gestão do cuidado que a nível central e local é interessada à quantificação da qualidade do atendimento em termos não interculturais, ou seja não considera a parametrização e registro de ações de articulação entre saberes, previstas pelas políticas de saúde (PNASPI e PNAB).

A hegemonia do modelo de práticas biomédicas é reflexo da assunção de protocolos de cuidado oriundos do SUS *indiferenciado* pela definição operacional das práticas de atenção na saúde indígena, isso representa o elemento central da falta de interculturalidade, assim como demonstrado por vários estudos que focam sobre a atenção básica indígena reportados na introdução e que portanto precisaria de uma nova proposta

e transformação legislativa da definição das *práxis* de cuidado e efetivação da articulação entre saberes.

O aspecto multicultural da área urbana, a percepção da fluidez e hibridez das relações interétnicas e a evidencia dos dominantes processos de miscigenação dos perfis da população atendida (indígena, não indígena e mista), produz no profissional da saúde a sensação de não conseguir compreender as reais demandas e prioridades que a população diferenciada de usuários expressa e o tamanho daquelas reprimidas.

Além disso, a visão etnocêntrica do profissional não indígena dos processos de *branqueamento* e *biomedicalização* do indígena levam-no a não reconhecer, ou seja desconhecer e *invisibilizar* tanto as especificidades das demandas desse tipo de usuário, da relação de cuidado que das práticas de auto atenção dos Pataxó.

Esses aspectos evidenciam a falta de vínculo, proximidade dos profissionais (não indígenas, principalmente) com os usuários indígenas e aproximação às visões êmicas dos processos de vulnerabilização sociocultural do contato com o *branco* e do adoecimento do bem estar das comunidades dos *parentes*.

A falta da fixação das equipes, agravada pela falta de formação intercultural na formação oferecida aos profissionais da saúde indígena são questões que também precisam de uma redefinição institucional participada, metodologicamente orientada pela interculturalidade para produzir aproximações e mútuos entendimentos das situações e demandas de saúde.

Por outro lado, precisam ser reconhecidas e reforçadas as sensibilidades, competências de relação e escuta interculturalmente orientadas dos profissionais indígenas, que nas práticas cotidianas de cuidado se traduzem em estratégias de comunicação, mediação, facilitação, orientação e informação que oportunizam a mútua compreensão, ambivalência e reconhecimento de diferentes significados e entendimentos atribuídos às práticas de cura dos usuários.

A formação e capacitação da figura do profissional indígena que, como mostrado, possui e utiliza competências “naturais” de comunicação intercultural na relação com os usuários, pode valorizar essa função de mediação intercultural para responder as necessidades de aprimorar a informação ao usuário e viabilizar ações de educação, promoção e prevenção nas comunidades.

Ao mesmo tempo, na visão êmica das instituições da tradição Pataxó (especialistas tradicionais, anciões e lideranças) a etnicidade ambígua do perfil do profissional indígena

das EMSI evidencia a necessidade de reforçar os próprios conhecimentos e formação em saúde Pataxó para que seja alcançado o objetivo intercultural na articulação entre saberes.

A questão da falta de condições mínimas para garantir o atendimento considerado pelo profissional da saúde como “básico” pela demanda espontânea constantemente crescente da população local, na visão dos profissionais e das lideranças mina a priori a possibilidade de priorizar inovadoras ações e recursos pela articulação entre saberes. De fato, a *implementação (diferenciada)* da atenção básica indígena local transformou o Posto de Saúde em um modelo de multisserviços complexo onde operam três EMSI, mesmo assim ainda é considerado insuficiente para responder basicamente à demanda das comunidades. De fato a adaptação e transformação do modelo de atenção é uma evidência importante dos processos interculturais e de hibridização do significados das práticas de cuidado.

Mesmo reconhecendo a precariedade e precarização da situação do serviço de saúde, a visão compartilhada por vários atores indígenas da utilidade de realizar ações orientadas a diagnóstico, prevenção e promoção da saúde com uma metodologia intercultural onde a perspectiva e conhecimento indígenas sejam valorizados poderia reduzir a demanda de atendimento biomédico e clínico da população, reduzindo os custos do usuário pelos remédios farmacológicos e indiretamente do sistema de saúde público (fármacos, insumos e dotações ou instrumentos de qualidade técnica).

Evidenciei que o profissional não indígena percebe parcialmente a complexidade e variável intensidade com as quais do ponto de vista êmico agem alguns determinantes no adoecimento do bem estar e sofrimento das comunidades, tais como: as vidas e mortes do contato com o narcotráfico, as consequências da violência e do poder na perda das relações com parentes, o racismo institucional e repressão e insegurança pela questão da terra, a falta de urbanização básica e não reconhecimento das comunidades das *extensões*, a insegurança econômica e iniquidade social, a aculturação religiosa e perda de conhecimento e espiritualidade tradicional em saúde, a mudança e fragilização da educação e modelo familiar tradicional indígena como fator de perda da coesão social e interrupção do saber tradicional, para citar as principais dimensões que emergiram da experiência etnográfica de campo nessa área.

Quando o profissional consegue se aproximar à visão êmica da saúde Pataxó, como no caso do profissional indígena, as competências de mediação não conseguem ser reconhecidas e absorvidas nas práticas de atendimento das EMSI, assim que podem ser

ativadas esporadicamente à partir da sensibilidade de cada profissional indígena na situação de cuidado ao *parente*.

Por consequência o profissional indígena não consegue explicitar e traduzir no cotidiano do cuidado das equipes a leitura êmica dos processos multicausais do adoecimento das comunidades que pressupõem ações de rede a nível local e inter setoriais e institucionais assim como sinaliza uma liderança jovem. Em segundo lugar também não consegue ser reconhecida e emergir a sensibilidade *culturalmente apropriada* necessária para perceber a etnicidade e hibridez da relação de cuidado com o usuário e *parente*.

Portanto, posso concluir que o reconhecimento e valorização da mediação realizada pelo profissional indígena pode responder à demanda de interculturalidade nos processos de construção do cuidado, aprimorar a qualidade do atendimento e reduzir as distancias percebidas entre a(s) etnicidade(s) do(s) profissional(ais) e do(s) usuário(s).

Na perspectiva da atenção básica com enfoque intercultural crítico, três outros elementos se destacam, além das práticas de relação e comunicação diferenciada dos profissionais indígenas.

O primeiro é a citada convergência de diferentes atores locais, indígenas e não, na priorização de estratégias de educação, prevenção e promoção em saúde que poderia ser considerado um ponto de partida para a construção de colaborações entre serviços *diferenciados* de educação e saúde locais.

O segundo elemento é relativo a necessidade do “resgate” do saber “tradicional” Pataxó em saúde através de atividades de pesquisa, registro pela proteção, transmissão, divulgação e vê a escola e, potencialmente os jovens indígenas, como o ator principal do resgate e possível mediador intercultural do conhecimento tradicional de anciões e especialistas tradicionais com a comunidade. Isso pode criar as bases para uma articulação também com o sistema público de saúde. Na visão êmica, como dito a fitoterapia poderia balançar os efeitos da *farmacologização* induzida pela hegemônica abordagem biomédica à saúde psicofísica indígena dos profissionais das EMSI.

Enfim, o reconhecimento das práticas e projetos de saúde integrativa em fase de realização e as primeiras articulações para construir respostas de rede às problemáticas locais de saúde mental locais, podem assumir uma importante função pioneira na produção de um modelo de projeção de cuidado interculturalmente construído e participado. Através do encontro e uso de diferentes práticas de cuidado e diferentes abordagens epistemológicas à saúde facilitam o protagonismo da visão êmica e validação ambivalente do indígena *parente* e do profissional de saúde (indígena, *parente*).

No capítulo que segue vou ilustrar, à partir da comparação entre os dois contextos considerados, as prioridades e possibilidades do reforço da interculturalidade em sentido crítico, produzindo uma síntese conclusiva dos discursos locais sobre as possibilidades da diferenciação da atenção básica nas comunidades Pataxó que valorizem as práticas *espontâneas* de tipo intercultural realizadas.

CAPITULO 7 - ANÁLISE COMPARATIVA DA ATENÇÃO BÁSICA DIFERENCIADA NOS DOIS TERRITÓRIOS PATAXÓ

7.1 Territorializações, etnogêneses e etnicidades

As análises produzidas em cada contexto territorial evidenciam em geral duas realidades de territórios indígenas entre si superficialmente polarizadas, pois colocadas em dois diferentes contextos envolventes: um prevalentemente rural e outro urbano, um distante do centro propulsor do desenvolvimento orientado pelo turismo de massa de Porto Seguro e outro no coração da “Costa do descobrimento”.

Tabela 1 - Dados socioculturais e demográficos

	BARRA VELHA Aldeia Mae	COROÁ VERMELHA Aldeia Filha
Data re/fundação da aldeia urbana	1861/1951	1972
Ano reconhecimento da terra indígena	1988	1997
Estimativa da população total e população indígena atendida na área	3200 3000 indígenas	6800 (<i>Não disponível</i>)
Estimativa População indígena total atendida na aldeia sede do Posto de Saúde	1991	3700
Estimativa crescimento populacional	1976: 664 Hab. ²³ 1998: 965 Hab. ²⁴ 2017: 1998 Hab. ²⁵ .	1972: 200 Hab. ²⁶ 2000: 2000 Hab. ²⁶ 2017: 6000/7000 Hab. ²⁵
Tipologia étnica prevalente na área da aldeia principal	Indígena	Branca ou misturada
Modelo de desenvolvimento das comunidades (Ano chegada da energia)	Rural, recente urbanização (2007), Periferia do turismo de massa	Urbanizado (1980), Centro do desenvolvido turismo de massa
Distancia centros urbanos (hospital) e Tempo de deslocamento (Min./Max.)	60/80 km (2,5/5 horas se possível)	6/16 km (5/30 minutos, sempre)
Distância e estimativa do tamanho dos centros turísticos não indígenas	7 km 2 povoados, (600 - 6000 hab.)	7/16 km 1 vila e 1 cidade, (20.000 - 100.000 hab.)
Município de referencia	Porto Seguro	Sta. Cruz de Cabrália

²³ Carvalho E (1976).

²⁴ ANAI (1998).

²⁵ Censo da População atendida, realizado pelos profissionais de saúde da atenção básica indígena.

²⁶⁻²⁷ Grünenwald (2001, Op. Cit.)

A tabela 1 resume as principais e mais evidentes características que diferenciam a área indígena referente à aldeia de Coroa Vermelha pela trajetória de formação mais recente das comunidades, o maior tamanho populacional, a rapidez e volume do crescimento assim como a heterogeneidade e miscigenação da população local, expressões de constantes e significativos fluxos migratórios determinados pela atratividade econômica enquanto ponto de referência da venda de artesanato indígena da região (GRÜNEWALD, 2002, Op. cit.).

Isso contribui na construção de um panorama local multiétnico, multicultural, que marca a etnicidade do território urbano e turístico do povoado no qual é inserida a aldeia indígena de Coroa Vermelha onde a presença do *outro* e do *branco* pode ser transitória, porque ligada aos fluxos de turismo de massa cotidianos ou estável e permanente, pois no território de Coroa Vermelha são presentes empreendimentos e propriedades turísticas e imobiliárias de não indígenas e frequente resulta a prática do aluguel de lojas assim como de habitações na comunidade indígena à não indígenas, o que favorece a miscigenação da área urbana.

A falta de dados atualizados sobre a população indígena nessa área sanitária referente ao Posto de Saúde, exprime a dificuldade de realizar o censo da população indígena por questões ligadas à prática de “virar índio” específicas da área que contribuem ainda mais à fluidez da etnicidade sujeita à forte miscigenação. O dominante aspecto urbano e turístico da aldeia central de Coroa Vermelha e a acessibilidade, pois é percorrida pela BR-367 até aos centros turísticos próximos em uma solução de continuidade de estruturas turísticas e bairros populares, devolve ao observador uma evidente diferença visual em relação ao estado de inicial e parcial urbanização das comunidades de Barra Velha que resultam portanto menos influenciadas pelo impacto massivo do contato com o turismo e a relação estável com o branco, assim como já evidenciado também por outros autores (CARVALHO, 2010).

A paisagem urbana misturada, não permite diferenciar os limites entre terras indígenas e não indígenas e a convivência com o híbrido na aldeia urbana acompanha os *parentes* em qualquer momento de vida cotidiana fora da própria casa. Nesse sentido o processo de hibridização nesse contexto tem um histórico maior e resulta integrado de forma *orgânica* no tecido e cotidiano da vida sociocultural das aldeias dessa área.

O fenômeno da migração, outro elemento que influencia os processos de hibridização se faz presente em ambos os contextos, mesmo que com características diferentes pois na área de Coroa Vermelha os confins das comunidades urbanas são

fluidos, as vezes não perceptíveis e a migração de parentes é um movimento ou fluxo de fato incontável. No caso de Barra Velha é uma migração exclusivamente indígena, “de retorno” ou seja famílias que voltam de outras aldeias *filhas* (incluindo Coroa Vermelha) para à aldeia *Mãe*, ou até de longas experiências *fora das aldeias* Pataxó. Incluem-se nesta última situação os pequenos grupos de estudantes indígenas que em ambos os contextos vivem experiências interculturais, as vezes chocantes nas capitais do País e cujo movimento migratório contribui para a troca e mudanças culturais das comunidades. A migração temporânea de alguns meses na casa de um *parente* de uma outra aldeia é também um hábito comum e contribui à fluidez da população atendida pelos serviços de saúde mais evidente em Coroa Vermelha. Os movimentos dos *parentes* entre famílias das duas aldeias, ligadas pelos laços de consanguinidade e linhagens familiares, mantem assim vivo o relacionamento entre as famílias das comunidades de *parentes* da diáspora Pataxó, objeto do estudo.

A miscigenação em Barra Velha é mínima pois contei a presença estável de sete *brancos*, alguns casados com indígenas, o que constitui uma prática recentemente admitida pelas autoridades e famílias da comunidade mesmo sendo pouco aceita na visão de lideranças e anciões. A homogeneidade étnica e cultural, nesse sentido é mais evidente em Barra Velha, pois a presença de não indígena de tipo casual, ocasional ou temporânea é mínima, prevalentemente ligada à realização de obras públicas na aldeia por preteriras que *vem de fora* ou do comércio ambulante regulamentado pelas regras do cacique expostas na entrada da aldeia e, por fim de turistas que tem um breve acesso à *Aldeia Mãe* através das germinais atividades etnoturísticas comunitárias como o passeio da “associação indígena de bugreiros” entre os dois centros turísticos próximos entre os quais encontra-se o território indígena.

E’ importante ressaltar a diacronia e diferente intensidade dos processos de modernização e urbanização nas duas aldeias: em Coroa Vermelha o desenvolvimento seguiu o processo de crescimento rápido, concentrado e exponencial do coração da “Costa do descobrimento” na década dos anos ‘90 que permitiu ao Município de Porto Seguro se qualificar a partir do ano 2000, terceiro “parque hoteleiro” do Brasil com uma capacidade de acolher o dobro dos turistas (31.348 leitos²⁷) que a capital baiana, chegando gradualmente à ralentar o crescimento e aumentar a pressão imobiliária pela saturação dos espaços edificáveis.

²⁷ Fonte: Secretaria Municipal de Turismo e Desenvolvimento, Município Porto Seguro, 2017.

Para remarcar o tamanho e intensidade dos efeitos dos investimentos no crescimento e desenvolvimento da área envolvente Coroa Vermelha, alguns dados resultam particularmente significativos, como evidenciado por Carvalho CRD (2008): entre a metade dos anos '80 e '90, a morfologia do espaço geográfico local mudou radicalmente, pois os *meios de hospedagem* cresceram do 922%. Como consequência, a área resultou de forte atração de turistas e ao mesmo tempo de imigrantes nacionais e internacionais, tanto que a população do município na base dos dados do IBGE, entre os anos 1991 e 1994 cresceu do 124%, aumentando consideravelmente e em pouco tempo nos centros urbanos turísticos maiores, pois a percentual da população urbana do Município passou de 67% em 1991 à 81% em 1996. Esses dados ilustram a dimensão do modelo de desenvolvimento do território *envolvente* da aldeia Coroa Vermelha e permite entender a rapidez e força dos impactos locais sobre a construção da etnicidade local.

Desde as origens até hoje, nos últimos 40 anos a vocação comercial estimulada pelo crescente fluxo turístico e o desenvolvimento como centro comercial indígena planejados pela política municipal local e estadual atrai, desde os *First Comers* ou *fundadores*, as famílias Pataxó a se insidiar na área sujeita a fluxos migratórios e crescentes contatos multiétnicos e multiculturais. O espírito empreendedor é um dos traços que define a etnicidade local Pataxó através da apropriação do modelo econômico do branco na comercialização do artesanato étnico que constitui a atividade mais rentável pela maioria das famílias indígenas, mesmo assim vários estudos como os de Carvalho (1977), Carvalho e Sampaio (1992) e Sampaio (1994) evidenciam a capacidade mercantil-comercial dos indígenas que historicamente ocuparam essa área como um marco das relações interétnicas dos Pataxó ao longo da trajetória reconstruída, portanto não precípua dos pataxó de Coroa Vermelha, como alguns estudos tendem enfatizar.

Em Barra Velha, a realidade desse ponto de vista é bem diferente, pois o processo de modernização rápida e de *abertura ao externo* ao turismo é fruto de uma “escolha” recente pois tomada pouco mais de 10 anos atrás, um processo representado como endógeno à comunidade da *Aldeia Mãe* e menos determinado pelo contexto envolvente.

O desenvolvimento econômico, porém, é limitado ao centro, parcialmente urbanizado de Barra Velha e em uma das aldeias contíguas ao pequeno centro turístico de Caraíva que atualmente está se desenvolvendo rapidamente. O crescimento populacional da aldeia urbanizada não foi acompanhado pelo saneamento e básico, assim que ainda hoje tem problemas de abastecimento e qualidade da água na aldeia maior.

O contato com o turismo é uma fonte de renda que catalisa sempre mais as atividades de venda e produção familiar, além dos passeios da associação local de *bugres* indígena. Todavia, mostrei que as atividades produtivas são mais diversificadas que em Coroa Vermelha, pois *capinar* o próprio campo é uma fonte de sustento que integra à economia familiar difusamente, incluindo a caça e pesca de rio e mar. A economia informal comunitária portanto, mesmo na crescente dedicação das famílias à atividades mais rentáveis orientadas pelo modelo de comércio *do/com o branco*, possui formas de produção tradicionais não totalmente monetizadas que ainda regulam as relações entre parentes, pois o sistema da troca assim como as atividades comunitárias de agregação e realização de obras coletivas manifestam uma *solidariedade orgânica* entre as famílias que persiste, mesmo que em fase de transformação e hibridização no processo de mudança orientado à modernização.

Todavia, a aceleração da monetização da vida econômica e social local nesse contexto também produziu uma diferenciação sociocultural na comunidade e os primeiros atritos interétnicos e divisões entre famílias de *parentes* por interesses econômicos e de poder. A prática de aluguel e até venda de propriedades indígenas ao não indígena (casa, lojas, barracas de praia) evidencia também uma marcada diferenciação socioeconômica entre as famílias geralmente mais antigas das mais recentes na aldeia urbana de Coroa Vermelha que no tempo criou uma estratificação intraétnica e uma tendência a concentração do poder econômico em um número restrito de famílias com reflexos sobre a política local comunitária na forma da oligarquia comunitária e da divisão da comunidade em facções.

Portanto, da comparação se evidencia a mesma tendência

nas duas áreas à diferenciação social nas aldeias urbanas/izadas entre famílias que possuem atividades comerciais e propriedades (imobiliárias, fundiárias), uma classe de assalariados significativa (cerca de 10% em ambos os contextos) e uma majoritária variedade de condições sociais familiares que dependem dos subsídios sociais e da integração das diferentes atividades produtivas em uma lógica de economia de subsistência e maior vulnerabilidade social, com concentrações maiores em áreas indígenas menos assistidas pelos serviços públicos onde a precariedade das condições de vida é maior. A diferenciação socioeconômica entre as famílias de parentes em ambas as aldeias maiores analisadas na comparação intracomunitária é um elemento, portanto que acomuna a transformação, mesmo que com diferentes intensidades dos respectivos

tecidos sociais comunitários, consequência do processo de modernização que envolve as duas áreas.

No entanto, como evidencia a tabela 2 quero ressaltar aqui que a população assistida pelos serviços de atenção básica local inclui numerosas comunidades de aldeias menores, principalmente em áreas rurais ou mais afastadas que se diferenciam pela maior precariedade das condições de vida e barreiras de acesso à serviços (públicos) básicos (Tabela 2). Isso evidencia em ambos os contextos uma diferenciação intercomunitária em ambas as áreas indígenas que amplifica a heterogeneidade do perfil da demanda de saúde e das condições do bem estar das comunidades de usuários.

Entre esse grupo, as aldeias nas áreas “retomadas” apresentam uma vulnerabilidade socioeconômica maior e mais homogênea, pois não são reconhecidas pelas instituições públicas, a maioria colocadas em áreas com difícil acesso à recursos naturais (tipo de terra inapropriada para plantio, insuficiente variedade dos recursos naturais).

Tabela 2 – Tipologias das comunidades atendidas

	BARRA VELHA Aldeia Mae	COROA VERMELHA Aldeia Filha
Urbana	2	1
Retomada	1	4
Rurais	4	6
Assentamento	1	0
Fazenda	1	0
Total	9	11

A reconstrução da etnogênese a partir do ponto de vista das comunidades em ambos os contextos integrada pela análise documental, evidenciou alguns pontos uteis para construir a leitura das consequências culturais dos processos de mudança socioeconômica até aqui representados pela análise comparativa dos processos de *territorialização* das duas realidades comunitárias. A variedade do panorama da etnicidade nas duas áreas consideradas é analisado a partir das múltiplas dinâmicas culturais de tipo hegemônico, contra hegemônico e de hibridização inter- e intraétnicas que definem a trajetória da etnização das comunidades e do povo Pataxó, representativo da trajetória dos povos indígenas enquadrada por Oliveira JPD (1998) quando define a etnogênese como: “o fato social que nos últimos vinte anos vem se impondo como característico do lado indígena do Nordeste é o chamado processo de etnogênese,

abrangendo tanto a emergência de novas identidades como a reinvenção de etnias já reconhecidas”.

Esse processo ter que ser considerado a partir do protagonismo dos Pataxó e das especificidades de cada trajetória de povo indígena:

“O processo de territorialização não deve jamais ser entendido simplesmente como de mão única, dirigido externamente e homogeneizador, pois a sua atualização pelos indígenas conduz justamente ao contrário, isto é, à construção de uma identidade étnica individualizada daquela comunidade em face de todo o conjunto genérico de “índios do Nordeste”. (LISBOA J, 2017)

Em primeiro lugar evidenciei a construção da memória coletiva entre os parentes originários de Barra Velha e atuais anciões das duas comunidades que compartilham a experiência de ser nascidos e crescidos em uma dimensão tradicional comunitária, entre a refundação da aldeia e a diáspora de grupos de famílias depois do extermínio e tortura no episódio do “fogo do ’51”. As trajetórias de vida de todas as lideranças históricas e espirituais de ambos os contextos comunitários, portanto são marcadas pela raiz comum na etnicidade de tipo Pataxó da *Aldeia Mãe*, assim como documentado pelas redescobertas antropológicas dos anos ’70 na representação de uma comunidade “preservada” (AGOSTINHO P, 1972).

A continuidade genealógica entre as duas aldeias é um elemento que favoreceu a transmissão de uma etnicidade que se expressa nas visões dos anciões e das lideranças mais próximas as primeiras gerações, incluindo os especialistas tradicionais, ou seja as autoridades e referências comunitárias da sabedoria Pataxó que fundamenta e alimenta até hoje a visão étnica comunitária que constrói um discurso conservador para proteger a identidade Pataxó.

Em segundo lugar, a identificação na comum raiz e nos eventos da história e memória coletiva do povo Pataxó marcados pelo conflito, agressão, opressão na relação com o não indígena, o *branco* (Estado, instituições, sociedade não indígena local) desde os tempos do conquistador que se reifica e perpetua nos episódios de resistência e luta pelo reconhecimento ao direito à terra que envolve e une todas as gerações comunitárias de *parentes* Pataxó até hoje presentes no sul da Bahia, politicamente e simbolicamente referenciadas nas duas aldeias objeto das análises, assim como alguns estudos sobre a formação das crianças evidenciam em relação a Coroa Vermelha:

“Podemos afirmar, portanto, que a Escola Indígena de Coroa Vermelha atua não somente como um centro de referência educacional, mas, sobretudo, como articuladora de toda a política indigenista local (os professores, pela natureza da sua função, já ocupam posição de liderança)”, (MIRANDA, 2006, Op. Cit., p. 60)

A construção da ideologia e identificação coletiva de tipo contrastiva em ambos os contextos definem a trajetória da ação política contra-hegemônica das comunidades Pataxó através duas estratégias que evidenciei nas análises: por um lado a pressão ao processo de tomada de decisões que tratam de assuntos indígenas na *política do branco* através da procura do diálogo direto com as instituições do Estado pelo reconhecimento e cobrança de direitos diferenciados, o que constitui o marco das míticas lideranças e caciques de Barra Velha, ícones do pioneirismo da luta Pataxó atores da sua refundação e renascimento depois da inicial diáspora e dispersão nos anos '50-'60.

A continuidade da experiência da luta nos últimos vinte anos conflui no abrangente “movimento de retomada” das terras indígenas entre conquistas (multiplicação de novas aldeias das aldeias maiores, parciais reconhecimentos das terras retomadas) e derrotas (eliminação violenta de aldeias, famílias indígenas desabrigadas, perseguição violenta e institucional das famílias das lideranças). Isso reforça, em ambos os contextos uma perspectiva protetiva e conservadora da etnicidade em termos de contraste e atrito da interetnicidade e, indiretamente da concepção da interculturalidade expressa pelas consequências das intervenções públicas nas aldeias em diferentes âmbitos: urbanização, educação, saúde, assistência social.

Por fim, o terceiro elemento é a citada diacronia dos processos de modernização das duas comunidades. Isso se reflete, contrariamente aos dois processos anteriores, na diferente experiência e (com)vivência das mudanças estruturais da etnicidade entre as gerações que compõem a população atual das duas áreas indígenas referentes as duas aldeias urbanas. De fato, isso significa que os filhos, netos e bisnetos indígenas de Coroa Vermelha (da segunda até a última geração) nasceram e se formaram em um contexto comunitário já modificado pelo processo da rápida e intensa transformação em função das oportunidades do comércio étnico e participação ao desenvolvimento turístico da área. Em Barra Velha, só a última geração (os netos/bisnetos) nasceu ou vivenciou uma realidade comunitária mais moderna e aberta ao modelo do branco (*desclosure*) que diferencia-a das outras gerações, crescidas no modelo de comunidade tradicional e mais fechada (*closure*).

Esses fatores, conjuntamente considerados demonstram a persistência de uma visão étnica mais orientada aos conhecimentos Pataxó em Barra Velha, assim como a sua continuidade e transformação nos processos de diáspora da comunidade de Coroa Vermelha.

A nível macro temos, portanto, uma orientação êmica que constrói um discurso fundamentado na conservação e preservação da *Pataxosidade* que tende a acomunar as gerações dos anciões e lideranças em ambos os contextos comunitários, diferenciando-as das últimas gerações já nascidas na época da modernidade, mais (des)orientadas pela hegemonia e maior aproximação ao modelo *do branco*. Assim, a análise local evidenciou em ambos os contextos a evolução do processo de hegemonização do modelo do branco em detrimento do modelo comunitário indígena, percebido como mais hibridizado em Coroa Vermelha e em fase de hibridização em Barra Velha por uma emergente perspectiva êmica moderna ou branqueada que produz atritos socioculturais internos em ambas as comunidades.

Todavia no contexto de Coroa Vermelha a trajetória da aproximação com o modelo de desenvolvimento *do branco* e a hibridização oriunda da miscigenação e presença estável do *branco* nos territórios indígenas produzem maiores fluidez e nuances entre os múltiplos posicionamentos intermédios às duas posições concebidas antitéticas e diametralmente opostas entre os valores dos nativos da conservação, proteção e transformação do tradicional (*indigenização*) e a apropriação/adaptação ao modelo não indígena (*branqueamento*). Assim se percebem similaridades com os contextos Guarani estudados por Silveira et al. (2016) quando são consideradas a fluidez e heterogeneidade entre as categorias de identidade e da alteridade:

“(...) existe entre as categorias de “índio” (com seus desdobramentos internos, como “puros” e “misturados”) e “não índio” uma espécie de continuidade classificatória sem fronteiras tão rígidas, visto que dependendo do contexto e de quem fala (bem como para que se fala), um mesmo sujeito pode ser classificado de diferentes formas – e sua ascendência nunca é um fator dominante (...)”, (SILVEIRA NH et Al. 2016, p. 111-112).

Assim, nos processos de transformação sociocultural consequentes a modernização, na área de Barra Velha a geral menor exposição da maioria das gerações às mudanças e contato alimenta a persistência e maior difusão da visão êmica *comunitária* onde o processo de hibridização está acelerando mas encontra formas de controle comunitário.

Essa reconstrução da geografia da etnicidade evidencia também enfim a tendência à heterogeneidade intraétnica em ambas as áreas indígenas ulteriormente amplificada pelo perfil sociocultural das comunidades menores e menos urbanizadas acima mencionado, representado orientado mais pela visão de lideranças, especialistas tradicionais e usuários do perfil auto representado como menos *branqueados*.

Na minha leitura tento evidenciar, em ambas as análises dos contextos comunitários, as diferentes posições intermediárias entre essas duas polarizações da visão êmica e ética entre o polo do *tradicional* Pataxó e do *moderno do Branco* que representam portanto na minha leitura uma etnicidade sujeita à diferentes intensidades e formas de hibridização, *indigenização* e *branqueamento*. Isso permite aos atores indígenas de assumir posturas ambíguas e até ambivalentes em relação à esses horizontes de possível etnização entre discursos de proteção e promoção dos direitos comunitários e as práticas de gestão econômica de projetos comunitários e relações de poder fundamentados em interesses econômicos que produzem concentração e diferenciação social nas aldeias urbanas.

Entre as múltiplas manifestações das oscilações e tensões entre essas duas visões êmicas ilustradas nas respectivas análises, escolho dois questões que exemplificam as dinâmicas comunitárias que aproximam e distanciam os dois processos de etnização.

Por primeiro considero a *vis polemica* que assume a celebração da festa de formatura de final do ano dos alunos da escola indígena entre uma forma tradicional indígena e a convencional não indígena: em Coroa Vermelha a questão é consolidada de forma *ambivalente* através da celebração em dois dias seguidos, o primeiro na forma “tradicional” e o seguinte na forma “social” enquanto só recentemente em Barra Velha essa questão começou virar objeto das primeiras discussões e confrontos entre as famílias da comunidade que problematizam a ambiguidade da leitura desse ritual comunitários.

O segundo exemplo que acho representativo da dinâmica ambigualmente híbrida entre essas visões êmicas divergentes são os atritos e separações entre as famílias dos parentes em ambas as comunidades pela disputa e influência do poder político comunitário a partir dos interesses e diferenças de status econômico, já evidenciados precedentemente. De fato as famílias que possuem um poder simbólico maior nas comunidades, geralmente identificáveis como famílias mais antigas e tradicionais (*First Comers* ou *fundadores*), são famílias de lideranças (poder político) que vocalizam uma retórica institucional que crítica as mudanças hibridizantes o espírito comunitário mas que se concilia ambigualmente com o interesse (poder econômico) na abertura das economias comunitárias locais ao modelo não indígena de produção mais rentável, expressão de uma visão êmica *branqueada* orientada à modernização, no modelo de relação socioeconômica não indígena.

Por consequência disso, a segunda geração de lideranças em ambos os contextos comunitários expressam diferentes gradações e tensões à hibridização entre à aproximação à um modelo e estilo de vida que se conforma com a visão êmica

comunitária híbrida e *branqueada* orientada pelos interesses de poder que convive ambigualmente com a vocalização da visão êmica *contrastiva (conservadora)* fundamentada na *tradição dos Pataxó*.

Seguindo as trilhas da perspectiva dos *parentes* e usuários mais críticos explicitada em ambos os contextos, as famílias mais antigas resultam hibridamente orientadas pelas duas perspectivas da *indigenização* para manter o *status quo* que garante o poder político e institucional à algumas famílias e do *branqueamento*, o que confere a possibilidade de crescer o poder econômico) conseguindo agregar diferentes poderes (político-*híbrido*, simbólico-*tradicional* e econômico-*branqueado*) para guiar e impor as decisões políticas locais nas comunidades estudadas através o jogo de cintura entre essas duas visões e os poderes socioculturais. De fato em ambos os contextos, o mal estar do *parente* pelos conflitos *entre parentes* da mesma aldeia, ou do mesmo sangue, é difuso e não encontra uma solução por parte dos caciques que governam os conselhos comunitários. Ao considerar as questões problemáticas da violência e insegurança na área de Coroa Vermelha, Rego (2012) vem a considerar esse contexto como uma terra de múltiplos *conflitos* quando considera juntamente a dinâmica e tipo de relações inter e interétnicas dos Pataxó dessas comunidade como emblemática da trajetória dos Pataxó, Barra Velha inclusa, entre faccionalismos e alianças entre grupos familiares na dinâmica de atrito e conflito com o estado e não indígena.

Como descrito, nessa área a separação e o conflito intracomunitário adquiriram uma intensidade maior e mais evidente nas relações entre as famílias do grupo de caciques das aldeias menores polarizadas nas figuras dos dois caciques da aldeia maior, vindo definir o poder comunitário como bicéfalo ou diarquia. E' mais evidente a tendência nesse território à concentração de poderes como estratégia política e modelo de liderar *sui generis* que chamei do *tripé*, ou seja: a capacidade de representar a causa comunitária Pataxó através a assunção de cargos institucionais políticos públicos que viabiliza a ação nas modalidades da política (partidária) do *branco*, da ação de liderança do movimento social de “retomada das terras indígenas” e a tutela no papel de Cacique da própria comunidade e, indiretamente (através das alianças com os “caciquinhos” das aldeias menores) das comunidades das aldeias *filhas* do território indígena de referência.

Essas reflexões sobre os diferenciais processos de hibridização que a nível macro e micro comunitário se refletem com diferentes gradações em ambos os contextos da

etnicidade Pataxó e permitem perceber as nuances da concepção êmica sobre a etnicidade Pataxó entre as ambiguidades dessa heterogeneidade em ambos os contextos.

A análise que considera os conflitos inter- e intraétnicos na trajetória da intensificação do contato com o branco através do *acelerador* representado pelos impactos do turismo de massa tende a uniformar a heterogeneidade que assume a etnicidade nos dois contextos que merece portanto ser destacada pelos fins de entender as diferenças e especificidades de concepções e práticas da atenção diferenciada na perspectiva do nativo. A comparação entre os processos culturais evidencia uma diferenciação entre uma visão êmica mais orientada tradicionalmente em Barra Velha que em Coroa Vermelha: no primeiro caso a ênfase sobre a identificação como “povo” e “comunidade” contrastam com as múltiplas representações da etnicidade indígena em Coroa Vermelha nos discursos definem múltiplas tipologias de “índio Pataxó nos dias atuais” (“declarado”, “adoptado”, “que vira índio”, “misturado”, “que explora o índio”, “corrupto”).

A persistência no discurso de similares categorias do índio “tradicional” ou “legítimo” assume no caso de Barra Velha o significado de ser chamado à resistir e combater o recente processo de hegemonia cultural do não indígena *que vem de fora* que produz o adoecimento das comunidades quando, no caso de Coroa Vermelha a ênfase recai na resistência cotidiana para se encontrar enquanto índio Pataxó no panorama urbano multicultural e nos processos de hibridização mais radicados e acelerados que na aldeia Mãe. Em ambos os casos, a visão êmica mais crítica constrói os perfis antitéticos de Pataxó *autentico Versus* índio “corrompido e corrupto” que em Coroa Vermelha se expressam na prática difusa do “índio que explora o índio”, denotando uma maior radicalização e enraizamento dessa tipologia de relação de domínio entre os *parentes* nas comunidades dessa área.

Em definitiva, a análise representa duas áreas de comunidades indígenas que a nível macro são inseridas em diferentes processos (diacrônicos) de desenvolvimento na relação dinâmica hegemônica dos relativos contextos envolventes que produz processos de territorialização e etnização das tonalidades diferentes de hibridez, entre os extremos de um modelo dos Pataxó orientado pela tradição e indigenização da modernidade e do moderno branqueado de etnicidade misturada.

A nível micro comunitário, a diferenciação social e cultural afirma-se como diferencial entre aldeias urbanizadas e aldeias *filhas* de tipo rural, menos desenvolvidas e

tendencialmente mais orientadas tradicionalmente, o que contribui à ampliar os processos de diferenciação interétnica e dos múltiplas e conviventes expressões da hibridização nos níveis da identificação de sujeito, grupo familiar, comunitário e étnico.

Assim a leitura das concepções relacionadas a atenção à saúde local tem que ser considerada a partir dessas separações macro e aproximações micro entre as expressões da etnicidade e multidentidade d(n)os *parentes* dessas aldeias Pataxó que se reproduzem e emergem ambigualmente nas visões êmicas dos atores das comunidades atendidas pelos serviços públicos de saúde.

A leitura mais em profundidade das construções e concepções êmicas da etnicidade permitem aumentar a compreensão dos diferentes posicionamentos que se expressam em relação à atenção *diferenciada* na saúde indígena, objeto da pesquisa. Para confrontar concepções e práticas de atenção básica indígena em termos interculturais resultou importante e necessário ressaltar em ambos os contextos a leitura das consequências do processo de modernização das comunidades no modelo do *branco* sobre a saúde das comunidades. Por outro lado, para ampliar a aproximação à leitura êmica da saúde local, resultou oportuno aprofundar as características do sistema tradicional de atenção à saúde as comunidades Pataxó considerando os especialistas tradicionais e as práticas de auto atenção dos usuários. Isso para contemplar um princípio do agir intercultural, tanto nos termos de pesquisa que de intervenção, conforme a acepção do já citado autor Menéndez (2016):

“Tanto los estudios como las intervenciones en interculturalidad en salud deberían establecer quiénes son los actores sociales significativos que participan en las relaciones de interculturalidad. Y luego de establecer quiénes son, trabajar com los dos, tres o más actores sociales y no reducir la interculturalidad a lo que dice solo uno de ellos. (MENÉNDEZ, EL,2016, p. 113)

7.2. Tradição e Modernidade na Saúde Indígena Pataxó

Na análise de cada contexto evidenciei que, coerentemente com a conotação geral de áreas distintas em termos de maior ou menor expressão da visão êmica que se auto representa orientada pelo conhecimento e etnicidade Pataxó *tradicional*, o processo de modernização e contato é representado como maior ou menor ameaça à integridade tradicional indígena e na visão mais crítica ou *conservadora* e *contrastiva* resulta a causa

prima, ou *determinante dos determinantes* da vulnerabilização sociocultural das comunidades, em ambos os contextos.

Entretanto, em Barra Velha resulta mais evidente a leitura dos usuários que relaciona a modernização com a maior abertura ao contato com o não indígena entendido como fator de “contaminação”, mistura, hegemonia cultural e “contagio” espiritual. Em Coroa Vermelha, essa visão é concentrada na residual concepção êmica dos anciões que inclusive põe o acento sobre a participação ativa do *índio* no processo de hibridização que leva ao *branqueamento* na base do interesse econômico da interação interétnica, quando em Barra Velha o *índio* vem a ser representado mais como sujeito passivo e por natureza *fraco* à assimilação e condicionamento pelos maus hábitos do modelo do branco que criam a nova categoria de “índio ambicioso” em antítese com as regras socioculturais comunitárias.

Assim em Barra Velha a leitura da piora das condições da saúde das comunidades depende mais do “contagio” de “novas doenças” que não podem ser curadas porque ignotas aos especialistas tradicionais, assim como existem “doenças dos Pataxó” que *o branco* não conhece, portanto não pode reconhecer e curar. Em Coroa Vermelha a hibridização maior não permite que essas nosologias se explicitem nitidamente separadas também porque aqui, como resulta evidente das duas análises, o recuo do saber Pataxó em saúde e cuidado é mais avançado que em na *Aldeia Mãe*.

Em Barra Velha resulta mais evidente e difusa uma concepção do adoecimento ligada à ruptura dos equilíbrios entre as dimensões do sujeito Pataxó de povo, comunidade, família, ambiente natural e espiritual que comprometem o bem estar psicofísico e espiritual dos *parentes*. Já em Coroa Vermelha a leitura do adoecimento é menos homogênea e orientada a minimizar o aspecto espiritual do cuidado Pataxó, pois a proliferação das novas igrejas é um fator multicultural que tende minimizar a questão da redução da prática da espiritualidade Pataxó.

As novas religiões tem um papel central entre os determinantes da vulnerabilização sociocultural e a percepção da hegemonia *do que vem de fora*. As comunidades menores manifestam maior capacidade de controle, resistência e até proibição a penetração das modernas evangelizações nos próprios territórios. Nesses contextos comunitários de fato o contato com *o branco* é residual e mais controlado, pois as dimensões menores e a forma de “aldeia fechada”²⁸ permitem uma maior proteção,

²⁸ O uso desse termo apareceu no campo na área de Coroa Vermelha nas narrativas de usuários de comunidades rurais ou com familiares em aldeias afastadas da urbanização de Coroa Vermelha.

controle e união entre as famílias de *parentes*. Ao mesmo tempo, as observações participadas na área de maior conflito evidenciam uma maior concentração de igrejas, o que convida a considerar como explicitado na análise de Coroa Vermelha a função de recuperação da sociabilidade delegada “as novas religiões”, assim como evidenciado por outros estudos qualitativos nessa área (Barros, 2000).

Nesse sentido, em ambos os contextos Pataxó urbanos é difusa e crescente a sensação da insegurança coletiva e pessoal da violência induzida por fatores externos, “o mal que vem de fora”. Em Coroa Vermelha o narcotráfico é uma determinante estrutural da falta de segurança e perda das expressões da socialização e agregação entre parentes nos espaços comunitários e dizimação dos jovens indígenas²⁹. Como evidenciei, as consequências sobre a saúde da comunidade são múltiplas e vão além da mortalidade juvenil, pois a participação do indígena na organização da venda de drogas ilícitas desestrutura as relações intra- e inter- familiares aumentando a exposição a violência e produzindo adoecimentos psicofísicos, dificilmente diagnosticados pelos serviços públicos de base.

A percepção comum das visões dos usuários e de lideranças e especialistas tradicionais evidenciam em ambos os contextos uma “piora” nas condições de saúde das populações em relação a poucos anos atrás. Não cabe nessa pesquisa contemplar uma análise que possa aprofundar as condições da saúde indígena local em relação à conjuntura política atual, mesmo reconhecendo a relevância das escolhas da política governamental na estruturação das condições do cuidado público assim como de direitos definidos como *diferenciados* nas políticas públicas brasileiras pelas populações indígenas:

“A inquietação, nasce da consideração pela situação da conjuntura atual, considerado como um momento crucial pelas populações indígenas e não indígenas onde os direitos garantidos pela constituição estão sendo mudados incluindo a aprovação da PEC e o ataque aos direitos tanto da saúde como da educação que do lazer/esporte. Não podemos falar de educação, saúde e lazer indígena sem avaliar o contexto geral. Como brasileiros não podemos dizer que o estado garante esses direitos para todos”, (Liderança de Coroa Vermelha).

Chama à atenção de fato que em ambos os contextos da análise a piora das condições de saúde das populações seja percebida concomitante à piora das condições

²⁹ As análises sobre as condições sócio sanitárias e culturais das comunidades foram a base para uma breve análise da vulnerabilidade indígena publicada no livro organizado por: Pinheiro, R., Gerhardt, T., & Asensi, F. D., *Resistências na Integralidade do Cuidado: pluralidades multicêntricas de ações, pensamentos e a (re)forma do Conhecimento*, (2017), 414 p., – Rio de Janeiro: CEPESC / IMS /UERJ, ABRASCO, 2017.

dos serviços da atenção básica indígena local tanto que a visão êmica mais crítica entende as falhas do sistema público de saúde indígena local como uma “omissão intencional”, uma “política de extermínio” das populações indígenas pelo governo do Estado brasileiro, concordando com Dihel e Almeida (2012) quando afirmam analisando o uso dos medicamentos nos Xokleng:

“Com frequência as causas de adoecimentos e mortes são atribuídas à ineficácia do sistema oficial de saúde em desenvolver a qualidade de atendimento concebida na lógica Xokleng: equipes médicas, veículos e quantidade suficiente de medicamentos nas aldeias, por exemplo” (DIEHL, EE, ALMEIDA LKD 2012, p. 201)

A análise dos processos de adoecimento evidencia assim na visão êmica *contrastiva, crítica* que se expressa nas instituições comunitárias e nos usuários dos serviços uma concepção da piora das condições de saúde devidas à capacidade do modelo *do branco* de vulnerabilizar os Pataxó, incluindo a saúde pública entendida portanto como estratégia de domínio e controle biocultural, do corpo e espírito indígena. Isso define uma concepção e categorização da atenção *diferenciada* como *controle*.

Neste sentido, foi interessante concentrar o exercício de comparação entre as duas aldeias nas características e condições de funcionamento dos sistemas de saúde ao nível local e as tipologias de práticas de auto atenção dos usuários.

Coerentemente com os diferenciais processos de modernização das duas áreas e fluidez da hibridização nos dois contextos Pataxó, a presença de especialistas tradicionais resulta mais efetiva e capilarmente difusa além mais diversificada (ou especializada) nas aldeias afastadas dos centros urbanos de ambas as áreas. A persistência da auto atenção como prática difusa principalmente nas aldeias onde o acesso e a cobertura dos serviços públicos de atenção à saúde são mais deficitários reforça uma perspectiva de subsidiariedade *funcional* do sistema tradicional ao sistema público de cuidado e cura, assim que aparece a conceptualização de uma atenção *diferenciada subsidiada* pelo sistema Pataxó de cuidado.

Vale notar que a maior concentração de especialistas tradicionais em Barra Velha se acompanha à uma maior diversificação e especialização dos *curandeiros*, assim que a prática de cuidado Pataxó é uma possibilidade de cura alternativa, substitutiva ou complementar aos percursos de cura oferecidos pelo sistema público que aumenta as possibilidades de escolha do usuário *parente*. Nesse contexto as práticas de cuidado

Pataxó dos especialistas tradicionais e as práticas de autoatenção são geralmente mais frequentes e difusas.

Já em Coroa Vermelha os curandeiros na área urbana são mais sujeitos ao processo de conversão as novas religiões que investe em geral a população indígena da aldeia urbana e à consequente anulação ou renegação de saber tradicional e práticas espirituais associadas ao cuidado indígena. Ao mesmo tempo o recuo das práticas tradicionais, individuais e coletivas, ao âmbito privado é um sinal da invisibilidade, mais em Coroa Vermelha, e ao mesmo tempo resistência e proteção do saber tradicional espiritual na hegemonização de outras espiritualidades, mais em Barra Velha.

No primo caso, em Coroa Vermelha são delimitados territórios simbólicos (lugares sagrados) e momentos específicos pelas manifestações da espiritualidade coletiva, que respondem tanto à efetivas práticas de cura intraétnicas que, em sentido turístico-comercial, interétnicas. Já em Barra Velha o ritual coletivo espiritual assume um valor simbólico relevante por toda a comunidade, o resgate do saber tradicional espiritual é uma ação já desenvolvida no âmbito da escola indígena local e mantida pelo encontro de líderes espirituais e novas lideranças locais.

A escola indígena diferenciada, bilíngue e intercultural constitui, em ambos os contextos comunitários o ator titulado e reconhecido na reprodução do conhecimento tradicional e, ao mesmo tempo da vigilância sobre a construção e divulgação do saber Pataxó, vindo concordar com Carvalho (2007) quando afirma que

“O exemplo dos Pataxó, seguramente não o único, aponta para um cenário que se apresenta como favorável à valorização e revitalização das culturas indígenas tributário, em larga medida, do processo de escolarização nos três graus” (CARVALHO MRD, 2007, Op. cit., p. 31)

Além disso várias ações de articulação com os especialistas tradicionais e práticas de cultivo de plantas medicinais aparentam as duas realidades escolares comunitárias, a demonstração da importância percebida da valorização do saber em saúde dos Pataxó por esse ator. Isso evidencia a relevância do papel da educação escolar indígena para superar os limites da transição e hibridização do saber Pataxó problematizados pelas transformações dos modelos de educação familiar e o escasso interesse dos jovens, o grupo mais exposto ao *branqueamento*.

Em ambos os contextos, porém, a chegada da medicina não indígena na leitura dos especialistas tradicionais e anciões é entendida como processo de hegemonização em detrimento do poder curativo do saber tradicional que se explicita na

crescente biomedicalização do *parente* indígena, principalmente através da substituição do “remédio do mato” com o fármaco.

Isso implica na importância percebida pela visãoêmica mais crítica de “resgatar” o saber tradicional Pataxó como possível “arma de defesa” e tutela da farmacologização do Pataxó para o recupero de uma consciência comunitária que valorize o cuidado Pataxó como proteção e reforço identitário. Por essa visão portanto a atenção *diferenciada* assume as características indiferenciadas de um modelo de cuidado *do branco* hegemônico sobre o saber indígena em saúde criando a categoria de atenção *diferenciada* como *hegemonia da medicina do branco*) que, no caso de Barra Velha é percebido em função dos seus efeitos iatrogênicos, um fator de adoecimento induzido pelos fármacos que se torna agudo no tratamento *biomedicamentizante* da atenção à saúde mental.

Nesse sentido, essas concepções sobre a assistência farmacêutica biomédica se expressam *pari passu* em outros contextos indígenas, analisados pelos estudos nas terra Xapecô por Diehl e Rech (2004), dos Yanomami (Pellegrini 1998), concordando com Cardoso (2007) sobre a dinâmica de biomedicalização:

“A racionalidade epistemológica e clínica inerente ao modelo e às ações em saúde (...) procura instaurar outro tipo de normatividade não só no que concerne aos cuidados com a saúde mas que, potencialmente, reflete-se sobre a própria ordem cultural e social; por exemplo, ao serem criadas determinadas necessidades como o consumo de medicamentos e a internação hospitalar”. (CARDOSO, 2007, Op. Cit., p. 98).

De fato é nessa área que se concentra e é mais difusa a postura mais *radical* ou *contrastiva* da visão dos anciões, especialistas tradicionais e lideranças e de usuários sobre os efeitos negativos da “farmacologização” (WILLIAMS et AL., 2011), e medica(menta)lização como iatrogênicas, produtoras de dependência e estratégias do Estado para dizimar as populações indígenas, vindo representar o fármaco como *veneno* ou produto toxico contaminante. Em definitiva, a perspectiva *contrastiva* da visãoêmica em Barra Velha assume tons mais radicais e críticos sobre o efeito do contato intercultural da medicina do branco que na área de Coroa Vermelha.

Como evidenciado nas análises a radicalização da visãoêmica *institucional* questiona, em ambos os contextos o tipo de atenção à saúde mental percebida como ineficaz, tanto pela falta de um diagnóstico que possa definir a dimensão da demanda reprimida que pelo tratamento de tipo farmacológico. A fragilidade do processo de acompanhamento dos percursos terapêuticos do apoio matricial da CAPS é uma questão

que problematiza a organização do sistema de referência e contra referência entre atenção básica indígena e serviços de saúde pública de outros níveis.

No caso de Barra Velha, a situação é agravada pela condicionante estrutural da barreiras geográficas e descontinuidade do serviço de transporte da SESAI, o único meio que viabiliza o retorno à aldeia no mesmo dia da visita na CAPS de Porto Seguro sem custos pelos usuários (transporte, comida e alojamento na cidade). Na *Aldeia Mãe*, a presença e convivência com o sistema indígena de saúde mais estruturado, efetivo e menos recuado que em Coroa Vermelha permite a expressão de uma leitura êmica orientada que critica as bases epistemológicas e culturais do saber biomédico. No específico da atenção à saúde mental se explicita a escassa eficácia das práticas de cura que são consideradas pouco apropriadas culturalmente, pois excluem e desconsideram a leitura espiritual tradicional dos estados de perda de equilíbrio psicofísico do *parente* usuário dos serviços públicos.

No plano da heterogeneidade Pataxó, as gerações dos jovens e adolescentes criam uma discussão que assume tons similarmente críticos em ambos os contextos, porém o processo de distanciamento entre as novas gerações de Pataxó define uma novidade que faz parte do processo de modernização e ameaça portanto os modelos educativos e os mecanismos de transmissão do saber Pataxó. A questão juvenil porém é reconhecida pela sua maior vulnerabilidade tanto econômica, pois dependente de uma economia monetizada que cultural pois resulta o grupo mais exposto às influências dos modelos da globalização.

Se o controle social parece mais estruturado e eficaz em Barra Velha, em Coroa Vermelha o contato com a *dimensão global* é um elemento da cotidianidade no encontro com o turista globalizado e/ou *de massa* e favorecido das oportunidades de estar conectado com o mundo via internet em qualquer lugar e momento na própria comunidade.

Um elemento que acho representativo dos choques culturais, principalmente em Barra Velha entre modos de entender e praticar o cuidado que evidencio na análise comparada é a dificuldade expressa por lideranças, especialistas tradicionais e usuários de famílias mais antigas na compreensão das prioridades atribuídas pelos programas da Estratégia de Saúde da Família (por exemplo da saúde da mulher, da gestante, da criança) que não correspondem e contemplam à representação das prioridades comunitárias de atenção e acompanhamento da saúde de outros sujeitos, como o “ancião” ou a “a liderança com mais experiência da comunidade” que corresponde ambigualmente a categoria de

“usuário idoso”, definido a partir da idade cronológica. Em ambos os casos, a visão das lideranças com maior aproximação à PNASPI e a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) critica a concepção de núcleo familiar institucional que define *família os parentes* até o primeiro grau domiciliados na mesma habitação, quando a família Pataxó é considerada como uma rede mais ampla de relações de parentesco, non necessariamente ou variavelmente vinculadas ao domicílio: a mobilidade nas redes de parentes familiares de diferentes aldeias é elevada e, a depender do espaço comunitário, ao redor da casa dos pais illustrei que se agregam aquelas dos filhos e netos superando a definição e concepção de núcleo familiar institucional.

Se evidencia, portanto, a construção de uma visão êmica de tipo *crítica e contrastiva*, presente com diferentes intensidades em ambas as áreas que se diferencia de uma visão êmica *biomedicalizada-branqueada* que resulta mais evidente e explícita nas áreas urbanizadas de ambas as aldeias urbanas e principais. A categoria de usuário “dependente do posto” ou “com menor resistências “ ao atendimento e cuidado não indígena resulta a mais visível e a mais conhecida pelos profissionais dos Postos de Saúde enquanto representa a maioria dos usuários que procuram *espontaneamente* o atendimento aos postos de saúde enquanto permanecem distanciamentos, incomunicabilidade e desencontros com um número indefinido de usuários e famílias, normalmente identificadas como mais distantes. Isso tende invisibilizar por um lado os usuários mais resistentes e com menor confiança, conhecimento e compreensão das práticas dos serviços públicos e por outro lado, distancia as EMSI das práticas efetivas de autoatenção e das concepções híbridas sobre saúde, processos de adoecimento, cuidado e a atenção *diferenciada* dos usuários indígenas assistidos adentro das hibridizações

Nos territórios Pataxó da atenção básica *diferenciada* estudados se expressam e reproduzem diferentes leituras e atribuições de significados que criam uma polifonia dissonante, ambiguidades, encontros e desencontros entre as os discursos dos atores locais que produzem uma polissemia entorno da conceptualização e operacionalização da atenção *diferenciada*.

Os dois contextos são protagonistas de intensos processos de hibridização e dinâmicas de hegemonia e contra hegemonia que oscilam com gradações de hibridez entre essas duas macro dimensões da *emicidade* da atenção diferenciada: biomédica- do branco e tradicional- do Pataxó reproduzidas nos discursos em termos de hegemônica e contra-hegemônica e, como demonstrado por casa caso específico praticas efetivas de todos os atores de tipo híbrido, com diferentes intensidades e nuances de hibridização.

7.3. O sistema da atenção básica diferenciada: implantação e implementação de modelos

A breve análise da evolução dos serviços em ambos os contextos sanitários evidenciou uma implementação da atenção à saúde indígena que reflete uma perspectiva hegemonicamente *biomédica* da gestão local e das equipes da atenção básica na implementação, organização e realização das práticas de cuidado a partir de uma adaptação formal aos protocolos do SUS indiferenciado. Em termos de cultura de cuidado, o modelo *ab originibus* implantado não foi definido ou apresentado como (inter)culturalmente *diferenciado*.

Esse *imprimatur* da *medicina do branco* nunca foi questionada nos termos críticos da interculturalidade que balance o monopólio de práticas de cura não indígenas no Posto de saúde indígena. Isso porque em ambos os contextos o objetivo e preocupação ainda hoje prioritários da concepção das lideranças é a garantia da continuidade da presença da saúde pública e do atendimento ofertado pelo médico enviado pelo Estado no território das aldeias. O acesso à saúde pública no território da aldeia é representado em ambas as áreas indígenas pela expectativa da chegada do sistema público de saúde como “conquista” e resultado da “luta” das lideranças pelo reconhecimento de um direito à saúde diferenciado e “específico para o índio”, vindo assim à priorizar a importância do “acesso diferenciado” à atenção básica à saúde na aldeia mais que questionar a visão e tipologia de práticas de cuidado propostas. A expressão mais radical dessa posição é evidente na concepção difusa nos usuários de ambos os contextos estudados de uma atenção *diferenciada* como *privilegio* em relação ao não indígena.

Nesse sentido, em ambos os contextos os serviços de saúde nasceram a partir da delega e reconhecimento de autonomia ao profissional da saúde branco, geralmente médico, entendido como representante da *medicina do branco* e do Estado, que seguiu como traço estrutural da organização do processo de trabalho e tipologia de práticas em ambos os contextos sanitários, até hoje orientadas exclusivamente pela assunção do modelo vigente no SUS indiferenciado.

Isso aproxima a visão de lideranças e usuários atendidos à visão *institucional* biomédica da gestão e dos profissionais das EMSIs. Ao mesmo tempo, produz distanciamentos com a visãoêmica mais *crítica*, expressa por especialistas tradicionais, lideranças e parcialmente pelos usuários, principalmente aqueles que de fato evitam, não procuram e desconfiam nos serviços de cuidado da saúde pública.

O elemento que acomuna as concepções da atenção *diferenciada* até agora resumidas é a ênfase sobre o aspecto formal da diferenciação da atenção básica com foco na diferente organização e logística do atendimento garantido em todas as aldeias existentes, oficialmente reconhecidas ou não, através o transporte particular da SESAI.

Isso aproxima mais ainda as concepções da diferenciação da atenção como *formalmente* diferenciada conforme o efeito de “normatização inclusiva” considerado na introdução da pesquisa (Cardoso, 2014). Essa autora reforça assim a ideia que o perfil do usuário como medicalizado é correlacionado com o processo de biomedicalização promovido pela hegemonia do saber biomédico nas práticas de cuidado da atenção básica indígena:

“Do ponto de vista indígena, o acesso ao atendimento biomédico parece significar não somente um recurso terapêutico necessário, mas também os serviços (principalmente os medicamentos) são compreendidos como “bens”, que tendem a ser incorporados e postos a circular de acordo com a dinâmica interna das relações sociais e políticas” (CARDOSO, 2008, p.102).

Para completar a polissemia da atenção entendida como *diferenciada*, ambas as visões institucionais indígena e não, oferecem uma avaliação do cuidado da atenção pública em termos *funcionais* e mais uma vez formais quando consideram a qualidade da saúde indígena como pior que na atenção básica indiferenciada do SUS, vindo definir a atenção indígena *diferenciada negativamente*. A análise das condições de funcionamento do atendimento permitiu evidenciar essa leitura compartilhada da precarização dos serviços de base da atenção à saúde indígena, apontando em ambos os contextos os elementos que inviabilizam a oferta da qualidade “mínima” do cuidado considerado na legislação nacional como “básico”. Assim a atenção *diferenciada* é representada como *primitiva* mais que primária. A esse respeito acho interessante a reflexão proposta pelo autor Testa M (2000) sobre a qualidade da atenção básica ou primária.

“En países que no han conseguido establecer un sistema de esas características, esto es, regionalizado y con un adecuado sistema de referencia, la atención primaria de salud se transforma en atención primitiva de salud, un servicio de segunda categoría para población ídem. Y aún admitiendo que es mejor alguna atención que ninguna, no es posible escapar al hecho elemental de que en los países donde no funciona la regionalización ni la referencia, la atención primaria de salud no es la puerta de entrada al sistema de salud —lo cual podría garantizar una asistencia adecuada—, sino el único servicio disponible para la población a la que está destinada. Con esta caracterización, la calidad del servicio prestado en tales condiciones no puede alcanzar el nivel requerido.”, (TESTA M, 2000, p. 3)

Ao meu ver a qualidade da atenção aos Pataxó do subsistema de atenção à saúde indígena se configura como a segunda tipologia de modelo de atenção proposto por esse autor adentro do modelo de atenção não diferenciada do SUS que assume as características do modelo regionalizado.

Na minha leitura portanto as condições precárias são uma condicionante de tipo estrutural que em ambos os contextos limita a priorização da atenção à interculturalidade nas práticas de cuidado da saúde indígena. Em ambos os contextos, de fato os profissionais manifestam uma constante preocupação por não conseguir realizar o atendimento básico à toda a população assim que o alcance da meta da completa cobertura da demanda básica prevalece sobre qualquer outra prioridade de tipo mais qualitativo.

A esse respeito, evidenciei que a gestão local impõe em ambos os contextos parâmetros de produtividade, chamada “produção”, exclusivamente quantitativos e definidos a partir da adaptação do modelo de avaliação da atenção básica vigente no SUS que reproduzem uma visão focada no volume e na qualidade técnica do atendimento. Isso remete à problemática de tipo intercultural *crítica* sobre soberania, controle e participação indígena na construção dados da Saúde Indígena, tanto à nível de definição de metas e parâmetros de qualidade que de práticas de monitoramento, controle, acesso e análise dos dados do sistema informativo *diferenciado* (SIASI). Nesse sentido, a visãoêmica I não indígena expressa uma concepção da diferenciação da atenção como adaptação formal do modelo vigente no SUS à especificidades da *epidemiologia* indígena, pois não existem parâmetros qualitativamente diferentes para implementar o SIASI, tampouco interculturais ou interculturalmente construídos ou avaliados. Isso define a categoria associada ao conceito de atenção *diferenciada* como *adaptada*.

Todavia demonstrei que mesmo originados e construídos a partir do modelo indiferenciado da atenção básica do SUS, a implementação dos modelos a nível local no tempo, viu a adaptação das formas de organização do atendimento às necessidades da demanda das comunidades expressas, promovidas, impostas e mediadas entre as concepções das lideranças e comunidades locais e as dos profissionais das EMSI dos Postos de Saúde de Barra Velha e Coroa Vermelha e da gestão da SESAI local (polo-base de Porto Seguro) e estadual (DSEI-Bahia), passando pelas gestões da FUNAI e FUNASA.

Assim o Posto de Saúde de Barra Velha é o único que inclui um local de hospedagem para os profissionais não indígenas para garantir a disponibilidade ao atendimento contínuo e a disponibilidade de serviço permanente pelo profissional de

saúde (tipo plantão 24 horas), aproximando a concepção e prática de “dedicação total” ao cuidado aos *parentes* do especialista tradicional indígena, sempre disponível à “doar” o próprio conhecimento de matriz divina, abraçando a visão do cuidado ao indígena em termos êmicos como atenção *integral* que se deve à um *parente*, um familiar, “um primo”.

A categoria êmica de *integralidade* é associada à *diferenciação* requerida as práticas e entendimentos do profissional da atenção básica indígena (atenção *diferenciada* porque pressupõe dedicação *integral*). Isso, como evidenciado pode ser considerado a luz da responsabilização dos profissionais, particularmente das EMSIs que operam em condições de maior isolamento e piores condições de qualidade técnica, onde o profissional “se doa” até esgotar os próprios recursos pessoais, caindo em ciclos de *burn-out*, uma das causas que incidem sobre o *turn-over* dos profissionais das EMSIs.

A *fixação* da equipe nesse contexto é uma especificidade que como demonstrado produz aproximações afetivas e afetações culturais na convivência cotidiana da alteridade mais radical percebida no encontro intercultural de cuidado entre profissionais não indígenas e usuários. De fato os profissionais não indígenas que operam nesse contexto contam com uma experiência de longo prazo, considerada fundamental para ganhar a “confiança” dos usuários reconhecidos como menos acostumados ao contato contínuo com o não indígena que os usuários das comunidades Pataxó da área de Coroa Vermelha.

Ao contrário, o Posto de Saúde de Coroa Vermelha para enfrentar o crescimento da população e demanda exponencial de saúde (como evidenciado na Tabela 1) se estrutura para conter o triplo dos profissionais do *Posto* de Barra Velha e um número maior e mais variado de serviços que o caracterizam como mais complexo que um posto de saúde *standard* do SUS, mesmo que a população atendida estimada resulte duas vezes maior que a população indígena de Barra Velha).

Do ponto de vista da visão da gestão local do polo-base ambos os postos de saúde representam lugares de *excelência* em relação aos serviços nas outras áreas indígenas do polo-base. Todavia, como evidenciado em ambos os contextos a percepção da precariedade define a concepção da atenção *diferenciada* negativamente em termos de condições de(o) (processo) de trabalho tanto na perspectiva êmica biomédica dos profissionais das EMSIs que pela visão êmica comunitária dos usuários e lideranças.

A organização da oferta de cuidado em ambos os contextos sanitários é caracterizada pela insuficiência a priori de recursos humanos, como explicita o relação (razão) entre número de profissionais (Tabela 3) e tamanho da população atendida (Tabela 1) implica na falta de cobertura (medico-farmacológica, odontológica, mental),

agravada em ambos os postos de saúde da variável indisponibilidade das condições de base para realizar o atendimento “considerado básico” (insumos, medicamento, materiais de consumo, logística pelo atendimento nas comunidades).

TAB 3 - Dimensões dos serviços de atendimento da atenção básica indígena

	BARRA VELHA Aldeia Mae	COROA VERMELHA Aldeia Filha
Ano implantação da assistência à saúde indígena	1980 (Equipes volantes)	1990 (Visitas regulares do médico)
Ano inauguração posto de saúde	1998	2001
Ano última reestruturação	2007 (Prefeitura)	2009 (SESAI)
Distância do polo-base (Porto Seguro) e serviços de saúde outros níveis	64 km	7 km
Tamanho posto	Aprox. 100 m ²	Aprox. 100 m ²
Serviços ofertados	Atendimento de base e de urgência/emergência (Disponibilidade 24 hs, todos os dias da semana): Médico, enfermeiro, odontológico farmácia;	Atendimento de base: Médico, enfermeiro, odontológico, central de marcação de exames, implementação dados SIASI, farmácia, centro comunitário de massoterapia.
Número EMSI	1	3 (incompletas)*
Número profissionais	15	36
Número profissionais indígenas	11	22
Tipologia de profissionais indígenas	3 técnicos de enfermagem; 1 técnico de saúde bucal; 4 AIS; 3 AISAN;	1 enfermeira; 3 técnicos de enfermagem; 1 auxiliar de saúde bucal; 14 AIS; 3 AISAN
Lugar de atendimento nas extensões	1 "postinho"; 1 escola; 2 casas de usuários; 1 abaixo arvore	1 "postinho"; 4 casas de usuários; 1 abaixo de arvore

*Tem dois médicos, um dentista e 3 enfermeiras que coordenam 3 EMSI mais uma EMSI considerada “volante” que atende nas aldeias indígenas no confins entre prefeituras, cujo medico 1 vez por semana oferece atendimento também ao Posto de Coroa Vermelha.

No caso de Barra Velha, as condições aparecem ainda mais precárias e a sensação de esquecimento, omissão e distância *simbólica* das instituições públicas e serviços públicos expressa pela visão das lideranças e dos usuários. Aqui temos só uma EMSI e no território da aldeia urbanizada um AIS atuando por uma população da aldeia urbana de cerca de 2000 habitantes, o que representa uma maior carga de trabalho, agravada da implementação do modelo de atendimento no modelo de uma “mini-UPA” cujos profissionais são a disposição sempre, vinte-quatro horas por dia, sete dias na semana.

Na visão dos profissionais das EMSI e das lideranças, a gestão pouco clara e a redução dos recursos à saúde indígena local se somam à forma terceirizada da gestão dos serviços da atenção básica indígena vindo gerar descontinuidade do atendimento, cuja eficiência se vincula aos ciclos da contratação de prestadoras de serviços essenciais (carros, motoristas, limpeza) e à elevada rotatividade (*turn-over*) dos profissionais não indígenas, geralmente mais profissionalizados.

Na visão dos usuários e das lideranças cresce a desconfiança nos meios tecnológicos e na logística de funcionamento *diferenciados* devido à falta crônica do serviço de transporte e aos acidentes provocados por motoristas não indígenas, à falta da CASAI nos Municípios próximos e aos múltiplos casos não explicados de óbitos de *parentes* e numerosos casos de mal atendimento nos hospitais locais. Esses elementos contribuem para alimentar em ambos os contextos a sensação de redução ou perda do “privilégio” de um acesso *diferenciado* ao sistema de saúde público.

Na leitura indígena e não, em ambos os contextos evidenciei também a confusão na atribuição de responsabilidades no processo de precarização entre as ambíguas competências de SESAI e as secretarias de saúde das Prefeituras dos respectivos Municípios de referência. De fato um maior esclarecimento e informação compartilhada sobre esse assunto poderia favorecer uma maior colaboração entre essas instituições, mais ainda se consideramos os avanços alcançados no Município de Porto Seguro onde existe uma consultoria indígena da atenção básica, encarregada para facilitar o acesso à marcação dos exames para todas as aldeias do território municipal.

Considerando o tipo de atendimento ao posto de saúde, a impressão de excesso de demanda é visível em ambos os lugares, pois o fluxo da demanda espontânea é constantemente elevado, principalmente em Coroa Vermelha onde o atendimento médico e enfermeiro conseguem garantir uma maior continuidade e regularidade. Porém, em ambos os lugares os usuários criticam a regulamentação do acesso e as limitações impostas ao número de consultas medico-odontológicas, mesmo que em Barra Velha o atendimento médico enfermeiro são garantidos em qualquer horário do dia e noite em todos os dias da semana.

Tanto o fenômeno do “retorno do usuário” ao posto sinalizado por todos os profissionais que o constantemente elevado fluxo e número de usuários que se dirigem ao posto espontaneamente na procura de um cuidado, ao meu ver são expressão ou sinais e indicadores da inquietude de uma demanda reprimida e não expressa ou, melhor, que não consegue se expressar e fazer entender, ser ouvida e ser entendida pelos profissionais dos

Postos. Na minha leitura, a dimensão da demanda espontânea dos usuários Pataxó tem assim que ser relacionada à comum preocupação dos profissionais de ambos os contextos de não ter um conhecimento e compreensão das características (híbridas) da demanda das comunidades assistidas, “do que querem os usuários do posto de saúde” (Profissional indígena de Coroa Vermelha), ou a frustração de “não conseguir oferecer o que eles precisam” (Profissional não indígena em Barra Velha).

Conforme evidenciado, em ambos os contextos a visão êmica dos profissionais, especificamente dos não indígenas, ressalta as determinações sociais da saúde e menos aquelas culturais assim que a compreensão êmica indígena dos processos de adoecimento resulta mais abrangente, pois articula várias dimensões da vulnerabilidade indígena e define múltiplos “dispositivos patogênicos estruturais” (BIBEAU, 1994), não considerados na leitura de tipo biomédico *institucional* de profissionais e gestores públicos não indígenas da Saúde Indígena. Nesse sentido as ações de construção participada de um diagnóstico situacional do novo médico em Coroa Vermelha parecem se direcionar para responder à essa problemática central de maior compreensão (ambivalente) da demanda e condições de saúde dos Pataxó.

O atendimento realizado em ambos os postos de saúde é criticado pelo primeiro acolhimento ao usuário pois não consegue filtrar a demanda espontânea e facilitar o acesso ao posto de saúde, percebido pelos usuários como um percurso a obstáculos. De fato, as barreiras físicas da estrutura do lugar do acolhimento (recepção) são emblemáticas da falta de atenção por esse primeiro contato no posto de saúde de Coroa Vermelha. Em ambos os contextos as barreiras arquitetônicas também limitam o acesso para portadores de deficiências, portanto excluídos a priori do uso autônomo dos espaços da saúde indígena pública local.

O impacto visual de ambas as estruturas é imagem da visão e perfil biomédico dos serviços de saúde *diferenciados* e escassos resultam os espaços de comunicação aos usuários e informação visual sobre a organização e funcionamento do atendimento das EMSI. Em geral, o nível de informação ao usuário é deficitário tanto do ponto de vista da comunicação escrita que daquela repassada diretamente pelos profissionais nos momentos do acolhimento e contato no Posto de Saúde, só parcialmente justificada pela pressão da demanda espontânea.

Em ambos os contextos sanitários, os Agentes Comunitários das aldeias mais distantes têm uma função central na difusão de informação sobre o funcionamento e o acesso ao atendimento. A possibilidade de valorizar a função de difusão de informação

básica orientadas à prevenção e promoção da saúde através (da capacitação) do profissional indígena (AIS) parece necessária, especificadamente nas condições mais precárias da urbanização e saneamento básicos dessas aldeias. Como indicado em cada análise dos resultados etnográficos vários estudos evidenciam as potencialidades, também do ponto de vista da ação preventiva que passa pela comunicação e informação.

Ao invés disso, a produção e circulação da informação entre profissionais e usuários, em ambos os casos passa por canais ocasionais, informais, não estruturados, confiando mais no *boca a boca* entre *parentes* que na estruturação de eficazes canais de divulgação da informação através do agente comunitário e nós das redes familiares comunitárias, resultando portanto um fluxo intermitente, parcial e pouco eficaz na visão dos usuários que não conseguem ser atualizados nem sobre as consuetudinárias variações do atendimento dos padrões previstos.

Por exemplo, considerando as dificuldades e as barreiras que limitam o acesso ao atendimento aos usuários das aldeias menores e mais distantes, tanto aquele variavelmente realizado na aldeia que no Posto de Saúde na aldeia urbana, resulta prioritário por um lado aprimorar a pontual divulgação da informação relativa ao cronograma atualizado das modalidades e práticas do atendimento (horários de abertura do posto, disponibilidade efetiva do profissional por tipo de consulta, resposta de exames, convocações para consultas obrigatórias); por outro lado, a divulgação da programação das atividades e práticas de cuidado realizadas nas comunidades, incluindo as atividades de educação, promoção e prevenção. Isso iria permitir superar a forma que assumem essas atividades atualmente: esporádicas, ocasionais e limitadas à um número espontâneo de ouvintes casualmente presentes nos momentos de espera do atendimento. A título de exemplo da escassa programação e planejamento participado desse tipo de atividades e por consequência da falta de efetividade me refiro à uma breve palestra sobre métodos contraceptivos realizada em um momento casual de espera do atendimento do médico em uma aldeia menor, assistida prevalentemente por meninos menores de 10 anos, alguns nos colos das mães, na qual foi exibido o método para utilizar o preservativo feminino que gerou muitas risadas gerais, incompreensões pelos meninos e escassa atenção por consequência das mães.

O problema da circulação e divulgação da informação concerne também a relação entre polo-base, Postos de Saúde e os serviços da atenção à saúde de maior complexidade, pois a falta de linhas telefônicas e internet são barreiras estruturais que parcialmente só

podem ser superadas no contexto de Coroa Vermelha, mais próxima à sede da gestão local da saúde indígena e as prefeituras dos dois municípios de referência.

A falta de informatização implica em um funcionamento dificultoso das práticas de registro e consulta compartilhada dos prontuários em ambos os lugares, mesmo que em Coroa Vermelha a existência de um ponto local de implementação dos dados do SIASI seja um exemplo da possível melhoria do processo burocrático. O problema da falta de espaços próprios para proteger todos os arquivos de papel das EMSI aumenta a necessidade da digitalização das informações e dados da saúde da população local e os documentos que regulamentam institucionalmente a atenção básica indígena. Além disso a gestão digital dos prontuários iria criar as bases pela gestão em rede das informações de cada usuário que poderia facilitar para acolher o *parente* Pataxó em qualquer comunidade esteja procurando a atenção da Saúde Indígena.

Na visão dos usuários e *institucional* das lideranças, a burocratização do trabalho do profissional da saúde é um fator de redução da atenção efetiva e integral do profissional indígena aos *parentes* e escassa resulta o conhecimento das atividades de *back-office* do profissional da saúde. Em Coroa Vermelha, a possibilidade do acesso generalizado a internet pode favorecer o uso de simples tecnologias digitais (por exemplo do prontuário eletrônico) para reduzir o “tempo burocrático do cuidado” (Profissional indígena), assim como incentivar formas de comunicação com os grupos de famílias dos usuários através das redes sociais virtuais. De fato, alguns AIS ao longo da experiência da pesquisa começaram construir grupos de comunicação (através da aplicação Whatsapp^R) o que garantiu abrir um canal de comunicação rápida através do contato virtual, imediato e mais amplo entre Agente Comunitário e as famílias de usuários de própria referência.

Os perfis étnicos das EMSI, como evidenciado na metodologia, são caracterizados por uma maior presença de profissionais indígenas, mesmo que em Coroa Vermelha os profissionais técnicos são na maioria não indígenas e a etnicidade dos profissionais das EMSI resulte mais heterogênea que em Barra Velha. Aqui os profissionais indígenas fazem parte famílias de lideranças que concentram poder político e espiritual, portanto possuem um perfil intercultural construído a partir da vivência dos conhecimentos tradicionais Pataxó em saúde.

De fato, etnia e etnicidade dos profissionais são variáveis que na minha leitura resultam centrais, *core* ou *núcleo pulsante* das possibilidades da interculturalidade do cuidado, consideradas superficialmente, marginalmente e ambigualmente pelos ditames legislativos assim como evidenciei na análise da PNASPI proposta na introdução da tese.

Se, como demonstrado pelas análises propostas a etnia não garante uma sensibilidade intercultural e o conhecimento tradicional Pataxó em saúde, a etnicidade reflete a possibilidade de construir e expressar competências culturais na saúde indígena local.

Para ser mais explícito, a tese da pesquisa nasce a partir do pressuposto (hipótese) da diferenciação (inter)culturalmente apropriada das concepções e práticas do profissional *parente* no cuidado ofertado pelas EMSI. Na análise das narrativas e das observações das práticas no cotidiano dos serviços a etnicidade do profissional indígena de fato se expressa transversalmente em todos os momentos do atendimento. Seguindo na descrição comparada do funcionamento dos serviços evidencio essa dimensão nas suas tonalidades e intensidades pouco evidentes mesmo que presentes nas práticas cotidianas do modelo de atenção à saúde indígena local.

Olhando para a organização e perfil das equipes de saúde dos dois postos evidenciei a elevada rotatividade dos profissionais não indígenas, geralmente mais qualificados que depende, no caso de Barra Velha da necessidade e disponibilidade a longas permanências ou residência dos profissionais que não moram no território da aldeia, dada a distância dos centros maiores e das próprias casas e famílias.

Por outro lado, a mudança na composição das EMSI, especificamente no caso de Coroa Vermelha é consequência da influência e poder das lideranças na definição da nomina e demissão dos profissionais, especificamente os *brancos*. Nesse contexto e no processo de trabalho das EMSI assume uma conotação ambígua a partir do forte atrito interétnico entre os profissionais dos postos de saúde que não se encontra na EMSI de Barra Velha. A pressão da “fiscalização e controle das lideranças” aqui é percebida como uma ameaça pelo profissional *branco* que produz separações étnicas entre grupos de profissionais das EMSI. De fato, quase todos os profissionais agentes de saúde indígena estão frequentando o curso de técnico de enfermagem, com a intenção e esperança de assumir esse papel dando seguimento ao cuidado pela própria comunidade, na mesma equipe na qual está atuando. Isso reforça os atritos entre profissionais indígenas e não pela competição em relação à disputa de vagas de trabalho na saúde indígena. Aqui encontramos as ambiguidades assinaladas por Follman (2013) quando evidencia a vantagem e status social diferenciado do profissional indígena e os interesses e motivações em jogo no campo da comunidade dos indígenas, *parentes*.

As estratégias das lideranças locais de *indigenização* dos serviços públicos diferenciados locais (escola, saúde), em ambos os casos é considerada uma forma de posse do índio, na autogestão e autodeterminação do serviço dedicado à saúde das suas

comunidades, sem questionar em quais termos isso pode introduzir o saber tradicional nas práticas biomédicas da saúde indígena pública. Nesses termos a atenção básica assume as *formas diferenciadas* determinadas pelo protagonismo e poder político das comunidades (*diferenciada como indigenizada*) que resultam portanto ambigualmente interculturais, pois aparentemente mais orientadas à exclusão da presença do profissional não *parente* que à redução da hegemonia das práticas da medicina não indígena na saúde pública indígena. Essas reflexões são compartilhadas com a citada autora Ferreira LO, quando utiliza o conceito da indigenização conforme Turner para explicar:

“A luta pela autodeterminação indígena mostra um esforço para assumir o controle da administração oficial (...) transformando-a em fonte de recursos políticos para os povos nativos. Essa luta inclui a substituição dos “brancos” pelo pessoal nativo, a busca de maior controle político e econômico sobre a terra e os recursos naturais (...) conferindo aos nativos o estatuto especial de “cidadãos com direitos adicionais” (...)”, (FERREIRA LO, 2013, Op. cit., p. 40).

Em ambos os casos estudados, o profissional indígena é ambigualmente reconhecido pela capacidade de se adaptar ao conhecimento e modelo de cuidado do branco pois a visão das lideranças (ênica *institucional*) crítica o tipo de formação exclusivamente da *medicina do branco* e a subordinação nas hierarquias das EMSI, dominadas em ambos os casos por profissionais não indígenas, mesmo que uma das EMSI de Coroa Vermelha seja coordenada por uma enfermeira da comunidade.

Em ambos os contextos ressalta a falta absoluta de formação inicial pelo AIS, o *elo* fundamental entre EMSI e comunidade indígena, assim como já referido por vários estudos nos quais referenciei as análises dos capítulos anteriores, porém aqui recupero o citado estudo de Langdon EJ e Dihel EE (2007), que põe em relação ao investimento na formação para se tornar auxiliar/técnico de enfermagem com o escasso peso desse profissional na hierarquia da EMSI.

O acesso à profissão em Barra Velha porém é subordinado à superação de uma prova instituída pelo conselho comunitário local a confirmação da concepção *biomédica* das competências do ofício de profissional de saúde pelas lideranças. Em Coroa Vermelha a nomina dos profissionais indígenas é mais diretamente dependente da escolha dos caciques entre as “famílias aliadas”, deixando em segundo plano o perfil do novo profissional. Isso remete também a escassa consideração pelas competências do novo profissional em termos de saúde tradicional Pataxó e capacidade de transferir conhecimentos oriundos das comunidades pelo bem estar das comunidades, assim como pedem os anciões e especialistas tradicionais.

A *indigenização* assim não consegue atingir os níveis hierárquicos mais elevados que correspondem em ambos os contextos as posições ocupadas pelas categorias profissionais mais especializadas por profissionais *brancos* e, de fato não modifica a hegemonia do tipo de práticas de cuidado, criando atritos de base étnica intra-equipe que não discutem ou questionam o tipo de prática e visão profissional do cuidado. No caso de Coroa Vermelha, nas visões dos profissionais não indígenas mais *etnocêntricas*, a total *indigenização* do Posto de Saúde leva ao risco da redução da resolutividade dos serviços, a partir do menor capital formativo biomédico e breve experiência profissional no *SUS não indígena* (além da Atenção básica da Saúde Indígena) e até a predisposição à “pegar leve” porque protegidos pelas famílias das lideranças que definem o perfil dos colegas indígenas, assumindo essas competências como suficientes para operar (biomedicamente) em contextos reconhecidos interculturais na legislação nacional.

Esses atritos reduzem a possibilidade do fortalecimento do *vínculo* entre os profissionais das EMSI e comprometem as relações de trabalho no Posto de saúde, aumentando os fatores de insatisfação e estresse dos profissionais da saúde.

Em Barra Velha os profissionais indígenas têm um histórico de formação baseado no acompanhamento dos profissionais mais especializados (não indígenas) que por um lado favoreceu a criação de *vínculos* interétnicos na EMSI, polarizados nas figuras do médico e enfermeira, pois o dentista acabou de se instalar depois de um ano de falta de serviço odontológico. No tempo, illustrei que isso permitiu uma maior autonomia e responsabilidade do profissional indígena na EMSI, a partir da variável disponibilidade dos profissionais mais qualificados nos momentos de atendimento de tipo emergencial.

Concretamente, nesse contexto os técnicos colaboram com os profissionais não indígenas efetivamente nos momentos de acompanhamento do atendimento, pois em Coroa Vermelha os técnicos indígenas são responsáveis de serviços complementares que só indiretamente tem a que ver com a relação de atendimento ao usuário, ocupando posições representadas como “privilegiadas” pelas condições de trabalho de maior autonomia da EMSI e do atendimento.

Se em Barra Velha o profissional indígena é fundamental na sua complementariedade e assunção de responsabilidades ou autonomia além dos padrões vigentes em Coroa Vermelha, o profissional não indígena tem um perfil construído através de trajetórias de convivência de longo prazo na saúde indígena e nas comunidades atendidas que favoreceu a sua *fixação* na área da *Aldeia Mãe*.

Assim o profissional não indígena consegue ganhar a “confiança” do *parente* Pataxó e abater as barreiras culturais de distanciamento e resistência ao contato que se define na base da relação de tipo *empático*, nesse contexto Pataxó mutuamente representado como como caracterizado pela etnicidade entendida na forma de *alteridade* mais *radical* que em Coroa Vermelha. *In summa*, aqui o profissional *branco* consegue ser considerado na visãoêmica e publicamente declarado pelas lideranças locais (êmica *institucional*) como elemento integrado à comunidade. Dessa forma o profissional não *parente* consegue ser reconhecido, acolhido e escutado a partir do poder simbólico atribuído e *ratificado* pelas comunidades.

Todavia, isso não necessariamente significa que o usuário consiga sempre ser atendido conforme as próprias necessidades ou entendido, pois em ambos os contextos é sujeita distanciamentos a relação do profissional não indígena com o usuário Pataxó com menor aproximação e abertura ao contato interétnico em geral e no específico terapêutico segundo os cânones de saber definidos pela medicina não indígena: o usuário de fato encontra dificuldades no entendimento da linguagem utilizada na descrição do tratamento terapêutico, do tipo de cura, fármacos e posologias que geram confusões e práticas não corretas de tratamento farmacológico difusas. A tendência à automedicação na base de orientações não medicas ou de especialistas tradicionais pode depender do acesso “fácil” aos fármacos incentivado pela comercialização direta nas aldeias ou a indisponibilidade dos fármacos prescritos ao Posto considerada junto as dificuldades econômicas dos usuários, o que promove a procura de soluções alternativas que saem dos percursos indicados pela atenção básica e “autoatenção” Pataxó e assumem as formas da automedicação e “autocuidado”, em referência novamente as categorias propostas pelo autor Menéndez. Isso produz efeitos negativos sobre a saúde dos *parentes* pela assunção errada ou a interrupção dos percursos terapêuticos de muitos usuários considerados mais *medicalizados*, na visão das EMSI de ambos os contextos.

Como ulterior aspecto da organização dos modelos de cuidado, a coordenação e organização do processo de trabalho resulta pouco dinâmica e participada, ressaltando a necessidade de uma coordenação geral do Posto de Saúde de Coroa Vermelha dada a presença conjunta de diferentes EMSI e, em ambos casos uma maior continuidade e frequência de reuniões que envolvam e sejam participadas por todos os profissionais das EMSIs.

Na prática, o planejamento das atividades dos Postos é orientada exclusivamente pelas metas quantitativas da gestão e tende ser centralizada na figura da enfermeira,

ampliando a carga de responsabilidade desse profissional e reduzindo a participação ativa dos outros profissionais responsáveis (médico, dentista).

Em ambos os contextos o tempo da prática de planejamento e avaliação participados pelos profissionais das EMSI são limitados e parciais pois a prioridade, assumida como prática na rotina da atenção básica, é a garantia do maior tempo possível a ser dedicado às visitas ambulatoriais que, no caso de Barra Velha se estende em momentos e lugares além do ordinário horário de abertura do posto de saúde.

A falta do *vínculo* entre profissionais das EMSI, se agrava pela falta de práticas consolidadas e continuadas de discussão, análise, avaliação e articulação entre e dentro das EMSI de Coroa Vermelha, assim como entre os profissionais da EMSI de Barra Velha. Isso limita a priori a possibilidade de ampliar a capacidade de participar, colaborar e discutir de forma ativa, crítica, coletiva e unitária, ou “horizontalidade” e “simetria” indicadas por Walsh C. na definição de *interculturalidade* de tipo *crítico*, entre profissionais para melhorar a oferta de saúde local, deixando todos os profissionais na já citada sensação de frustração de não conseguir responder singularmente e gerir como equipe a demanda de saúde das comunidades. Sinais positivos, nesse sentido, é a chegada do novo médico em Coroa Vermelha que está dinamizando o trabalho e relação nas EMSI através da *inédita* participação às reuniões de programação entre as enfermeiras e os AIS. A realização do diagnóstico da situação de saúde das comunidades realizado de forma participada pelas EMSIs e as comunidades assistidas são ações que podem ter reflexos na procura de uma compreensão intercultural das práticas de saúde.

Mesmo assim, a dificuldade de entender a demanda e necessidades das comunidades pelos profissionais, indígena e não, de ambos os postos de saúde se impõe como necessidade amplificar a escuta mútua e uma fala ambivalente que aprimorem os processos de conhecimento e aproximação entre a visão *êmicas tradicional comunitária* Pataxó dos usuários, *institucionais* de lideranças indígenas, anciões e especialistas tradicionais e *institucionais* da gestão e profissionais das EMSI, contempladas nas suas variantes expressões de hibridez que podem assumir em relação a uma série de variáveis contextuais históricas que perpassam diferentes níveis de condicionamentos e determinações complexas pois multifatoriais e sujeitas a múltiplas leituras.

Esse processo permitiria reconhecer as práticas do sistema tradicional Pataxó em saúde, as práticas de auto atenção do usuário e as hibridizações existentes ou possíveis entre práticas de cuidado orientadas por diferentes saberes. Por outro lado, essa metodologia poderia evidenciar e inverter os desequilíbrios de poderes que interferem no

processo de realização do cuidado público aos Pataxó e compreender de forma ambivalente o tamanho e características da demanda reprimida, especificamente aquela da saúde mental dos usuários Pataxó.

Ao mesmo tempo, uma maior aproximação entre os sujeitos e atores ambigualmente portadores dessas concepções, entre si diferenciadas sobre a atenção *diferenciada* e as práticas de cuidar, pode completar a visão parcial de usuário e lideranças sobre os vínculos e limites normativos que influenciam negativamente a oferta de assistência sanitária, vindo compartilhar com os profissionais uma perspectiva mais ampla sobre as problemáticas estruturais que definem as condições e necessidades da qualidade dos serviços e do atendimento às comunidades.

De fato, na análise do funcionamento dos modelos de atenção, a participação é uma outra categoria do discurso sobre a interculturalidade que resulta deficitária. Portanto em ambos os casos, além das falhas na participação dos profissionais às reuniões de equipe e dos usuários aos problemas ordinários do *Posto* nas reuniões comunitárias, os profissionais questionam a escassa participação das lideranças e caciques que vigiam e controlam a saúde indígena local nas reuniões com as EMSI. Isso demonstra todavia que a eficácia do conselheiro indígena de saúde não consegue contribuir para reduzir essa distância das lideranças com os problemas cotidianos dos profissionais, pois como mais evidente em Coroa Vermelha, esse ator é subordinado ao processo de tomada de decisão centralizado nos caciques e aos equilíbrios das alianças entre famílias poderosas de *parentes*.

A partir da minha leitura portanto está prioritariamente faltando uma prática intercultural de participação na saúde indígena local que favoreça a compreensão ambivalente dos problemas de saúde e que contemple uma análise e valorização da (in)satisfação de profissional e usuário da Saúde Indígena. Isso a meu ver pressupõe a concordância e adesão à um projeto que construa *momentos* e *espaços* de encontro e confronto participado entre os atores do processo de cuidado da saúde indígena local a fim de encontrar possíveis soluções ao adoecimento das comunidades indígenas.

Em definitiva, a articulação a nível local entre sujeitos e atores locais, heterogeneamente portadores de conhecimentos, entendimentos e práticas diferentes de atenção e auto atenção da Saúde Indígena pode construir uma leitura e entendimento compartilhados dos problemas de saúde das comunidades, focando na mútua compreensão das múltiplas determinações socioculturais que influenciam tanto as

condições da saúde dos *parentes* que a qualidade do atendimento da atenção básica pública.

Uma outra questão central que caracteriza ambos os contextos e acomuna a visão de lideranças indígenas e profissionais das EMSI é o reconhecimento do pouco espaço dedicado à educação, promoção e prevenção à saúde, parcialmente motivados pelo espaço tomado pela demanda de atendimento ambulatorial e as condições precárias para garantir o “mínimo do básico” (Profissional não indígena de Barra Velha). Nesse caso também, os maiores recursos do Posto de Coroa Vermelha e a orientação dos médicos (tanto aquele da equipe volante que dos dois novos médicos do Programa Mais Médicos) à aprimorar ações de prevenção são sinais de uma possível mudança na articulação com as escolas indígenas locais e as universidades.

Em ambos os casos enfim, resulta grave a desarticulação com os serviços mais complexos da atenção básica indígena, e omissiva a falta de apoio e acompanhamento do usuário indígena aos serviços fora da atenção diferenciada, agravada pela falta de CASAI, assim que urgente parece a necessidade de instituir formas de mediação e acompanhamento intercultural nos serviços desse níveis e percursos de alfabetização intercultural aos profissionais que realizam o cuidado da saúde pública nos contextos com populações indígenas.

Isso além das formulações não operacionalizadas nessas áreas indígenas do modelo de “hospital amigo do índio” que desde a Portaria MS nº 645, de 27 de março de 2006 que no art. 2 especifica que deveriam observar a “garantia do respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde nos projetos terapêuticos singulares e na ambiência física além da “garantia de processo de Educação Permanente aos profissionais com respeito à interculturalidade e a valorização das práticas tradicionais de saúde”. Assim a *diferenciação* da atenção diferenciada corre o risco de subir um recorte do seu significado semântico como *atenção diferenciada primaria*, pois nos outros níveis de atenção não existem, no contexto de referência, modelos ou projetos interculturalmente orientados ao atendimento diferenciado culturalmente.

Em relação as práticas de cuidado realizadas pelas EMSI, além da relação de cuidado e da comunicação e relação intercultural que diferenciam o profissional indígena assinaladas, as análises evidenciaram formas espontâneas de articulações entre saberes diferentes e práticas híbridas que demonstram em ambos os contextos uma certa flexibilidade dos modelos, mesmo na dominância biomédica.

Nesse sentido a abertura à fitoterapia como prática e orientação complementar do médico em Coroa Vermelha que pode se aproximar aos conhecimentos fitoterápicos e curativos Pataxó, além da prática de terapia comunitária através da massoterapia inserida na programação do atendimento nas comunidades-*extensões* se propõem como ações que favorecem a interculturalidade do cuidado local.

Em Barra Velha, a articulação com as parteiras tradicionais é um elemento de destaque que de fato define uma colaboração institucionalmente reconhecida entre EMSI e especialistas tradicionais. Mostrei nesse caso a tendência à delega de responsabilidade às parteiras do cuidado à gestante só no momento do parto que portanto não corresponde à um reconhecimento da articulação entre saberes. Porém, mostrei também as possibilidades de articulação espontânea no percurso de acompanhamento da gravidez, parto e puerpério entre especialista tradicional e profissional indígena. Em geral, a crítica das lideranças evidencia a *funcionalidade* do serviço ofertado pelo especialista profissional às falhas do sistema público, pois a cura na aldeia resolve a problemática das barreiras geográficas do acesso aos serviços hospitalares urbanos evitando os riscos pela saúde do usuário e reduzindo os custos de acompanhamento/atendimento pelo sistema de saúde público.

Porém, a análise etnográfica evidencia também que no *tempo* se desenvolvem aproximações e colaborações efetivas entre profissional e especialista tradicional que se prolongam por toda a experiência da gestação e portanto além do momento específico do parto, produzindo formas de articulação, integração e complementariedade, nos momentos de emergência e formas de presença em conjunto desses dois atores que oportunizam a oferta potencializada de cuidado aos olhos das usuárias.

As únicas experiências de formação intercultural oferecidas pelo Estado (SESAB) às parteiras de ambos os contextos se resolveram em uma edição de um breve e básico curso de formação de tipo biomédica da prática do parto em uma perspectiva de integração e complementariedade das práticas. A partir dos relatos das participantes, essa iniciativa limitada a uma edição nunca mais repetida, foi percebida ambigualmente como encontro cultural e troca de conhecimentos pois foi realizado fora das aldeias (o lugar do cuidado) e o material informativo recebido não resultou apropriado, enquanto escassamente acessível na forma escrita pois os especialistas tradicionais não pouco escolarizados/alfabetizados e produzidos com uma linguagem que resulta incompreensível.

Em Barra Velha, a maior difusão de práticas de auto atenção implicam no respeito dos profissionais das EMSI da escolha do usuário e aceitação da variedade de regras de tipo preventivo (tabus) podem variar em relação aos conhecimentos específicos que se transmitem em cada linhagem familiar. Nesse sentido, o conhecimento tradicional tem que ser considerado nas formas que assume tanto nas práticas dos especialistas tradicionais que nas práticas de autoatenção dos usuários, vindo mais uma vez concordar com Langdon EJ (2013).

Do ponto de vista do usuário Pataxó representado como “mais resistente” às práticas não indígenas de cuidado, a atenção diferenciada vem a ser entendida como uma possibilidade *alternativa* ao cuidado do especialista tradicional e as práticas de autoatenção Pataxó, vindo definir uma nova concepção ou categorização da atenção diferenciada (atenção *diferenciada alternativa*).

A garantia da liberdade de escolha do percurso de cura (tradicional, público ou misto) reconhecida ao usuário é uma regra interculturalmente construída que é menos evidente em Coroa Vermelha, onde a heterogeneidade dos perfis dos usuários e a hibridização das práticas de autoatenção e a biomedicalização é mais visível e evidente e avançada mais que em Barra Velha. Nesse sentido no contexto da *Aldeia Mãe* os profissionais indígenas e não indígenas são mais alinhados no respeito do saber e das práticas tradicionais e da escolha do usuário, assim que a prática da dupla orientação à assunção mista de remédios/fármacos (Pataxó e biomédica) é uma *práxis* espontânea, mas compartilhada entre todos os profissionais, mesmo que mais frequente nos profissionais indígenas. Nesses termos a diferenciação da atenção se expressa na visão da EMSI na forma da *integração e complementariedade* (atenção diferenciada *complementar*).

Porém, como evidenciado no caso das práticas do parto tradicional, na visão mais crítica das lideranças que compartilho a partir da observação participada, o profissional da EMSI se referencia e recorre as práticas e conhecimentos em cuidado Pataxó nos casos de impossibilidade e falha do sistema público de realizar o cuidado (falta de remédios, indisponibilidade do profissional ou do meio de transporte para os serviços de emergência). Assim, as práticas e remédios tradicionais podem complementar a falha do sistema público, assim que de mais que complementares ou alternativas, as práticas tradicionais de cuidado se tornam funcionalmente *substitutivas*. Nesse sentido, ao meu ver, se constitui uma concepção êmica e ética na qual a atenção básica é *diferenciada* porque pode recorrer funcionalmente às práticas do sistema de saúde indígena para (atenção *diferenciada funcionalmente integrativa* ou *reparadora*).

A variedade de concepções e práticas híbridas apresentadas nessa análise comparada da atenção básica diferenciada nos dois contextos comunitários Pataxó, na minha leitura explicitam formas de articulação entre saberes diferentes em saúde, interculturalmente sensíveis, oriundas de mediações construídas no tempo da convivência ligado a fixação dos profissionais não *parentes* nas aldeias. Essas formas são modeladas, construídas e pactuadas implicitamente no cotidiano da prática da relação intercultural de cuidado entre usuário e profissional e entre os profissionais da EMSI, em processos de mútuos aprendizagem que geram mudanças nas *práxis* de relação e prática de cuidar.

Essas competências, construídas paulatinamente e de forma autônoma por cada profissional não resultam evidentes na hegemonia da concepção biomédica que define a organização dos processos de trabalho, os protocolos das competências profissionais das EMSI e monopoliza o tipo de formação ao profissional da saúde indígena. Por isso esse tipo de competências passam facilmente despercebidas, pois não são protocoladas e dificilmente reconhecidas, mesmo que realizadas pelos profissionais da EMSI em Barra Velha e em geral, pelo profissional indígena. As práticas de mediação linguística e cultural realizadas pelos profissionais indígenas em ambos os *Postos* emergiram portanto como uma evidência da pesquisa, pois em ambos os contextos não são reconhecidas institucionalmente em alguns casos minimizadas pelos colegas não indígenas e, paradoxalmente também pelos mesmos profissionais indígenas que as realizam de uma forma *espontânea*.

As diferenciações e similaridades de tipo macro e micro entre as duas realidades de serviços de atenção básica até aqui analisadas podem ser resumidas, seguindo a intenção polifônica da pesquisa, agregando as representações dos protagonistas da relação de cuidado, o usuário e profissional da saúde, construídas a partir das narrativas e das integrações das práticas de cuidado através da observação participada.

Isso permite evidenciar com mais precisão as especificidades dos perfis desse dois atores e as implicações nas práticas de cuidado. A análise assim realizada evidencia as três dimensões do modelo de etnografia *tridimensional* descritas no primeiro capítulo que o autor Dietz G. (2012, Op. Cit.) define como estratégia de “análise intercultural”, aqui retomada a partir da polissemia das concepções êmicas e poliformia das práticas localmente produzidas pelos múltiplos atores e poderes que definem a operacionalização da atenção *diferenciada* nas comunidades Pataxó. Por isso evidenciei na perspectiva êmica a representação e concepções da atenção diferenciada perseguindo uma dimensão semântica do objeto, secundariamente analisando as práticas ou *habitus* intercultural no

cotidiano dos serviços e do processo doença-saúde-atenção para ganhar uma dimensão pragmática e enfim, uma análise *sintática* centrada nas instituições locais que influenciam a interculturalidade do cuidado na atenção básica local.

7.4. O usuário e o profissional, qual interculturalidade?

A definição do perfil das comunidades de usuários como portadoras de especificidades culturais que justifiquem a diferenciação do cuidado é como dito sujeita a leituras diferentes entre as ambiguidades e hibridizações do usuário “resistente” que menos aparece ao posto espontaneamente e o *bio(menta)medicalizado* que utiliza com mais frequência os serviços de saúde e resulta portanto a categoria mais percebida e visível da demanda espontânea que *aparece* ao posto de saúde cotidianamente.

Por um lado, portanto, resulta evidente a relação entre biomedicalização e dependência das curas biomédicas de uma crescente tipologia de usuários indígenas, assim como descreve Oliveira (2005):

“Tais técnicas de “assistência” levam frequentemente à destruição de sistemas terapêuticos autônomos e a instituição de fortes vínculos de dependência com as instituições alienígenas, fazendo com que o indígena ingresse neste universo através de uma mercadoria (o remédio como símbolo da cura). A medicalização progressiva irá aumentar ainda mais essa dependência, pois toda a ação de saúde estará sempre centrada em mercadorias - que não são produzidos pelos indígenas (como os equipamentos e exames, os especialistas e a administração de remédios)” (OLIVEIRA JPD, 2005, pag. 25).

De fato, em ambos os casos estudados, os profissionais responsáveis das equipes tem dificuldades em entender o comportamento do usuário que segue retornando ao posto, o “usuário dependente”. Na minha leitura, por outro lado isso tem a que ver com a dificuldade geral de entender as necessidades da demanda das comunidades de usuários como expressado pelos profissionais de ambos os contextos.

O *retorno ao Posto* se configura como uma manifestação da inquietude e insegurança das preocupações dos usuários por não conseguir encontrar uma resposta ao próprio mal estar devida à ineficácia do sistema de referência e contra referência da atenção básica indígena e a falta de comunicação e informação. O *retorno ao posto* é um sinal de recíprocos desentendimentos, incompreensões e desencontros entre usuário e profissionais do Posto de Saúde que criam experiências de desorientação, incerteza e medo mais que o usuário se adentra nos meandros dos percursos terapêuticos nos outros níveis da atenção à saúde do SUS indiferenciado. No específico, a diferenciação da

atenção hospitalar vem a ser percebida a partir dos episódios de racismo e mortes imprevistas, assim que a atenção nos níveis mais complexos é *diferenciada* no sentido de *racista e iatrogênica* pelos usuários.

O acolhimento e escuta dos problemas desse tipo de “usuário dependente” do serviço público de saúde poderia ser uma oportunidade a ser priorizada para ampliar a compreensão do volume constante e das características da demanda do(s) usuário(s) aos postos de saúde.

Em geral em ambos os contextos, tanto a visão de tipo *institucional* das lideranças indígenas (caciques, conselheiros da saúde, professores) que da gestão e dos profissionais não indígenas criticam a escassa participação e pro atividade das comunidades para enfrentar os problemas que afetam a organização e realização do cuidado público. O *assistencialismo* é considerada pelos profissionais uma tendência que se expressa no usuário “acomodado”. A esse propósito, o desconhecimento do qual é criticado o usuário a respeito dos limites burocráticos e das variáveis exógenas que influenciam o mal funcionamento do atendimento podem, ao meu ver ter uma relação com a falta de participação das comunidades de usuários ao processo de realização do cuidado a nível local.

A partir do ponto de vista do usuário mais crítico, são as lideranças que estão falhando por ter perdido a capacidade de criar as condições para que todos os *parentes* sejam envolvidos e incluídos na discussão da saúde da comunidade quebrando as relações de poder que definem a arbitrariedade das escolhas comunitárias. Assim as lideranças de hoje perderam o poder, na capacidade de representar e responder pela saúde de toda a comunidade, o hábito da prática de convocar toda a comunidade de *parentes* como estratégia de procura coletiva da solução de um problema comunitário no interesse prioritário pelo bem comum dos *parentes*. Pelos usuários mais críticos de Coroa Vermelha, os caciques são corresponsáveis da má gestão pública da saúde indígena e problemas crônico-estruturais que nos últimos tempos estão determinando a piora da atenção básica e crescente insatisfação pelo atendimento, tanto dos usuários que dos profissionais da atenção básica indígena.

A distância do cacique dos problemas reais e cotidianos da saúde da comunidade no uso dos serviços públicos é também ressaltada pelos profissionais das EMSI que manifestam as mesmas críticas sobre o desconhecimento direto das problemáticas cotidianas do profissional e do serviço, aproximando assim as visões normalmente

polarizadas do usuário e do profissional branco (êmica *critica comunitária* e institucional não indígena).

Essas críticas que são reciprocamente endereçadas entre os atores que participam ao processo de cuidado à saúde comunitária, enfatizam mais ainda a necessidade de restaurar, aprimorar ou criar mecanismos e práticas de participação e discussão compartilhada que favoreçam a aproximação entre os promotores, destinatários e participantes ao cuidado público às comunidades Pataxó. A definição dos problemas de saúde assim podem ser concebidos, entendidos, percebidos e vivenciados de formas diferentes, assim como expresso pelas polissemias que assume a atenção diferenciada e reconhecidos, compartilhados e traduzidos em propostas de soluções coletivas à saúde comunitária, *(inter)culturalmente apropriadas*.

A lacuna de conhecimento que caracteriza o usuário resulta ainda mais evidente quando referida à política de atenção à saúde das populações indígenas que se explicita na concepção normativa de atenção diferenciada e diferentes papeis, competências a partir da vivência direta da operacionalização das práticas de cuidado recebidas.

O desconhecimento da definição, mesmo que ambígua e contraditória, da *diferenciação da atenção* nos termos de direito cultural à saúde limita a consciência do cuidado interculturalmente sensível e do direito à interculturalidade do cuidado assim como o reconhecimento do valor do conhecimento da própria tradição e práticas de cuidado ou a sua articulação com as práticas não indígenas. O (re-)conhecimento da política de saúde indígena como “política pública cultural” (CUNHA MC, 2016, op. cit.) ou “Política da Tradição” (Ferreira LO, 2013, op. cit.) é, na minha leitura, um limite que pode se tornar prioridade para planejar uma maior atenção e participação proativa das comunidades à saúde pública indígena em sentido intercultural.

Em ambos os contextos resultou evidente também um outro limite do usuário nas resistências, baixa participação e escasso interesse nas práticas de educação e prevenção, inclusive dos exames e testes rápidos, parcialmente motivadas pelas taxas de analfabetismo e a tendência a recusar uma intervenção sem a evidencia de sintomas de adoecimento, nas visões gerais das EMSI que assim representam a tipologia do “usuário resistente”.

Os indígenas profissionais, porém, conseguem compreender, nesse caso também, as resistências em termos de barreiras culturais e aplicar estratégias informativas e de promoção da prevenção de forma criativa em ambos os contextos. Nesse sentido as práticas de educação precisam ser priorizadas ao atendimento da demanda espontânea e

estudadas formas de comunicação eficaz e mais capilar, para alcançar uma maior cobertura e efetividade da ação de prevenção e promoção da saúde. A mediação do profissional indígena e a articulação com a escola indígena parecem dois estratégias interculturais aptas a garantir uma definição culturalmente ambivalente dos conteúdos e uma comunicação culturalmente apropriada. A escola no específico, pode colocar a questão das práticas tradicionais de prevenção, educação e promoção da visão tradicional, induzindo à uma integração intercultural dessas práticas.

A visão estereotipada dos profissionais não indígenas tende a considerar como majoritária a tipologia de “usuário dependente” do Posto de Saúde, principalmente pela distribuição e acesso ao fármaco como “usuário farmacologizado”. Já pelo profissional indígena nos dois territórios pesquisados os fatores da gratuidade da distribuição é de maior relevância para entender a procura do posto pelo usuário indígena. No caso de Barra Velha, de fato o posto de saúde resulta o único acesso aos fármacos em toda a área, diferentemente de Coroa Vermelha onde a rede das farmácias existentes na aldeia urbana permite uma circulação e acesso fácil à medicamentos e até curativos e exames básicos não médicos.

A tendência à automedicação na base de orientação não médica é uma das práticas negativas do usuário em ambos os contextos criticada pelos profissionais. Em Barra Velha, porém, prevalece a prática do uso combinado e misto entre fármaco e remédio do mato estimulada pelos profissionais, porém o médico vem a ser criticado pela atitude a criar estratégias de tratamento “preventivo” farmacológico, na boa intenção de evitar o agravio da condição do usuário que o obrigue à experiência dramática de procurar o cuidado *fora da aldeia* (médico). No outro Posto de saúde de Coroa Vermelha, o novo médico utiliza a fitoterapia como prática de orientação complementar, um sinal favorável a possível articulação com a fitoterapia indígena.

Na minha leitura a fitoterapia pode se tornar uma prática instrumentalmente intercultural, como objeto concreto de articulação de saberes na prática da atenção diferenciada. Isso a partir da evidência da sua persistência como prática de cura viva, portanto não morta ou “adormecida” como no caso da língua Patxohã, “a língua do guerreiro” (BOMFIM BRAZ, 2017) que conseguiu ser revitalizada.

O conhecimento das plantas medicinais e dos seus poderes é vasto, complexo e dominado pela espiritualidade Pataxó, mesmo percebida em rápido declínio quase moribunda pelos *cuidadores* e é difusa com diferentes grãos de intensidade e tonalidades e vitalidade nas comunidades de ambos os contextos ambientais onde se encontram os

corpos comunitários, portanto um tipo de conhecimento “resgatável”. Por exemplo, como dito, nas comunidades as sensibilidades pelo cultivo das plantas medicinais se concretizam em projetos de hortas medicinais promovidos por vários atores (escola e grupos comunitários) que respondem à lógica da *alternativa* e reequilíbrio da hegemonia do uso do fármacos vivenciado como dominante em ambos os contextos e dos alimentos *do branco* fonte dos adoecimentos e “novas doenças” desconhecidas. Vários estudos relatam de projetos de hortas medicinais até de laboratórios pela produção de “remédios do mato”, a partir da articulação de diferentes atores e o protagonismo dos profissionais indígenas que porém dificilmente conseguem se auto sustentar, como evidenciado por exemplo pelos estudos de Langdon e Dihel no sul do Brasil (2007 Op. cit.)

Em Barra Velha o perfil do usuário “resistente” é mais reconhecido pelo profissional *branco* a partir da fixação, maior aproximação, convivência de longo prazo que reforçam o vínculo com as comunidades, enquanto em Coroa Vermelha é só o profissional indígena que percebe as especificidades culturais implicadas na relação de cuidado. Isso garante no primeiro contexto uma maior liberdade de escolha do percurso de cura do usuário, a difusão de práticas de autoatenção tradicionais e a citada prática de assunção dúplice de fármaco e remédio que pode prever entendimentos híbridos, como a transferência da “espiritualidade Pataxó” e “fé” no “remédio sagrado do mato” ao “fármaco”, permitindo o encontro entre poderes curativos e reduzindo as barreiras culturais da diversidade.

A maior tendência a procura de mediação na relação com o usuário e à regra do “é vedado vedar” em Barra Velha são validadas por todos os profissionais da EMSI que expressam uma maior sensibilidade à uma realidade sociocultural Pataxó no isolamento e perfil comunitário dominante da etnicidade da *Aldeia Mãe*. Ao mesmo tempo, as incompreensões e resistências entre profissional não indígena e usuário indígena evidenciam nesse contexto a diferente competência e sensibilidade do profissional indígena e *parente* que permite a compreensão do usuário “resistente” que não entende a linguagem (científica) do profissional *branco*, foge das práticas de cuidado do *branco* e se relaciona utilizando os códigos comunitários de comunicação que, se não conhecidos pelo profissional podem criar mal entendimentos e equívocos não reparáveis.

Os profissionais das EMSI não conseguem criar o *vínculo* também com usuário mais urbanizado que vem a assomar o perfil do usuário *farmacologizado*, especialmente nas áreas de Coroa Vermelha onde a relação de cuidado é subordinada à pressão

constantemente elevada da demanda do usuário. Nesse contexto, a etnicidade do usuário passa despercebida, não compreendida e representada como híbrida a tal ponto que, nas visões mais extremas ou etnocêntricas o usuário indígena vem a ser percebido completamente *branqueado*, *misturado* e aculturado e que *tira o proveito* do acesso diferenciado ao SUS, o “usuário indiferenciado”. Nesse caso também é o profissional indígena que re-conhece o *parente* “índio legítimo” entre o grupo de usuários que são percebidos pelos profissionais *brancos* de forma indiferenciada. Isso permite modular, adaptar e diferenciar a relação de cuidado na base das normas socioculturais ambivalentes e reciprocamente reconhecidas como apropriadas à garantir a mútua compreensão entre cuidador e cuidado.

Até agora evidenciei a capacidade do profissional indígena *parente* em ambos os contextos de se aproximar à visão êmica da saúde e do cuidado que favorece uma maior compreensão e melhor relação sociocultural nas práticas de cuidado mediadas pelo papel biomédico.

A visão do usuário propõe, porém, uma concepção mais complexa e ambígua desse profissional, pois como *parente* se diferencia intraétnicamente: faz parte da elite de assalariados, se apropria do conhecimento *da medicina do branco*, acessa à profissão porque familiar ou parente de uma família aliada ao poder de uma liderança. Isso implica na visão crítica expressa pelo usuário e também compartilhada pela visão das lideranças do profissional indígena “acomodado”, que assume o *modus operandi* e muda a próprio *habitus* de relação com o *parente* a partir da assunção do modelo de agir do profissional *branco*, menos propenso à entregar totalmente a sua atenção ao problema do usuário, principalmente em Coroa Vermelha, vindo a representá-lo através da categoria de profissional indígena branqueado.

Ao contrário, na visão êmica do usuário mais *biomedicalizado* o profissional *branco* garante mais eficiência que o profissional *parente*, inclusive porque alvo do controle e da fiscalização diferenciada das famílias das lideranças de ambos os territórios, vindo definir a categoria de *profissional branco prestativo, eficiente*. Por consequência a visão de lideranças e especialistas tradicionais tende a questionar, em ambos os contextos, em quais termos o profissional indígena consiga transmitir e representar a sua *Pataxosidade* no cotidiano da saúde indígena.

Todavia, a avaliação positiva do profissional indígena depende, portanto, pelo usuário da diferente etnicidade e vínculo de parentesco que implicam na assunção de responsabilidade na forma de *parente para parente* ou de “primo para primo”. Evidenciei

que essa concepção êmica é adotada e assumida como chave para entender o cuidado de forma interculturalmente apropriada, aproximando o espírito motivacional do especialista tradicional ao do profissional, indígena e não da saúde indígena pública e a dedicação exclusiva à demanda espontânea de saúde da comunidade.

Nesse contexto a leitura ambivalente da atenção e cuidado ao parente produz diferenciais práticas de escuta e orientação do profissional não indígena em relação aos colegas de Coroa Vermelha, tais como a capacidade de aprofundar argumentos considerados da esfera da própria intimidade familiar e daquela do próprio corpo que nesse contexto é mais fácil revelar ao não *parente*.

Se o *vínculo* com as comunidades depende da “confiança” do profissional *branco* ou indígena com o usuário, em Barra Velha mostrei como os processos de aproximação sejam fundamentados na empatia e convivência de longo prazo que propiciam a inclusão *orgânica* do profissional no *corpo* da comunidade, criando um laço forte e até de dependência recíproca que pode se tornar um problema pelo sujeito profissional *branco* que vira insubstituível, tanto na própria visão que das comunidades atendidas.

O profissional indígena nesse contexto também expressa a capacidade de mediação entre *medicina do branco* e comunidade indígena. A flexibilidade, capacidade de entender, reconhecer e conhecer as características, o histórico e o perfil familiar do usuário parente e compartilhar as regras socioculturais comunitárias empoderam esse profissional para facilitar e mediar o acesso do usuário ao serviço reduzindo as barreiras físicas, organizativas e culturais que limitam o serviço de cuidado.

A maior autonomia do profissional indígena na EMSI, especificadamente em Barra Velha, permite a EMSI de cobrir a demanda de atenção superando as recentes limitações da disponibilidade variável do acesso à área do profissional não indígena e o acompanhamento do atendimento uma prática que favorece a formação do profissional indígena e ao mesmo tempo melhora as condições do entendimento intercultural entre o profissional branco e o usuário indígena. Nesse contexto a maior autonomia e delega de responsabilidade aos profissionais indígenas técnicos de enfermagem implica na maior eficácia percebida do atendimento à comunidade e uma diferenciação em termos de reconhecimento pelos outros profissionais da EMSI.

Na leitura proposta até aqui, as concepções êmicas institucionais sobre a atenção diferenciada, em ambos os contextos tendem a não considerar a priori a questão da interculturalidade e articulação entre os saberes como parte do direito cultural à atenção diferenciada, pois nunca na prática cotidiana o profissional *branco* de ambos os postos se

ativou para isso e liderança alguma compreendeu e percebeu da possibilidade da articulação entre saberes em saúde.

Além disso, nas visões nativas mais conservadoras a ênfase sobre a importância do “segredo” do conhecimento indígena é entendido como arma de proteção do domínio político, econômico e cultural do *branco* que complica as possibilidades de uma visão da interculturalidade como articulação e troca de saberes igualitária. Porém isso não significa, como demonstrado das análises que não existam em ambos os contextos sensibilidades, experiências, concepções, práticas e propostas de cuidado orientadas pela interculturalidade entre saberes epistemologicamente diferentes em saúde.

Em geral, portanto podemos concluir que competências *diferenciadas* distinguem o perfil das concepções e práticas do profissional indígena do profissional não indígena pela maior sensibilidade intercultural. Porém, na situação de maior alteridade percebida em Barra Velha se encontram melhores condições da aproximação e contato entre o profissional *branco* e as comunidades e mais evidentes as possibilidades de transformação e adaptação das práticas biomédicas em sentidos interculturais da EMSI.

Nesse sentido, a tese na base da qual a natural *essência bicultural* do profissional indígena espontaneamente produz práticas culturalmente apropriadas e aceitas na relação de cuidado perde de valor pois a etnicidade, particularmente nesses contextos de forte hibridização, transversalmente assume várias identificações em todos os atores indígenas, inclusive dos profissionais indígenas, as lideranças e até os especialistas tradicionais.

Geralmente, o diferencial do *parente* profissional é ligado ao perfil intercultural na base da experiência adquirida na saúde indígena e da relação com os conhecimentos em saúde Pataxó vinculados ao seu entorno cultural familiar e social. Por outro lado, mais que o usuário se sente distante do universo cultural do profissional *branco*, o profissional indígena se aciona para acompanhar e facilitar o caminho que reduz essa distância, acionando mecanismos de mediação intercultural, prevendo ou simplificando atritos e até conflitos da comunicação e relação de cuidado.

Por fim, a evidencia de possibilidades existentes e realizadas de ações, concepções e práticas orientadas à compreensão compartilhada dos problemas de saúde e articulação entre conhecimentos exemplifica a necessidade de definir ações da interculturalidade em termos críticos. As observações propostas na análise comparada dos contextos tendem evidenciar a heterogeneidade dos perfis da etnicidade e os reflexos na construção de múltiplos entendimentos e concepções (polissemia) sobre a saúde indígena e atenção

diferenciada na hegemonia do modelo biomédico de práticas de atenção pública à saúde indígena, imposto, assumido, não questionado ou localmente discutido desde a sua implantação.

Os resultados, portanto, evidenciam os processos de construção dos nós, incompreensões e distanciamentos de sentidos e significados expressos pelos ambíguos posicionamentos híbridos da visãoêmica e ética entre uma concepção tradicional ou biomédicalizante da saúde indígena.

No capítulo seguinte, a partir dos dados e evidências resumidas pela análise comparada coloco o foco sobre as possibilidades da construção e ativação de um planejamento participado de ações de reforço da interculturalidade no cuidado local à saúde das comunidades. O paradigma da interculturalidade crítica serve, a esse ponto, como contra referência explícita da análise das concepções e práticas dos modelos de cuidado a fim de produzir uma síntese analítica-operacional que possa ser recebida pelos participantes uma devolução pragmática dos achados da pesquisa.

CAPITULO 8. O FOMENTO À INTERCULTURALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA DIFERENCIADA LOCAL: VISLUMBRANDO PRIORIDADES E CAMINHOS PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS.

Nesse capítulo, resumo através das tabelas a seguir as possíveis ações e práticas de interculturalidade em relação às principais prioridades individuadas a partir das análises dos dois contextos socioculturais sanitários locais.

Os dados produzidos se baseiam em primeiro lugar nas respostas e propostas avançadas pelos entrevistados mais orientados e sensíveis à questão da efetivação da articulação entre saberes em saúde e, secundariamente na minha síntese analítica a partir de todos os dados observacionais recolhidos relacionados a esse tópico.

No primeiro caso, introduzi nas entrevistas e conversas informais uma pergunta para saber qual tipo de ações, recursos e atores poderiam ser ativados na comunidade local para alcançar esse fim intercultural. Em vários momentos e com vários sujeitos (lideranças, professores, anciões) me atentei em conversas mais aprofundadas para individuar de forma dialogada e participada os pontos de força e fraqueza de cada hipótese proposta. Paralelamente, a partir da minha análise focada nos atores, posições e poderes que influenciam positivamente ou negativamente o atendimento e funcionamento da atenção básica em sentido intercultural, selecionei as propostas de ações que podem ser consideradas como viáveis a partir das condições situacionais de cada contexto local.

Como dito na metodologia, foi possível confrontar as prioridades individuadas e as ações sugeridas somente junto aos profissionais das EMSIs de Coroa Vermelha, encontrando uma avaliação e retorno positivo. Para completar a avaliação portanto resulta necessário produzir uma discussão que envolva os outros participantes no território de Coroa Vermelha (lideranças, usuários) e todos aqueles da etnografia em Barra Velha.

Trata-se de uma esquematização de propostas práticas que respondem à pergunta “o que fazer”, a partir da integração entre as vozes dos protagonistas e as observações fruto do acompanhamento das práticas de cuidado ao longo da experiência da pesquisa de campo. Em definitiva, um exercício de síntese interpretativa em chave heurística para exemplificar a dimensão pragmática que podem assumir as reflexões estimuladas pela análise comparada das práticas de atenção básica diferenciada aos Pataxó, descritas nos parágrafos precedentes.

Nesses sentido, para que a operacionalização das práticas de reforço da interculturalidade aqui sugeridas resultem viáveis, efetivas e (interculturalmente) apropriadas aos contextos indígenas estudados, deveriam encontrar previamente a adesão-consentimento e o interesse-intencionalidade, ou “reciprocidade intencional” (URQUIZA, A. H. A., & DE OLIVEIRA CALDERONI, V. A. M., 2017). ambivalentes dos atores e participantes do processo de atenção diferenciada local, reconhecendo o valor coletivo das contribuições e benefícios da concretização articulação intercultural entre práticas e concepções da saúde indígena, tanto daquelas híbridas que mutuamente definidas como diferentes.

A fim de aprimorar a mútua compreensão das necessidades da saúde das comunidades Pataxó e construir práticas de atenção (culturalmente) *diferenciada* mutuamente definidas, validadas e avaliadas, a metodologia de construção de um diagnóstico participativo pelas comunidades junto aos profissionais indígenas realizada pelo novo médico em Coroa Vermelha é um primeiro exemplo de prática participativa que pode se orientar mais interculturalmente à perspectiva das comunidades.

Para que o diagnóstico situacional se modele conforme as orientações da interculturalidade crítica em uma leitura compreensiva da saúde indígena, deveria contemplar a perspectiva do adoecimento das comunidades indígenas assistidas assim como da qualidade das práticas de cuidado oferecidas na atenção básica. Como dito, os pressupostos são a participação ativa de todos os atores envolvidos pelo processo de adoecimento e cura locais e a vocalização das perspectivas étnicas que de fato não conseguem se expressar nas práticas da atenção diferenciada, pois despercebidas ou silenciadas pelos profissionais e a gestão local.

A referência desse tipo de modelo de diagnóstico é o que o autor Boaventura BDS (2007), redefine como “diagnóstico crítico do presente” na perspectiva do paradigma da “ecologia dos saberes”, como metodologia para alcançar o reconhecimento dos saberes tradicionais indígenas e das práticas de auto atenção das comunidades assistidas. Isso poderia facilitar a articulação entre saberes da saúde indígena, assim como pontualmente evidenciado pelas autoras Mota S e Nunes M (2018) na única análise disponível sobre a questão da interculturalidade da Saúde Indígena referida ao nível da gestão distrital do DSEI da Bahia.

A ênfase sobre a análise compartilhada é uma estratégia para ativar os atores na construção de respostas eficazes aos problemas que caracterizam o cotidiano da saúde e da atenção básica indígena, definidos em termos ambivalentes, na base de um consenso

situacional privilegiando o foco “sobre os sentidos que informam a noção de medicina tradicional” (FERREIRA LO, 2013, Op. Cit., p. 138). Isso deveria resolver a inquietude das EMSI de não compreender as necessidades da demanda dos usuários atendidos e, ao mesmo tempo a frustração dos usuários por não ser ouvidos pelas lideranças ou entendidos pelos profissionais da saúde.

O encontro e as modalidades do diálogo participado entre os atores locais de cuidado orientados ao recíproco respeito e à horizontalidade das relações entre os atores, assim que a “legitimidade mútua” e a “negociação” que definem o paradigma da interculturalidade crítica explicitado na introdução da pesquisa, podem aprimorar a procura de soluções compartilhadas pela melhora da saúde às/das comunidades.

Esse primeiro processo de encontro e confronto sobre a análise das necessidades da saúde comunitária constrói as bases interculturais da compreensão da atenção básica como *diferenciada*, necessárias para definir sucessivas ações de reforço da interculturalidade do cuidado.

O esforço da compreensão mútua é realizado seguindo a metodologia intercultural que se baseia nos estudos indicados no primeiro capítulo, orientada pela concepção de práticas de cuidado como construção coletiva, portanto política, de “projetos de felicidade” (AYRES, 2004, Op. Cit.) bem ou “bem estar” comum baseada no diálogo horizontal (WALSH, 2002, Op. Cit.), finalizado a ressaltar a perspectivaêmica do processo de saúde-doença-atenção, reconhecendo o conhecimento indígena sobre a saúde e o cuidado ao indígena para garantir interculturalmente a integralidade da atenção (PINHEIRO, 2008, Op. Cit.).

Além das ações de realização de diagnóstico participado das EMSI em Coroa Vermelha, a análise nesse contexto evidenciou modalidades de rede nos projetos focados na atenção à saúde mental que podem ser reconhecidos como esforços orientados à aprimorar a leitura compartilhada das necessidades e condições de saúde dos Pataxó e portanto replicáveis, reproduzíveis também no contexto do atendimento às comunidades de Barra Velha. Junto ao projeto de massoterapia comunitária baseado no uso integrado de terapias complementares entre as quais algumas práticas fitoterápicas do saber indígena Pataxó, considereei essa práticas uma expressão da articulação entre saberes diferentes. Portanto, se reconhecidas institucionalmente, essas práticas podem ser valorizadas e inseridas na programação ordinária da atenção básica diferenciada dos outros contextos comunitários Pataxó, se conformando em um modelo de interculturalidade a ser considerado pelos legisladores.

Na minha leitura, a perspectiva de pesquisa proposta por esse estudo seguindo as referências críticas do quadro teórico explicitado na introdução, criaram as condições para que as perspectivas de todas as tipologias de participantes à saúde indígena local fossem explicitadas, sucessivamente confrontadas e analisadas entre si e as práticas efetivas do cuidado público. Essa leitura contemplou as determinações macro e micro que definem as hegemonias do modelo não indígena, nas quais se insere o modelo de cuidado da medicina não indígena.

Nesse sentido, o primeiro passo na direção de uma mudança intercultural da atenção básica é o que o presente estudo tem a pretensão de ter realizado, entre polifonia e participação, a partir da ativação dos atores locais na realização de um diagnóstico intercultural crítico do presente da atenção básica diferenciada aos Pataxó, através dos resultados das análises etnográficas comparada e de cada contexto comunitário.

A partir dessa premissa, se evidenciaram três dimensões principais que definem as prioridades e orientam as possíveis práticas de reforço da interculturalidade à nível comunitário dos Pataxó.

Primeiramente, o resgate do saber tradicional em saúde, entendido como reforço identitário, reequilíbrio da tendência dominante à *farmacologização*, também através da integração nas práticas de cuidado com foco no uso dos “remédios do mato”.

Em segundo lugar, *a formação intercultural orientada* à diferentes atores locais em função de diferentes objetivos: pela maior integração sociocultural comunitária e aproximação das EMSI à visãoêmica do cuidado assim como ampliar a informação e conscientização a respeito do direito cultural à atenção diferenciada para os usuários e seus representantes comunitários e, enfim para potencializar as competências de mediação do profissional indígena e a sensibilidade cultural do não indígena na relação de cuidado.

Esse tipo de prioridade inclui a transformação intercultural dos *espaços* e estruturas da saúde pública indígena (Posto de saúde, lugares do atendimento das comunidades urbanas e rurais), como forma de adaptação e mediação intercultural referida aos *lugares* do cuidado.

Para concluir, a terceira prioridade que na minha leitura emerge em ambos os contextos é o reconhecimento e reforço das práticas de cuidado dos profissionais da atenção básica indígena com foco nas competências de comunicação, facilitação, mediação, ressaltando a importância da informação.

TABELA 4. Prioridade 1: RESGATE DO SABER TRADICIONAL

Destinatário e Objetivo	Ações
Conscientização do saber tradicional como patrimônio cultural identitário dos Pataxó	<ul style="list-style-type: none"> • Reuniões comunitárias (lideranças, especialistas tradicionais, usuários, escolas indígenas, profissionais indígenas); • Encontros de sensibilização promovidos por especialistas abertos aos jovens de todas as comunidades Pataxó;
Conservar, pesquisar o conhecimento tradicional em saúde	<p>Práticas de pesquisa intercultural promovida pelas escolas e estudantes universitários indígenas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coleta dados; • Registro; • Análise e Classificação; • Transcrição; • Intercambio estudantil entre áreas Pataxó;
Promover o protagonismo indígena na pesquisa sobre a saúde indígena e o saber tradicional	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento no currículo escolar indígena de percursos didáticos para <i>jovens aprendizes</i> do saber tradicional em saúde indígena; • Promoção do acompanhamento das práticas dos ET dos estudantes indígenas na didática escolar das escolas indígenas; • Promover a pesquisa acadêmica na saúde indígena de estudantes indígenas; • Criar disciplinas de saúde indígena nos <i>currículos</i> dos cursos de ciências da saúde das universidades locais, promovendo a participação de especialistas tradicionais indígenas e do conhecimento dos estudantes indígenas.
Resgatar as práticas de cultivo das plantas medicinais	<ul style="list-style-type: none"> • Criação e desenvolvimento de hortas medicinais de acesso livre as comunidades; • Formação na prática de jovens estudantes indígenas como <i>guias</i> ou <i>aprendizes</i> do saber tradicional
Divulgação intraétnica do conhecimento tradicional em saúde (fitoterapia indígena nas práticas de auto atenção)	<ul style="list-style-type: none"> • Encontros e reuniões nas comunidades de educação em saúde indígena tradicional realizados pelas escolas e os especialistas tradicionais; • Incentivo à participação comunitária nos projetos das hortas medicinais comunitárias (coleta, manipulação) e produção de derivados (sabão, xaropes, pomadas, comprimidos) e remédios do mato; • Distribuição e circulação de ervas, remédios do mato na forma da troca, entre os parentes; • Criação de laboratório local de <i>farmacologia</i> indígena em parceria com universidades; • Criação de farmácia indígena comunitária, próxima ao serviço de saúde público, com a presença de especialista tradicional e os estudantes indígenas; • Criação de espaço de referência comunitário único para os diferentes <i>curandeiros locais</i> (posto de saúde Pataxó);

<p>Difusão, divulgação do conhecimento e uso das práticas interétnicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos de promoção cultural e de pesquisa intercultural promovidos pelas escolas indígenas; • Percursos de conhecimento tradicional em saúde para não indígenas (turismo étnico); • Comercialização remédios do mato fora da aldeia com redistribuição comunitária;
<p>Articulação entre práticas do saber Pataxó em saúde e atenção básica diferenciada local a partir da fitoterapia tradicional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Construção de proposta de reconhecimento institucional (local) da fitoterapia como prática integrativa, complementar e alternativa aos fármacos; • Reforço e reconhecimento da prática de informação e orientação complementar e integrativa ao remédio do mato; • Distribuição de remédios fitoterápicos nos postos de saúde indígena e unidades básicas dos municípios locais;

Na tabela 4, evidencio a primeira dimensão intercultural, ou seja, o resgate do saber tradicional indígena em saúde que é percebido como prioridade na visãoêmica das comunidades a partir da perspectiva mais tradicional indígena sobre a saúde dos Pataxó.

Essa dimensão considera prevalentemente o protagonismo das comunidades indígenas no controle e realização das ações indicadas, através da participação e envolvimento dos “guardiões do saber” Pataxó (anciões, especialistas tradicionais e lideranças) em articulação com a escola indígena local e os jovens (estudantes) da comunidade, alvo da maior vulnerabilidade sociocultural e sujeitos ao maior distanciamento do modelo tradicional de cura.

Para que as ações sejam participadas pelas comunidades, tem que ter um momento de reflexão comunitária sobre o sentido do resgate do conhecimento tradicional em saúde e, outra vez, do seu valor coletivo que corresponde à conscientização dos parentes dos riscos da perda do saber tradicional em detrimento das práticas da biomedicina do Posto de Saúde (Lideranças, especialistas tradicionais, profissionais indígenas e usuários do perfil tradicional).

A participação da faixa jovem da população das aldeias, o estudante indígena pode oportunizar o contato entre especialista tradicional e jovem interessados em desenvolver um aprendizado de tipo tradicional baseado no acompanhamento das práticas de cuidado.

Essa forma de aprendizagem na prática que respeita os cânones da educação e iniciação de tipo tradicional ao conhecimento indígena, poderia ser valorizada e reconhecida institucionalmente nos percursos da educação indígena diferenciada das escolas locais (assim como pelas universidades locais). Isso poderia favorecer a continuidade do modelo tradicional da transmissão do cuidado indígena atualmente em crise e, ao mesmo tempo a formação de futuros especialistas tradicionais entre os jovens

das comunidades. Esses jovens aprendizes ou guias Pataxó poderiam ser os *elos* entre as famílias da comunidade e os especialistas tradicionais, além de representar os sujeitos centrais pelo desenvolvimento das ações de divulgação e apresentação ou promoção cultural, tanto no espaço indígena que naquele *afora das aldeias* do não indígena e, em geral nas ocasiões de contato intercultural finalizado à troca de conhecimentos.

Isso permitiria também a possibilidade de criar articulações entre os serviços diferenciados das comunidades, educação e saúde, à partir da troca de conhecimento mediado pelo jovem, professor e estudante indígena e o profissional da saúde local.

Ao inserir a fitoterapia indígena como ponto de partida e objeto do resgate, podemos dinamizar o processo de realização das ações a partir da sensibilização das famílias da comunidade pelo valor étnico identitário e científico do conhecimento tradicional sobre as ervas medicamentosas assim como a eventual organização da produção comunitária de remédios do mato, a fim de estimular a demanda local de consumo das comunidades e a divulgação fora do âmbito comunitário (demanda externa, não indígena).

De fato, em ambos os contextos existem projetos em andamento de hortas medicinais comunitárias e o uso das ervas é uma prática de auto atenção, mesmo que mais concentrada e difusa na área de Barra Velha que por esse motivo poderia ser foco privilegiados de pesquisa dos estudantes Pataxó de todas as aldeias *filhas*, criando a possibilidade de intercâmbios entre escolas e estudantes *parentes* de diferentes aldeias.

Em termos de possibilidades explicitadas, o processo de transformação desde a planta medicinal até o remédio, pode alcançar diferentes formas e finalidades, como a realização de um laboratório e farmácia indígena ou o comércio de produtos curativos do mato com o não indígena, assim como indicado por estudos citados (LANGDON, DIHEL, 2007).

Priorizando a utilidade comunitária, os benefícios endógenos das práticas de cura tradicionais através da fitoterapia indígena podem ser alcançados valorizando e visibilizando os especialistas tradicionais, definindo um específico lugar de cura tradicional, no modelo existente em Coroa Vermelha dedicado a massoterapia comunitária (liderança indígena de Barra Velha).

A participação comunitária a partir dos jovens (estudantes e professores) e das relativas famílias deveria assumir e revitalizar uma lógica de solidariedade, assim que os benefícios da participação ao processo de produção de “remédios do mato” deveriam ser redistribuídos de forma igual entre os *parentes* que se dedicam ao cultivo e eventual

manipulação das plantas em função da produção de remédios do mato (Liderança jovem de Coroa Vermelha).

Nesse sentido, para prevenir o prevalecer de interesses econômicos sobre a circulação dos remédios do mato, a colaboração do *parente* às ações (coleta, manipulação, distribuição, divulgação) pode ser valorizada em termos de crédito ou débito de *horas comunitárias* correspondentes à realização de atividades à benefício da comunidade entre *parentes* à traves da troca, por exemplo no modelo da “Banco do Tempo” estudada no contexto italiano por Coluccia (2004) ou, em alternativa como produtos fitoterápicos pelo benefício da própria família e por fim pela venda direta à não indígenas. De fato, em Barra Velha, as lideranças estão avaliando a substituição do dinheiro em eventos comunitários abertos ao público *de fora* e a redistribuição comunitária dos proventos das vendas (Liderança de Barra Velha).

O comércio eventual dos produtos com o não indígena, através das regras econômicas do não indígena da monetização da produção comunitária, poderia ser realizado através de uma rede de pontos de vendas titulados e reconhecidos ou certificados pelas comunidades (Liderança jovem de Coroa Vermelha) e pelas instituições públicas, gerenciado através do controle da redistribuição comunitária do superávit para contribuir em melhorias na saúde e bem estar das comunidades.

Os mecanismos do controle comunitário indígena têm que ser organizados para garantir a efetividade da proteção do conhecimento tradicional e superar a tendência crescente nas famílias dos *parentes* ao interesse pela concentração de poder econômico e lucros do comércio étnico ou das oportunidades do contato com o turismo. A ação de divulgação interétnica e a eventual comercialização constituem os pontos mais críticos e delicados da *interculturabilidade* de conhecimentos indígenas, em parte considerados não transferíveis ao não indígena.

Em Coroa Vermelha já existem processos de produção de produtos curativos ou “remédio do mato”, prevalentemente orientados ao etnoturismo e comércio com o turismo de massa que poderiam ser reorientados ao consumo comunitário. Ao mesmo tempo, a produção dos remédios oriundos das áreas rurais de Barra Velha e das comunidades ao redor de Coroa Vermelha, poderia seguir as vias e canais já abertos da comercialização dos produtos de artesanato nessa área, sabendo que uma maior atenção das comunidades pela comercialização do saber em saúde indígena compromete e reduz o valor simbólico e político do resgate da fitoterapia Pataxó e a sua possibilidade de interlocução ou articulação com a *medicina do branco* como forma de contra hegemonia cultural.

No que tange à articulação do saber tradicional com os serviços de saúde, é claro que isso depende do interesse e entendimento ambivalente da sua necessidade e oportunidade tanto pelas comunidades e os especialistas tradicionais que pelos profissionais da saúde incluindo, portanto, a gestão (local) da atenção básica diferenciada.

A fitoterapia indígena é uma prática que se predispõe a ser considerada de forma híbrida e intercultural e por isso é aqui incluída como exemplo concreto de prática de articulação entre saberes. Ilustrei que a fitoterapia Pataxó é uma referência das práticas de auto atenção dos usuários nas suas heterogêneas hibridizações e um meio de cura poderoso carregado pela espiritualidade do especialista tradicional, ao mesmo tempo uma prática terapêutica integrativa e complementar já considerada pelo médico de Coroa Vermelha e aceita pelos profissionais da EMSI de Barra Velha como substitutiva, alternativa e *funcionalmente complementar* à falta de fármacos. Além disso, como dito em Coroa Vermelha as plantas medicamentosas e “remédios do mato” fazem já parte das técnicas de cura da “terapia comunitária” ofertadas pelos profissionais indígenas da atenção básica em colaboração com especialistas indígenas e não locais. Mais uma vez, o incentivo e reconhecimento dessas práticas podem favorecer uma primeira efetiva integração e complementariedade entre sistemas de conhecimento em saúde.

Todavia, os participantes indígenas evidenciam os vícios legislativos e a rigidez excludente da hegemonia da perspectiva biomédica da saúde indígena pública como limites e resistências ao reconhecimento formal das práticas indígenas como integrativas e complementares pela saúde pública brasileira. Por isso, o reconhecimento a nível local da fitoterapia Pataxó e da sua articulação nas práticas cotidianas de cuidado das EMSI já *in fieri*, impõe uma reflexão sobre a legislação que regulamenta a articulação entre saberes nas práticas de atenção à saúde indígena e, portanto da necessidade de institucionalizar essas práticas através de uma mudança da formulação e operacionalização da articulação entre saberes na política nacional de saúde as populações indígenas (PNASPI, 2002) e reconhecimento da fitoterapia indígena na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (Brasil, MS, 2006), e conseqüentemente na Atenção Básica (MS, 2012).

O profissional indígena é o veículo mediador principal do saber tradicional na EMSI, nessa perspectiva de articulação. Para viabilizar o uso do saber tradicional no atendimento das EMSI, esse profissional deveria ser capacitado ao conhecimento implicado na fitoterapia Pataxó, pois como evidenciado os perfis dos profissionais indígenas são vários e não necessariamente a etnia do profissional reflete competências ligadas ao saber oriundos dos Pataxó (Liderança de Coroa Vermelha) ou a capacidade de

transferir o saber indígena nas práticas biomédicas das EMSI, o a possibilidade de realizar essas competências pelo viés do poder hierárquicos da EMSI (Liderança de Barra Velha).

Essa (forma)ação de reforço do conhecimento Pataxó em saúde como dito, pode ser realizada pelos estudantes e professores indígenas, protagonistas da inicial ação de pesquisa e controle da divulgação do saber tradicional em saúde.

A referência à fitoterapia indígena no caso da EMSI de Barra Velha exemplifica uma forma de articulação que se explicita na prática da dúplice e complementar indicação terapêutica e no reconhecimento da liberação da escola do percurso terapêutico pelo usuário indígena.

Em segundo lugar, para concretizar a maior articulação a partir da fitoterapia indígena, deveria ser garantida a circulação e disponibilidade efetiva diretamente na farmácia do Posto de Saúde das plantas medicamentosas ou do “remédio do mato” produzido pela comunidade assim como concordam indiretamente uma liderança jovem de Barra Velha e uma de Coroa Vermelha, assim como nas unidades básicas do município de referência no modelo das “Farmácias Vivas” (Coordenadora da Atenção Básica do Município de Porto Seguro).

O exemplo da fitoterapia pode ser utilizado para representar na prática portanto percursos de formação de diferentes níveis pela maior aproximação tanto do profissional branco que do profissional indígena às práticas e saberes de tipo tradicional Pataxó.

Por isso, na tabela seguinte (tabela 5), resumo as ações de reforço da interculturalidade na atenção *diferenciada* à partir da necessidade prioritária de aumentar a formação de tipo intercultural por todos os atores que participam ao processo de realização do cuidado. Isso ao fim de colmar os vazios informativos que se interpõem e obstaculizam as relações de cuidado cotidianas que, como demonstrado das análises dos dois contextos comunitários Pataxó, são construídas à partir de concepções fundamentadas em diferentes experiências do cuidado, conhecimentos e entendimentos parcialmente compartilhados entre equipes da saúde e comunidades indígenas sobre o cuidado diferenciado.

TABELA 5. Prioridade 2: FORMAÇÃO INTERCULTURAL

Destinatário e Objetivo	Ações
<p>Novo profissional branco: Aprimorar acolhimento, primeira integração e conhecimento da saúde indígena local.</p>	<p>Percursos de formação profissional reconhecidos em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento e orientação sociocultural: organizados pela comunidade, pelo conhecimento dos atores locais; • Percorso de primeiro contato com aspectos tradicionais do bem estar indígena organizados pelas escolas indígenas; • Apresentação epidemiológica da situação da saúde das comunidades, realizada pelos dos profissionais das EMSI (e gestão); • Apresentação do profissional indígena das práticas de auto atenção do usuários;
<p>Profissional branco: Ampliar o conhecimento tradicional indígena; Aprimorar a sensibilidade culturalmente apropriada na relação de cuidado</p>	<p>- Percursos de formação profissional reconhecidos em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento básico de cuidado tradicional e práticas de auto atenção realizado por profissionais indígenas, especialistas tradicionais com a mediação da escola indígena; • Acolhimento e primeira escuta intercultural: primeiro acolhimento, informação, escuta, mediação, orientação, facilitação; <p>- Participação à Cursos de especialização em Saúde Indígena já existentes (EAD);</p>
<p>Novos profissionais Indígenas: Formação introdutória à profissão na saúde indígena</p>	<p>Percursos de formação reconhecido em entrada/acesso à profissão para o profissional indígena realizados por profissionais da EMSI, professores e estudantes e especialistas tradicionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento da PNASPI; • Organização e funcionamento da ABI (teoria e prática); • Conhecimento básico de práticas de saber tradicional e biomédico em saúde
<p>Profissional indígena: Reforço do conhecimento tradicional e Reforço e reconhecimento de competências de facilitação e mediação linguístico-cultural</p>	<p>- Percursos de formação profissional reconhecidos em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado tradicional de nível avançado, realizado pelas escolas e especialistas tradicionais; • Facilitação e mediação intercultural com a colaboração de expertos; <p>- Reconhecimento do papel de facilitador e mediador cultural do profissional indígena na PNASPI e reconhecimento da categoria do AIS.</p>
<p>Usuário indígena: Ampliar o conhecimento do direito cultural à atenção diferenciada</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas redondas comunitárias com foco na definição da atenção diferenciada da PNASPI coordenadas por profissionais das EMSI; • Produção participada por profissionais, lideranças e usuários de uma <i>guia</i> ou <i>carta de serviços</i> para o usuário indígena dos serviços sanitários, com foco nos direitos e deveres na atenção diferenciada
<p>Espaços de cuidado intercultural: <i>Indigenizar</i> os postos de saúde (estruturas físicas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar modificações às estruturas do posto por artistas locais compatíveis com as práticas de atendimento à saúde; • Eliminar barreiras das estruturas ao acesso e garantir a privacidade do encontro de cuidado; • Cuidar coletivamente do posto de saúde da comunidade (atenção espiritual, limpeza, proteção comunitária)

Nesse caso também a criação de *espaços* e *momentos* de encontro entre os atores que participam ao processo de realização do cuidado da saúde indígena local acompanha as metodologias de construção de diálogo, troca de sentidos e informações para a mutua compreensão dos limites e possibilidades da interculturalidade que aprimore a atenção básica local. A participação dos atores locais, sujeitos do cuidado à saúde local, é

alternativamente concebida de forma ativa e passiva, ou seja, como emissores e receptores do conhecimento localmente produzido em relação aos diferentes momentos e temáticas, rompendo com a verticalidade da transmissão de conhecimentos de tipo hegemônico.

Por outro lado, a dominância do aspecto biomédico dos espaços do cuidado, questionado por lideranças indígenas de ambos os contextos, precisaria de uma intervenção artística, principalmente em Barra Velha, capaz de recolocar a identidade indígena no ambiente do cuidado e atenção à saúde indígena (liderança de Coroa Vermelha). Além do aspecto simbólico, a conotação do Posto de saúde como lugar da saúde da comunidade indígena poderia ajudar reduzir a tendência de alguns membros da comunidade à descuidar ou até utilizar pelos próprios interesses os espaços da atenção básica diferenciada. A *interculturalidade dos espaços* de atenção à saúde indígena nas comunidades assim assume as conotações retomadas por Pontes, Garneiro, Rego (2014) quando considera as barreiras estruturais ao acesso contemplando aquelas culturais:

“(...) barreiras estruturais no acesso aos serviços, pois se refere a dificuldades encontradas devido aos desenhos da estrutura física e de gestão dos serviços de saúde, como a hospedagem e manutenção dos espaços (...) esse tipo de barreiras também inclui a ausência de intérpretes, demora nos atendimentos, dificuldades na referência a serviços especializados, ausência de material educativo e informações culturalmente sensíveis” (PONTES, GARNEIRO, REGO, 2014, Op. cit., p. 341)

A ênfase sobre o aspecto mais ou menos acolhedor do ponto de vista estéticoêmico não pode deixar em segundo plano, obviamente, as necessidades urgentes de aprimoramento da qualidade técnica das estruturas e garantia de continuidade do fornecimento dos materiais de base pelo atendimento da atenção básica.

Considerando a metodologia participada das ações propostas, os Postos de saúde interculturalmente apropriados à atenção diferenciada deveriam incluir um lugar deputado as numerosas mesas redondas e momentos de encontro e discussão participada entre os diferentes atores envolvidos pelas ações de reforço da interculturalidade, nos espaços simbólicos da agregação, política, educação ou saúde comunitária, lembrando a importância da inclusão e participação ativa, conforme Menéndez (2016):

“Tanto los estudios como las intervenciones en interculturalidad en salud deberían establecer quiénes son los actores sociales significativos que participan en las relaciones de interculturalidad. Y luego de establecer quiénes son, trabajar con los dos, tres o más actores sociales y no reducir la interculturalidad a lo que dice solo uno de ellos”. (Menéndez EL, 2016, p. 117)

O papel central da mediação entre comunidades e serviços de saúde, como nas ações relativas ao resgate do saber tradicional, são os professores e estudantes das escolas indígenas e os profissionais indígenas das EMSI pois, os primeiros, são os mediadores da articulação com os especialistas tradicionais e também os reguladores da divulgação do saber tradicional indígena enquanto os profissionais indígenas, depois os percursos de formação e aproximação às práticas de autoatenção e tradicionais indígenas podem traduzir e promover esse conhecimento no cotidiano das práticas de cuidado das EMSI locais.

Assim são sugeridos também os percursos de primeira aproximação com a realidade sociocultural e sanitária das comunidades para melhorar a integração de novos profissionais não indígenas nas comunidades que podem ser desenvolvidas por numerosos atores comunitários entre estudantes indígenas, colegas profissionais indígenas, lideranças locais e membros das famílias locais. Essa ação resulta necessária especialmente nos casos nos quais não é possível garantir a fixação da EMSI e especialmente do profissional não indígena nas comunidades. Para aprimorar o conhecimento do perfil do usuário, a necessidade de aumentar o conhecimento das EMSI a respeito das práticas de autoatenção ligadas ao saber tradicional é uma prioridade, parcialmente considerada nas necessidades de formação dos profissionais.

Aqui, porém, evidencio a distinção entre práticas de autoatenção e práticas orientadas pelos cuidadores e especialistas tradicionais, formalmente e informalmente reconhecidos nas comunidades de *parentes*, pois as primeiras incluem uma gama maior de práticas híbridas realizadas pelo usuário de curas de tipo tradicionais e biomédicas não diretamente orientadas pelos especialistas tradicionais ou pelo profissional da saúde, dependendo mais dos saberes específicos de cada família (incluindo as regras preventivas em saúde e tabus de comportamento social e espiritual) e das informações disponíveis nas micro relações cotidianas. Deslocar o foco sobre as práticas dos usuários permite aumentar o entendimento e respeito da escolha do usuário, tanto pelos profissionais das EMSI que pelos especialistas tradicionais assim contemplando as hibridizações entre práticas de cuidado e concepções de se cuidar das perspectivasêmica e ética.

Nesse aspecto de reconhecimento da multiplicidade das dinâmicas fluidas dos percursos e hibrididade de práticas de cura encontro similaridades nos estudos de Silveira (2004):

“A maneira de elaborar o diagnóstico é um aspecto decisivo que vem se somar às interpretações divergentes dos doentes e dos profissionais do posto de saúde. Os

xamãs conseguem diagnosticar e aliviar os sintomas de qualquer tipo de mal-estar, mas é consenso que nem todo tipo de estado mórbido pode ser curado por eles. O diagnóstico, contudo, sempre envolve uma negociação equilibrada com o doente e/ou familiares. O doente tem total autonomia na busca da cura, e um xamã nunca procura os doentes para curá-los. Na verdade, a enfermidade é nomeada e distinguida na arena familiar. Quando não é percebida como um estado grave, o xamã muitas vezes nem é consultado”, (SILVEIRA NH, 2004, p. 119).

Os profissionais indígenas participam como promotores e ao mesmo tempo também destinatários dos conhecimentos tradicionais em saúde a fim de introduzir o profissional branco a esse tema e também encher as falhas de conhecimento que como assinalado por algumas lideranças indígenas pode depender do perfil variável da etnicidade do profissional indígena.

Na formação do profissional ressalta-se a importância de uma formação introdutória sobre a PNASPI e o funcionamento da atenção básica indígena pelo indígena da comunidade que vira profissional da saúde que como no caso do AIS não recebe alguma formação profissional inicial ao acesso à profissão (profissionais das EMSI), além do fato de ser a única categoria de profissional da EMSI que não é reconhecida formalmente. Todavia, evidenciei como esse profissional tem uma responsabilidade subestimada pela gestão da atenção local, inclusive pela falta de enquadramento contratual e níveis salariais (Nunes et al., 2002), mesmo que nos casos das numerosas comunidades menores, atendidas de vez em quando pelas EMSI, o AIS é a única referência estável e meio de comunicação e acesso à saúde pública. Nos casos das comunidades com barreiras geográficas que inviabilizam a procura dos serviços de emergência distantes a capacitação ambivalente de práticas de socorro de tipo tradicional e biomédico pode ampliar a eficácia da atenção básica, assim como parcialmente acontece no caso de Barra Velha, onde os técnicos de saúde assumem responsabilidades nesse casos além dos papéis ordinários.

A oferta de conhecimento introdutório aos ditames legislativos que orientam a política de atenção às populações indígenas (PNASPI) pode também envolver as comunidades de usuários, representadas como escassamente informadas sobre os direitos e a definição da operacionalização da saúde indígena pública. Isso para conscientizar, valorizar, reconhecer e afirmar o direito (inter)cultural à atenção básica pelos destinatários da atenção básica *diferenciada*, superando as visões redutivas ou estereotipadas da atenção à saúde indígena como *privilegio do índio, qualidade inferior ao SUS, formalmente diferente, iatrogênica*.

Sempre focando nas competências do profissional indígena, para aprimorar o acolhimento e primeiro contato com o usuário e reduzir os impactos da demanda espontânea ao posto e momentos de atendimento, parece prioritário na base das observações das práticas de funcionamento dos Postos de Saúde, o fortalecimento de competências que favoreçam a “facilitação” do acesso à primeira informação e escuta prioritariamente pelo profissional indígena, pois tem maior vínculo e frequência no contato com o usuário, tanto no atendimento no posto de saúde que nas comunidades aldeadas.

Isso implicaria no reconhecimento institucional de competências que se adaptam ao perfil do profissional indígena no papel do “mediador linguístico e cultural” presente em vários modelos de cuidado intercultural de outros sistemas nacionais de saúde, mais ou menos orientados à interculturalidade ou ao cuidado culturalmente apropriado, considerados na introdução desse estudo.

Essa prioridade é retomada como argumento principal das ações resumidas na tabela 6, centradas por um lado no fortalecimento da difusão e circulação da informação relativa à saúde indígena local e, por outro lado no fortalecimento da mediação e facilitação intercultural do profissional indígena. A necessidade de valorizar e reconhecer as práticas espontâneas já efetivadas pelos profissionais indígenas das EMSI estudadas leva novamente à refletir sobre a necessidade do reconhecimento formal da prática da mediação intercultural à nível como competência necessária e precípua do profissional indígena da saúde indígena.

TABELA 6. Prioridade 3: PRÁTICAS DE INTERCULTURALIDADE. Informação, mediação e facilitação intercultural.

Objetivo	Ações
Reconhecer a competência de mediação linguístico cultural do profissional indígena na relação de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a presença e acompanhamento do profissional indígena nos momentos de atendimento e fases da consulta; • Aumentar a análise e discussão intercultural de casos e acompanhamento dos percursos terapêuticos dos usuários; • Criação de tecnologia funcional à informação e controle da assunção correta de multi-fármacos;
Melhorar fluxo, circulação e qualidade da informação básica e de tipo preventivo: <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro acolhimento da demanda espontânea; • Comunicação com as comunidades e usuário (Facilitação e informação); 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar as reuniões entre lideranças, conselheiros e EMSI; • Reconhecimento da função do AIS de elo informativo e facilitador/mediador no acesso ao posto e nas comunidades; • Estratégias de informação e comunicação escrita/visual (avisos) e digital da saúde indígena no posto de saúde (também na relação com a gestão); • Definição de pontos de divulgação da informação de saúde nas aldeias rurais/urbanas/cidades; • Ativação dos jovens indígenas como multiplicadores de informação sobre a prevenção nas famílias (sensibilizadores);
Reconhecimento da terapia comunitária e massoterapia indígena como práticas da atenção básica	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer institucionalmente, incentivar e promover em outras EMSI e territórios Pataxó a articulação das práticas de "saúde no toque" e "terapia comunitária intercultural" com serviços da ABI local; • Construir parâmetros de avaliação;
Inserção do ET nas EMSIs	<ul style="list-style-type: none"> • Participação direta do especialista tradicional no atendimento das EMSI (consulta, diagnóstico, orientação terapêutica); • Consulta do profissional da EMSI com o especialista tradicional (consultoria, discussão de casos e escolha do percurso terapêutico ambivalente);
Realizar acompanhamento e mediação cultural em serviços de nível mais complexo	<ul style="list-style-type: none"> • Criação de CASAI em Porto Seguro; • Definição de AIS com função de facilitação e orientação ao acesso aos serviços de saúde urbanos;

Nas ações aqui consideradas o profissional indígena é considerado ator-vetor do processo de divulgação da informação relativa às condições de acesso (variável) aos serviços de saúde sendo a única referência das EMSI nas comunidades com menor cobertura e maiores barreiras à saúde. Em segundo lugar, esse profissional resulta fundamental na função de acolhimento, regulamentação e orientação ao acesso ao posto de saúde resumível como facilitador do primeiro acolhimento e escuta, ou “facilitador de diálogos” (DA SILVA, 2010, p. 200) e “símbolo de mediação” (Ibidem, p. 239) entre EMSI e comunidade, profissional branco e usuário indígena.

Essas funções de mediação do profissional indígena entre comunidade, *parente*, usuário e EMSI-profissional não indígena, podem ser valorizadas no acompanhamento em todos os momentos do atendimento, tanto na leitura das necessidades de saúde e escuta

qualificada do usuário que na orientação e comunicação de percursos terapêuticos ambivalentes, complementares e integrativos entre sistemas de saúde tradicional e público. No caso de Barra Velha resultou evidente pelos profissionais indígenas a importância da convivência e acompanhamento do profissional não indígena para aprender na prática e progredir na profissão assim como para o profissional branco para se aproximar à alteridade do usuário.

O acompanhamento das visitas aos anciões, acamados e dos doentes crônicos, ou seja os sujeitos que pela visãoêmica deveriam ser destinatários privilegiados do cuidado público às comunidades, evidenciou a necessidade específica de melhorar a comunicação e informação com esse tipo de usuário incluindo a ativação de estratégias de maior colaboração entre profissionais indígenas e familiares dos doentes e tecnologias que suportem o usuário na assunção correta ou interculturalmente adequada de remédios farmacológicos. Isso traria benefícios também na valorização da família durante o cuidado e a tomada de decisão conforme a opinião de autores já citados (PONTES, GARNELO, REGO, 2014, Op. Cit.)

Além disso, a partir das lacunas individuadas na atenção à saúde dos indígenas nos níveis mais complexos municipais e estaduais e para superar o etnocentrismo e racismo que qualifica os episódios de mal atendimento emersos dos serviços de saúde nos dois municípios estudados, além da lógica dos hospitais “Amigo do Índio”, a mediação intercultural do profissional indígena precisaria ser definida como prática de acompanhamento do usuário indígena nos percursos terapêuticos *fora da aldeia* e da atenção básica *diferenciada*.

O aumento da circulação e troca de informação, além da relação entre usuários e profissionais da saúde é considerada aqui como fluxo contínuo entre todos os participantes do cuidado, incluindo lideranças, escolas indígenas e até a gestão local da atenção básica diferenciada para favorecer uma rede compartilhada de conhecimento e atualização sobre o funcionamento dos serviços locais.

A implementação do uso dos canais e meios de comunicação de internet pode contribuir nesse sentido em aumentar a rapidez da circulação e fluxo de informação entre os profissionais, os usuários e a gestão, nas áreas onde tem uma cobertura e acesso digital regulares. Além disso, a comunicação entre posto e comunidades pode ser melhorada também através o uso de pontos fixos de informação da saúde nos lugares de agregação (centros culturais, igrejas, escolas, serviços públicos), especificamente nas comunidades mais distantes em suporte do agente comunitário local. Nesses pontos poderiam ser

divulgadas e disponibilizadas também informações de base de promoção e prevenção à saúde além daquelas realizadas esporadicamente nos breves dos momentos do atendimento na aldeia, estimulando a forma da auto consulta, acesso livre e direto à informação ou mediado pela presença de profissionais da saúde locais em colaboração com estudantes indígenas capacitados.

O déficit de implementação de práticas de educação, prevenção e promoção da saúde reconhecidos por lideranças e profissionais das EMSIs, pode ser gradualmente superado também através da articulação e colaboração estreita entre atores dos serviços públicos diferenciados e interculturais locais, educativos e sanitários, até em uma perspectiva intersetorial incluindo outros serviços públicos das esferas de governo que operam nas aldeias (serviços sociais, FUNAI em Barra Velha, Secretaria de Assuntos Indígenas em Coroa Vermelha).

Para definir interculturalmente o objeto e objetivos das ações preventivas em saúde afim de contemplar inclusive os conhecimentos tradicionais de tipo preventivo a relação entre escola e posto de saúde precisa de uma construção compartilhada portanto de respostas as múltiplas determinantes da vulnerabilidade sociocultural que se manifesta de forma não uniforme nas comunidades Pataxó das duas áreas estudadas. Os percursos e momentos de educação em saúde tem que ser direcionados e modulados aos diferentes grupos que constituem a população atendida, privilegiando os anciões e as faixas juvenis da população indígena, prioridades no sentido êmico da atenção à saúde comunitária e focando nas múltiplas dimensões que definem o *bem estar* dos *parentes* (pessoal, familiar, comunitário, psicofísico e espiritual, ambiental, sociocultural), evidenciadas pela vocalização das visões êmicas.

Como assinalado a situação da sala de espera no Posto de saúde oferece, em ambos os contextos a oportunidade de um longo tempo que pode ser otimizado para chamar a atenção do usuário sobre as temáticas de prevenção e informação mais frequentemente do que seja praticado. As informações poderiam ser divulgadas através de formas de comunicação audiovisual, tipo representações cênicas de situações de adoecimento ou pequenos filmados) que resultam mais eficazes e próximos ao estilo de comunicação de tipo êmico e tradicional, autoproduzidas e protagonizadas pelos profissionais da saúde em colaboração com a comunidade e principalmente as escolas indígenas.

Nesse sentido, mais uma vez a escola indígena se apresenta como ponto de referência principal e privilegiado pela multiplicação, divulgação e acessibilidade da informação em saúde é além do posto de saúde ou as sedes institucionais de outros

serviços diferenciados. Novamente, a ativação dos jovens indígenas como multiplicadores de informação sobre a prevenção nas famílias (sensibilizadores comunitários) pode resultar uma estratégia pedagógica comunitária.

Considerando o fluxo de informação em geral porém, deveria ter um canal aberto à contribuição do usuário, em uma lógica bidirecional da comunicação e informação sobre os serviços de saúde e a saúde indígena local. Nesse sentido, o direito de usuário a ser ouvido e manifestar a própria (in)satisfação garantido nos serviços do SUS universal através de *caixinhas de observações* nas unidades básicas de saúde ou avisos ao usuário que informam dos contatos de centrais de ouvidoria públicas locais e diretas do Ministério da Saúde, implicariam na paritária necessidade de criar uma logística e canal de comunicação institucional público e comunitário que também aprimorem a relação direta entre os responsáveis (gestores, profissionais e lideranças) e os usuários dos serviços públicos de saúde indígena.

Se as práticas de formação e informação intercultural precisam ser construídas, o reconhecimento e fortalecimento de práticas de tipo intercultural já realizadas pelos profissionais, entre as estratégias espontâneas de mediação linguístico cultural do profissional indígena e as práticas de terapia comunitária através da massoterapia, são formas de articulação entre os saberes de origem tradicional Pataxó e as práticas de cuidado das EMSI que produzem inovadoras formas-práticas e ideias-sentidos, interculturalmente híbridas e ambivalentes de cuidar da saúde indígena.

Como evidenciado, os projetos de reforço da rede de atenção à saúde mental na atenção básica de Coroa Vermelha também se inserem nessa tentativa de reconhecer uma abordagem interculturalmente apropriada ao cuidado da saúde das comunidades que pode ser integrada nas práticas de atenção diferenciada indígena locais das outras comunidades Pataxó atendidas pelo SASI-SUS. Nesse sentido a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais envolvidos por esses projetos e os profissionais de outras EMSI que cuidam da saúde dos Pataxó pode favorecer a multiplicação desses modelos de práticas de cuidar.

A última problemática e prioridade evidenciada pelas lideranças mais críticas e pelos especialistas tradicionais quando questionados sobre a efetivação da articulação entre saberes é a participação do especialista profissional ao cuidado ofertado pelo atendimento da EMSI, a questão problemática individuada nas análises das *policies* de saúde aos povo indígenas em diferentes contextos de colonização. Como evidenciado na

introdução essa questão resulta central na efetivação da conceptualização da articulação, pois cria a condição para que se realize e institucionalize como práxis o encontro dialogado entre os especialistas do cuidado, o tradicional e o profissional da saúde indígena pública sobre situações cotidianas de atenção à saúde das comunidades, porém na legislação não é prevista uma efetiva presença e integração do especialista na organização das práticas de atenção básica indígena.

Todavia, as análises demonstraram que nas realidades observadas, mesmo que informalmente e de forma ocasional, a troca de conhecimento acontece entre profissionais, indígenas e não indígenas da EMSI de Barra Velha com usuários e especialistas tradicionais no cotidiano das relações de convivência. Alguns exemplos de modelos nacionais considerados na introdução, como no sistema de saúde chileno, preveem uma definição da saúde intercultural como integração e complementação do saber tradicional indígena através da integração do curandeiro nos serviços públicos em momentos de colaboração com os profissionais da saúde pública (NARVÁEZ H, NAYIP F, 2012).

De fato, a referência à importância do especialista tradicional é um argumento relacionado à interculturalidade das práticas repetido nos relatórios das Conferencias Nacionais de Saúde Indígena, porém nesse caso também a preocupação e interesse na valorização do conhecimento tradicional procura mais a contribuição do Estado para suportar a preservação do conhecimento do especialista tradicional, desconsiderando a questão da articulação ou interface dessas práticas com a atenção profissionais da saúde indígena pública, assim como explicitado também na declaração da última Conferência realizada em 2014 (Brasil, Ms, 2014, ponto 14, p. 31).

Em conclusão, o modelo de ações proposto põe a ênfase sobre a participação e protagonismo ativo dos diferentes atores locais indígenas envolvidos no processo de atenção básica diferenciada e as metodologias do diálogo, análise e discussão participada.

Isso favorece conforme o paradigma da interculturalidade crítica analisado na introdução a estruturação de processos de “comunicação e mutuo aprendizagem” fundamentados no “respeito” e na “simetria” entre os atores, orientados pelo comum interesse de aprimorar a qualidade do atendimento entre sistema de saúde público e comunidades locais através de um pacto local pela saúde intercultural, através da construção participada e coletiva de “novos sentidos”, ou melhor de um novo sentido construído, compartilhado e validado ou reconhecido como ambivalente, portanto

intercultural de concepções e práticas de cuidado a nível local comunitário (WALSH, 2002, op. cit.).

A viabilidade das ações depende da capacidade e vontade comum dos sistemas locais de saúde de se encontrar através da inter-relação dos seus atores e representantes para definir, ativar e criar espaços e tempos, lugares e momentos de “negociação” e “tradução” hoje não reconhecidos ou reprimidos para se encontrar, falar e ouvir. Trata-se de processos criativos de colaboração pela transformação mutuamente compreendida como positiva do cuidar da saúde indígena, fazendo assim eco as palavras de Walsh (2009):

“Construir criticamente a interculturalidade requer transgredir e desmontar a matriz colonial presente no capitalismo e criar outras condições de poder, saber, ser, estar e viver, que apontem para a possibilidade de conviver numa nova ordem e lógica que partam da complementaridade e das parcialidades sociais”, (WALSH, C, 2009)

Na minha visão é um processo que pode do baixo modificar a cultura da organização e as rotinas protocoladas dos serviços locais da atenção básica indígena na imagem do SUS indiferenciado e aprimorar a participação e estreitar a colaboração entre comunidades de usuários e profissionais das EMSI na procura e garantia do *bem estar* do indígena (individual, familiar, comunitário).

A fitoterapia indígena, como dito, pode ser um argumento que se presta a ser objeto prático do processo de *interculturaliz(-)ação* e articulação entre os saberes e pode ser colocado para dinamizar a operacionalização das respostas as prioridades individuadas. Como outro tipo de conhecimentos considerados alienígenas à epistemologia médica ocidental, o reconhecimento da fitoterapia comporta o reconhecimento formal, avaliação e validação na base dos critérios etnocêntricos, auto representados como científicos de “remédios do mato” que poderia ser compartilhada com a presença de especialistas tradicionais, inclusive para respeitar a sacralidade do poder das plantas.

Do ponto de vista inter-epistêmico, confiar e reconhecer o conhecimento do especialista tradicional conforme a perspectivaêmica local, sem discutir do poder sagrado da planta, aceitando a evidencia do poder de cura a nível factual. Retomando Garnelo e Langdon (2005):

“Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais da saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de autoatenção praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros

prestadores de cuidados, formais e informais, de saúde”. (LANGDON, 2005, p. 137).

Por outro lado a construção compartilhada e circulação plena de informação também é um instrumento de redução de concentração de poder e transparência no processo de gestão e realização do cuidado a nível local, limitando as barreiras ao conhecimento das dinâmicas e condicionantes externas ao funcionamento do atendimento de natureza política, institucional, burocrática que devem ser compartilhadas, problematizadas, reconhecidas, explicitadas e enfrentadas (coletivamente).

Em geral cada ação proposta não precisa de investimentos econômicos pois são sempre considerados os recursos existentes, disponíveis e ativáveis em ambos os contextos. Se as ações são consideradas de forma integrada, coerente e articulada em um projeto intercultural que queira contemplar todas as três dimensões consideradas prioritárias da interculturalidade a nível local, a necessidade da criação de um grupo gestor e da definição da dinâmica geral do modelo de projeto serão um desafio que pode incluir a questão de investimentos para promover algumas ações do projeto (pesquisa, divulgação, articulação de rede). A participação de todos os atores deveria assim ser subordinada à lógica de “se doar” pela saúde dos próprios parentes, requerida ao profissional branco, indígena e ao especialista tradicional como as lideranças das comunidades, sublimando o interesse pessoal e o retorno econômico individual da participação ao projeto.

Em definitiva a perspectiva da auto sustentabilidade deveria ser alcançada com uma avaliação participada e aprofundada das possibilidades de multiplicar o conhecimento tradicional em saúde sem depender da monetização por esse fim coletivo.

CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS

A presente pesquisa apresentou uma leitura da operacionalização da atenção básica diferenciada no específico contexto do Povo indígena dos Pataxó na intenção de ressaltar os limites e as possibilidades de um entendimento e uso crítico da interculturalidade desse conceito a partir do qual foi concebida e construída a Política Nacional de Saúde aos Povos indígenas do Brasil (2002), que por sua vez justifica a existência do subsistema *diferenciado* de atenção à saúde dos povos indígenas no SUS universal, integral, equitativo.

Considerando a tese como a descrição do percurso etnográfico de aproximação e construção gradual da *atenção diferenciada*, percorro aqui brevemente a trilha que me levou descer nas planícies mais ou menos urbanizadas da saúde dos Pataxó com a mochila cheia de hipóteses e voltar encima da montanha (o *lugar* isolado de onde se modela a minha perspectiva ética cosmopolita sobre o objeto de estudo), com uma nova mochila e uma tese cheia de novas hipóteses, questionamentos e interesses.

Esse movimento é aqui proposto para explicitar a coerência do sentido dessa longa viagem, na sua dúplici acepção de significado e direção, de aproximação à interculturalidade do cuidado.

Antes de partir olhei o mapa da questão da interculturalidade no debate internacional evidenciando, através do binoculo de outros pesquisadores (aventureiros) que percorreram outras trilhas, a falta de consenso e portanto a variedade de entendimentos sobre o cuidado *culturalmente apropriado*, tanto a nível de paradigmas teóricos que de análise da sua operacionalização nas políticas públicas.

Ao longo da pesquisa, enxerguei contradições entre os pressupostos de reconhecimento, valorização e afirmação do direito cultural à saúde indígena que, em certa medida, são contemplados na Política Nacional de Saúde aos Povos indígenas do Brasil e a sua operacionalização e implementação em diferentes contextos. Contradições que se revelam danosas para esta população sob diferentes aspectos que comprometem avanços estruturais das condições sócio sanitárias dos territórios indígenas.

É notória a hegemonia de práxis biomédicas, sustentadas pela formação monocultural/etnocêntrica e pela falta de articulação, integração ou complementariedade entre saberes e práticas em/de saúde indígena assim como, a incipiência do controle social indígena se restringe à funções consultivas. Nesse contexto, o protagonismo do indígena

desvanece nos limites do reconhecimento efetivo da autodeterminação e afirmação em políticas culturais. A esse respeito, considero bastante elucidativa análise comparada das autoras Urquidi e Lana sobre as demandas multiculturais e a escassa capacidade de resposta dos aparados dos Estados da América do Sul, quando analisam a “brecha de implementação” entre a legislação e as práticas efetivas de tipo administrativo, jurídico ou político, pois o indígena de fato participa pouco na definição e realização das leis e “o aparato burocrático carrega ainda o ranço assimilacionista e preconceituosa para tratar de direitos de minorias étnicas“ (URIQUIDI, LANA, 2008, p. 216)

A articulação entre saberes epistemologicamente diferentes resulta o ponto mais crítico e menos definido operacionalmente, portanto em práticas de atenção efetivas. Nos casos dos sistemas sanitários nacionais considerados (Chile e Nova Zelândia), nos quais a articulação entre sistema de saúde é efetivada como *complementar* a integração do especialista tradicional na atenção primária não resulta uma prática consolidada e avaliada, ou seja não consegue produzir evidências a respeito da necessidade da sua institucionalização a modelo de integração.

Por um lado, revela-se escassa a avaliação dessas abordagens sobre a (qualidade da) saúde dos indígenas tanto pelos gestores que pela pesquisa científica aplicada (*policy analysis*), na tendência a focar mais nas análises das determinantes socioeconômicas do acesso ao sistema de saúde dos grupos indígenas, o que representa na minha leitura uma omissão que evidencia também a falta geral de consenso teórico e metodológico específica da área da saúde (indígena). Já no campo da educação indígena a reflexão sobre a interculturalidade e bilinguismo dos processos pedagógicos é mais avançada, crítica e capaz de incluir a perspectiva (êmica) indígena sobre a definição e realização da educação (para-com o) indígena, definida bilíngue e intercultural.

Por outro lado tem que ser considerado que a *sensibilidade (inter)cultural* e a emergência de políticas “culturais” ou propostas de modelos ou práticas de cuidado *culturalmente apropriados* são questões que só recentemente conseguiram ser incluídas nas agendas dos Estados, feitas as devidas exceções de realização do constitucionalismo pluralista (a Bolívia o estado plurinacional e Equador estado pluriétnico). Todavia, até hoje, o reconhecimento do saber tradicional não consegue superar as barreiras de critérios de validação na base da evidencia da ciência (*do branco*). Isso expressa a dominante visão normativa-biomédica do cuidado à saúde indígena que permeia as legislações nacionais, *funcional* à hegemonia do modelo cultural de saúde de um Estado e uma Ciência

colonizadores que afirmam, definem, categorizam e excluem o que é e o que produz ou consome a saúde

Descendo na direção das planícies mais “próximas” aos contextos indígenas estudados, a trilha da pesquisa me permitiu observar o panorama sul-americano ressaltando sua especificidade: uma trajetória contra-hegemônica de luta e conflito dos movimentos indígenas subjacentes às matrizes das formulações das políticas de saúde indígena nos contextos nacionais e os paradigmas críticos da interculturalidade da reflexão acadêmica.

Nesse contexto, através das lentes da antropologia da saúde coletiva brasileira o olhar sobre a atenção à saúde indígena resgata a centralidade da perspectiva historicamente silenciada do nativo. Um esforço compreensivo para construir uma leitura da saúde indígena que consiga analisar as vulnerabilidades socioculturais considerando os complexos processos dinâmicos entre: os níveis macro, meso e micro de determinação e hegemonia e os micro processos de apropriação, adaptação, resistência, resiliência e contra hegemonia que produzem formas e dinâmicas híbridas de interculturalidade no processo de saúde-doença-atenção a nível do local.

A análise da problemática da interculturalidade na saúde indígena no Brasil evidencia uma implementação do modelo diferenciado de atenção que produz variáveis impactos e adaptações do modelo biomédico aos múltiplos contextos interculturais indígenas locais, entre dinâmicas de apropriação, transformação, conflito, convivência, negação, hibridização.

Descendo finalmente com essas incertezas e perguntas sobre as possibilidades da interculturalidade nas planícies desconhecidas da atenção básica às comunidades Pataxó da Bahia, as análises da operacionalização na porta de entrada e acesso “privilegiado” ao sistema público de atenção à saúde indígena evidenciaram a fluidez e heterogeneidade da etnicidade Pataxó e a potência analítica da categoria de hibridização que permitiu sair da visão binária dos confins das diferenças e assumir um visual a partir dos confins entre as diferenças.

Através desse posicionamento, percorri as inúmeras trilhas que se abrem para chegar nas aldeias da saúde indígena, apareceram mais claras as heterogêneas nuances entre as linhas da demarcação da etnicidade Pataxó. Os processos de etnogênese e hibridização evidenciaram a continuidade entre a emicidade comunitária conservadora e tradicional interétnicamente contrastiva e as dinâmicas comunitárias intraétnicas

conflitivas que dependem de posições e capacidades de acumulação de poder (na apropriação do modelo do branco) dos atores locais que participam ao processo de saúde-doença-atenção.

Os fatores de etnização de tipo hegemônico se entrelaçam as específicas vulnerabilidades dos Pataxó na relação e contato interétnico cotidiano com o contexto local envolvente em múltiplos conflitos: pela questão da terra, pelo consumo do turismo de massa, a mercantilização do artesanato, a violência do narcotráfico e novas espiritualidades se associam aos processos de modernização das comunidades. Nesses fatores ressaltam as intervenções públicas insuficientes e incompletas, de qualidade básica e não interculturalmente apropriadas.

Essas dinâmicas de conflitos, atritos e hibridização se refletem na fluidez e a heterogeneidade que caracterizam as concepções e práticas de cuidado entre os modelos opostos do tradicional-indígena e do biomédico-não indígena e produzem dissonantes *polissemias* e *poliformias* da atenção diferenciada evidenciadas pela pesquisa.

O discurso local sobre a atenção diferenciada assim se reproduz a partir de múltiplas vozes e discursos dissonantes sobre os modos de cuidar, ser cuidado e se cuidar, na base da experiência direta e participação na implementação do modelo biomédico de práticas de cuidado que cada ator vivencia. Portanto, as atribuições de sentidos que informam as práticas de (relação) de cuidado cotidianas não resultam fundamentadas na concepção intercultural expressa, mesmo que de forma ambígua, na definição institucional da atenção diferenciada.

Mesmo que não sejam mutuamente reconhecidos pelos atores, a pesquisa evidenciou que os contextos sanitários resultam caracterizados pela coexistência de dois sistemas de saúde e pela convivência de práticas efetivamente realizadas no cotidiano da atenção básica, ressaltando aquelas híbridas de profissionais, especialistas tradicionais e usuários entre as biomédicas e tradicionais de autoatenção, além da mediação e facilitação intercultural realizada pelo profissional indígena.

Essa aparente contradição, ao meu ver, reflete a falta de informação, conhecimento e compreensão compartilhada entre os atores locais do direito cultural à saúde garantido, mesmo que de forma questionável pela falta de clareza e traços etnocêntricos, pelo conceito de atenção diferenciada nas definições legislativas nacionais: o reconhecimento do saber tradicional e valorização das concepções êmicas de cuidado são duas estratégias fundamentais para que à relação de cuidado no cotidiano dos serviços seja mutualmente definida como *interculturalmente apropriada*.

A falta de práticas de comunicação, diálogo e confronto, intra- e infra- grupos de atores locais, protagonistas locais do processo da atenção diferenciada (comunidades, lideranças, especialistas tradicionais, gestão, EMSI, usuários, serviços públicos) evidenciada pela pesquisa, se considerada conjuntamente com a dissonante polifonia polissêmica que a atenção diferenciada produz no discurso local, evidencia as escassas possibilidades que as sensibilidades culturais e práticas espontâneas de interculturalidade individuadas na pesquisa possam ser reconhecidas, reforçadas ou institucionalizadas.

As diferentes nuances de expressão da interculturalidade evidenciadas nos territórios investigados podem ser sintetizadas em uma tipologia que distingue três configurações principais. A primeira delas, é dominante e *funcional*, pois definida pela hegemonia do modelo, saber e práticas do branco e a representação do saber Pataxó como alternativo ao sistema de saúde indígena público. A articulação entre saberes a partir dessa perspectiva não é uma questão contemplada, pois a interculturalidade é lida em uma perspectiva êmica *contrastiva*. Essa perspectiva polarizada foca nas diferenças, evidenciando as distâncias entre as visões êmicas indígenas e não indígenas sobre o cuidado.

A segunda configuração, é representada pela integrações e complementariedades das competências e sensibilidades orientadas *espontaneamente* à uma interculturalidade que emergiram nas análises em profundidade das práticas e concepções de cuidado. Nessa perspectiva, a análise evidenciou que a convivência entre atores dos diferentes conhecimentos constrói aproximações e afetações que produzem concepções de saúde compartilhadas, traduções, práticas de mediação (inter)cultural e formas de trocas de conhecimentos na prática cotidiana de cuidado.

Assumindo essa perspectiva, a *atenção diferenciada* demonstra uma flexibilidade na adaptação ao contexto local e a capacidade de ser influenciada pelos atores locais em termos mais ou menos interculturais, permitindo as etnicidades de se moldar factualmente, mesmo que não explicitamente aos olhos dos seus atores.

Por fim, encontramos de forma mais rarefeita, a presença de concepções e práticas da atenção efetivamente diferenciada que emergiram do campo lidas a partir das lentes da interculturalidade crítica. Os eixos prioritários resultam no mútuo entendimento das condições de saúde através de um diagnóstico intercultural participado, o reconhecimento do saber tradicional através do resgate e a sua articulação e promoção nas práticas de cuidado da atenção básica, utilizando a mediação intercultural, a formação e informação interculturalmente construídas como meios necessários para alcançar esse fim.

Através dessas estratégias e ações o indígena se torna interlocutor efetivo e co-protagonista na construção e avaliação da operacionalização da atenção como culturalmente apropriada, na base de critérios epistemológicos interculturalmente ambivalentes.

Acredito que as práticas dessa terceira forma de possível interculturalidade crítica podem ser utilizadas para sustentar projeções locais de modelos de atenção interculturalmente diferenciada. Esses modelos de cuidado interculturalmente orientados podem surgir também da análise em outros contextos indígenas brasileiros locais e contribuir à ampliar as possibilidades de redefinição e esclarecimento do conceito de atenção diferenciada, oferecendo exemplos de (boas) práticas de operacionalização intercultural do cuidado.

Por isso a interculturalidade crítica pode orientar os gestores e trabalhadores públicos da saúde indígena e os povos indígenas à recuperar o valor das intensões dos proponentes do direito à atenção interculturalmente diferenciada da “Lei Arouca” (Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999) como um processo participado de discussão, confronto, reconhecimento dos posicionamentos socioculturais diferentes sobre o cuidado às populações indígenas, inclusive para encontrar uma concordância sobre os parâmetros mínimos para avaliar a qualidade da saúde indígena atualmente inexistentes.

A transformação da cultura institucional da saúde indígena em sentido intercultural crítico depende da capacidade dos povos indígenas de se (re)apropriar desse paradigma e reintroduzir na agenda do Estado a questão do direito cultural à saúde, agregando o apoio e consenso da componente crítica da sociedade brasileira, pesquisa acadêmica inclusa.

Sem o interesse coletivo pelo bem estar das comunidades e as condições igualitárias de comunicar, informar, traduzir, opinar, perguntar, ouvir e falar, os atores que fazem parte do processo de cuidado local seguirão na procura da adaptação da atenção diferenciada priorizando responder de qualquer forma a piora das condições da saúde das comunidades e da saúde indígena pública hoje percebidas pelos Pataxó.

Ao voltar ao topo da montanha da minha *eticidade*, a questão do cuidado culturalmente apropriado aparece portanto transformada ao longo das inúmeras viagens de idas e vindas às planícies das *emicidades* Pataxó, terras indígenas que prometem um *outro cuidado possível*, interculturalmente indigenizado, um modelo de atenção à saúde indígena que não precise ser definido crítico porque procura a justiça sociocultural junto

aos indígenas, depois mil e quinhentos anos do primeiro avistamento do Monte Pascoal da *Terra Brasilis* pelo conquistadores, o símbolo Pataxó.

Eu estou sempre pronto para arrumar a mochila das ideias e descer da minha montanha para contribuir em projetos de pesquisa, intervenção ou, ainda melhor, de pesquisa-intervenção junto às comunidades indígenas que possam desenvolver esse primeiro esforço etnográfico de contribuir ao debate sobre os direitos culturais na atenção à saúde indígena junto aos Pataxó do sul da Bahia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AMARANTE PCD. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

ANDERSON I et Al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. *The Lancet*, 388(10040), 131-157, 2016.

ANÉAS TDV, AYRES JRCDM. Meanings and senses of healthcare practices: fundamental ontology and the reconstruction of healthcare. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 651-662, 2011.

AYRES, JRDCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*, 13, 16-29, 2004.

BAKHTIN MM. *The Dialogic Imagination*. Austin: University of Texas Press, 1981.

BECKER SG et Al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(2), 323-326, 2009.

BENNETT MJ. *Principi di comunicazione interculturale*. F. Angeli. (Ed.). 2002.

BHABHA HK *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG, 2010.

BHABHA HK, RUTHERFORD J. *Third space*. *Multitudes*, (3), 95-107, 2006.

BOMFIM AB. Patxohã: a retomada da língua do povo Pataxó. *Revista Linguística*, 1(13), 303-327.

BORGES JC. Territórios recortados, políticas fragmentadas: a experiência da Assistência Social entre os índios Pataxó, Bahia. *ACENO-Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 3(6), 211-227., 2017.

BRASIL, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 5 051/2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm Acessado em 19 de setembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria 254/2002. *Diário Oficial da União*. 2002;31 jan; Seção 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf Acessado em 10 de outubro de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde, 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: relatório final. 305 p, 2014.

BUSTAMANTE V, MCCALLUM C. Cuidado e construção social da pessoa: contribuições para uma teoria geral. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [3]: 673-692, 2014, cit. P.688;

CANCLINI NG. *Culturas híbridas: estratégias para sair e entrar na modernidade*, 2008.

CANEVACCI M. Transculturalidade, interculturalidade e sincretismo. *Concinnitas*, v. 10, n. 14, p.137-141, 2009;

_____. *Antropologia della comunicazione visuale. Feticci, Merci, Pubblicità, Cinema, Corpi, Videoscape*, Meltemi Editore, Roma 2001, p. 172

CARDOSO DE OLIVEIRA R. Caminhos da identidade. Ensaio sobre etnicidade e multiculturalismo. São Paulo: Editora Unesp; Brasília: Paralelo 15. 258 p., 2006;

_____. Identidade étnica, identificação e manipulação. *Sociedade e cultura*, 6(2). 1976

_____. *O trabalho do antropólogo*. Ed. Unesp; Brasília: Paralelo 15, 1998.

CARDOSO MD. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa Editora; p.195-215; 2004.

_____. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores, *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 83-106, 2015.

CARDOSO TM, PARRA LB. Persistência dos bens e espaços comuns na agricultura indígena na Bahia. *Estudos Sociedade e Agricultura*, 2011.

CARDOSO TM et Al. Aragwaksã: plano de gestão territorial do povo Pataxó de Barra Velha e Águas Belas. FUNAI, (Eds.), 2012.

CARVALHO CRD. Uma abordagem geográfica do turismo em Porto Seguro (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo), 2008.

CASTRO MSMD. A Reserva Pataxó da Jaqueira: o passado e o presente das tradições, 137 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CARVALHO MRGD. Os Pataxó de Barra Velha: seu subsistema econômico. Salvador: Universidade Federal da Bahia (dissertação de mestrado), 1977.

_____. O Monte Pascoal, os índios Pataxó e a luta pelo reconhecimento étnico. *Caderno CRH*, 22(57), 2010.

_____. Os índios pedem passagem. *Ciência e Cultura*, 59(2), 29-31, 2007.

CENSUS, NZ. *The New Zealand Census of Population and Dwellings*, 2013.

COELHO MTAD, ALMEIDA FILHO ND. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica Health concepts in. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, 9(2), 315-333, 2002.

COHEN-EMERIQUE M. In *Études des pratiques des travailleurs sociaux em situations interculturelles: une alternance entre recherches théoriques et pratiques de formation*:

Quel modèles de recherche scientifique en Travail Social, Coordination AFFUTS, les PRESSES de l'EHESP, Rennes, p.233-260; 2013.

COLUCCIA P. Tempo e reciprocità: leve di un nuovo paradigma socioeconomico. *Magma*, 2(2), 2004.

DA COSTA ABF, FERREIRA PP. Perspectivas tecnológicas e tecnológicas no ativismo digital brasileiro recente: uma trajetória possível. *Contemporânea*, 6(2), 335-367, 2016.

DA CRUZ OLIVEIRA RN, DOS SANTOS ROSA LC. Saúde indígena em tempos de barbárie: política pública, cenários e perspectivas. *Revista de Políticas Públicas*, 18(2), 481-496, 2015.

DA CUNHA MC. Políticas culturais e povos indígenas: uma introdução. *Políticas Culturais e povos indígenas*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2014.

_____ O futuro da questão indígena. *Estudos Avançados*, pp. 121-136; 8(20), 1994.

DA ROSA FMSC. A INVENÇÃO DO ÍNDIO. *Espaço Ameríndio*, 9(3), 257, 2015.

DE SOUZA LMTM. Hibridismo e tradução cultural em Bhabha. *Margens da cultura: mestiçagem, hibridismo & outras misturas*, 113, 2004.

DESLANDES SF. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade, 2005.

DIAS-SCOPEL RP. O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde—uma abordagem da antropologia da saúde [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

DIEHL EE, ALMEIDA LKD. Medicamentos em contexto local indígena: A “farmácia caseira” Xokleng. Santa Catarina. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, 3(2), 189-206, 2012.

DIEHL EE, FOLLMANN CBH. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(2), 2014.

DIEHL EE; CARVALHO B, FOLLMANN H. Indígenas como trabalhadores de enfermagem: a participação de técnicos e auxiliares nos serviços de atenção à saúde indígena. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 2, p.451-459, 2014.

DIEHL EE, GRASSI F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2010, 26, 1549-1560

DIEHL EE, LANGDON EJ & DIAS-SCOPEL RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 819-831, 2012.

DIEHL EE, LANGDON EJ, Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro. P.215; Universitas Humanística, 80,213-236, 2015.

DIEHL EE, PELLEGRINI MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. Cadernos de Saúde Pública, 30, 867-874, 2014.

DIETZ G. Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación. Una aproximación antropológica/—México : FCE. 279 pp, 2012.

DONABEDIAN A. Evaluación de la calidad de la atención médica. In: White KL, editor. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; p. 382-404. (Publicacion Científica 534), 1992.

DWYER J et Al. The road is made by walking: Towards a better primary health care system for Australia's First Peoples--Report. Melbourne: Lowitja Institute, 2015.

FARINI F. Intercultural and interlinguistical mediation in the healthcare system: the challenge of conflict management. Migracijske i etnicke teme, 24(3), 251-271, 2008.

DO NASCIMENTO F et Al. Cuidado à saúde da comunidade indígena Tremembé: olhar dos profissionais de saúde. Saúde Coletiva, 8(51), 2011.

FISCHER, DD. As práticas musicais dos Pataxó em diálogo com seus processos de afirmação identitária. DEBATES-Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Música, (19), 2017.

FERREIRA LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.203-219, jan.-mar. 2013.

_____. Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 202, 2013.

_____. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. Saúde e Sociedade, 21, 265-277, 2012.

FERREIRA J, FLEISCHER I. Etnografias em serviços de saúde. Org. J.Ferreira, S. Fleischer. 1. Ed. – Rio de Janeiro: Garamond, 360 p.; 2014.

FETTERMAN DM. Ethnography: Step-by-Step(vol. 17). sage publications, 2009.

FOLLMAN CHB. Indígenas como trabalhadores da enfermagem: o papel de técnicos e auxiliares no modelo de atenção à saúde indígena. Tese de mestrado. UFSC, 2011

FOLLÉR ML. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L. (org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Editora ContraCapa, ABA; 2004

GALINIER J, MOLINIÉ A. The neo-Indians: a religion for the third millenium. University Press of Colorado, 2013.

GARNELO L. (2014). Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. Posfácio. Cadernos de Saúde Pública,30, 875-877.

GARNELO L, SAMPAIO S. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na região norte do Brasil, 2003.

GEERTZ C. A interpretação das culturas. - 1.ed., IS.reimpr. - Rio de Janeiro :LTC, 323 p., 2008.

GENAT B. Building emergent situated knowledges in participatory action research. Action Research, 7; 101-115, March 2009.

GERACI S, EL HAMAD I. Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. Iyalian journal of public health - IJPH - Year 9, Volume 8, Number 3, Suppl. 3, 2011.

GRÜNEWALD, RDA. O aldeamento, o fogo e o parque: resistência Pataxó em Barra Velha. In: AGOSTINHO DA SILVA, Pedro Manuel, et alli. Tradições étnicas entre os Pataxó no Monte Pascoal: subsídios para uma educação diferenciada e práticas sustentáveis. Vitoria da Conquista: Núcleo de Estudos em Comunicação. Culturas e Sociedades. NECCSoss – Edições UESB, p. 500; 2008.

_____. Os índios do descobrimento: tradição e turismo. Rio de Janeiro: Contra Capa.

_____. Turismo e etnicidade. Horizontes antropológicos, 9(20), 141-159, 2003.

GUIMARÃES LA, GRUBITS S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. Psicologia & Sociedade, 19(1), 45-51, 2007.

HALL S. A identidade cultural na pós-modernidade, DP&A Editora, 1ª edição em 1992, Rio de Janeiro, 102 pp; 11ª edição em 2006.

IBGE, Censo 2010, www.ibge.gov.br/censo2010.

HASEN NARVAEZ FN. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. Cienc. enferm., Concepción , v. 18,n. 3,p.17-24, 2012.

KING M, SMITH A, GRACEY M. Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. The Lancet; 374(9683): 76-85, 2009.

KIRMAYER LJ, BRASS G. Addressing global health disparities among Indigenous peoples. The Lancet, 388(10040), 105-106, 2016.

LANGDON EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. Saúde dos povos indígenas, 29, 2004.

LANGDON EJ, DIEHL EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde e sociedade*,16, 19-36, 2007.

LANGDON EJ, DIEHL EE, DIAS-SCOPEL RP. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cad Saúde Pública*; 28:819-31, 2012.

LANGDON EJ, GARNELO L. Articulación entre servicios de salud y “medicina indígena”: reflexiones antropológicas sobre política y realidad en Brasil. *SALUD COLECTIVA*; *Salud Colectiva | Universidad Nacional de Lanús*, 13(3):457-470, 2017.

LAPLANTINE F. A descrição etnográfica. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

LAVOIE JG. Governed by contracts: The development of indigenous primary health services in Canada, Australia and New Zealand. *International Journal of Indigenous Health*, 1(1), 6-24, 2004.

LEMOS PN et Al. O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1449-1456, 2010.

LISBOA J. Etnogênese e Movimento Indígena: Lutas Políticas e Identitárias na Virada do Século XX para o XXI. *Interethnic@ - Revista de estudos em relações interétnicas*, v. 20, n. 2, p. 68-86, 30 dez. 2017

LLANES GUARDIOLA C. Autoridades, Lideranças e Administração de Conflitos na Aldeia Indígena Pataxó de Barra Velha, Bahia. Tese de mestrado. UFF. 2011

LUCIANO BANIWA GJDS. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje. Brasília: MEC/SECAD; LACED/Museu Nacional, 233p, 2006.

MAHER TM. Formação de Professores Indígenas: uma discussão introdutória. Formação de professores indígenas: repensando trajetórias. Org. Luís Donisete Benzi Grupioni. – Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2006

MARINHO G, PONTES ALM. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33,n. 3, 2017.

MENÉNDEZ EL. La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?, pag. 76, *ALTERIDADES*, 4 (7): Pags. 71-83), 1994.

_____ Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.8, n.1, pp.185-207, 2003.

_____ Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.109-118, 2016.

_____ Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*,14, 2005.

MILLS C. Decolonizing global mental health. In: Decolonizing global mental health: The psychiatrization of the majority of the world, p.122-151. Hove, etc.: Routledge; 2014.

MINISTERIO DE LA SALUD PÚBLICA, EQ. Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen vivir. Quito, Ecuador; 06/2010.

MINISTRY OF HEALTH, NZ. The Guide to He Korowai Oranga: Māori Health Strategy 2014. Wellington, New Zealand: Ministry of Health, 2014.

MINISTRY OF HEALTH, NZ. Māori Provider Development Scheme 2017/18 - National provider funding: Application guidelines. Wellington, New Zealand: New Zealand Ministry of Health, 2017.

MINISTRY OF HEALTH, NZ. He Korowai Oranga Māori Health Strategy. Wellington, 47 pages, 2002.

MIRANDA SSD. Aprendendo a Ser Pataxó: um olhar etnográfico sobre as habilidades produtivas das crianças de Coroa Vermelha, Bahia (Doctoral dissertation, Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal da Bahia. 2009.

KLEINMAN A. What is specific in biomédecine. In: Writing at the margin. Discussion between anthropology and médecine. Berkley, University of California Press, pp.21-40, 1995.

KUKUTAI T, TAYLOR J. Indigenous data sovereignty: Toward an agenda (Vol. 38). Anu Press, 2016.

MOTA SEDC, NUNES M. For differentiated and less uneven health care practices: the case of the Special Indigenous Sanitary District of Bahia. *Saúde e Sociedade*, 27(1), 11-25, 2018.

NARVÁEZ H, NAYIP F. Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24, 2012.

NEVES SC. Produção, Circulação e Significados do Artesanato Pataxó no Contexto Turístico da aldeia de Coroa Vermelha, Santa Cruz Cabrália-BA. *PASOS: Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 9(3), 45-58, 2011.

_____ Língua e tradição: A reconstituição de uma língua própria e seu papel como diacrítico na luta dos Pataxó pela garantia de direitos. *El periplo sustentable*, (33), 605-635, 2017.

OLIVEIRA LFD, CANDAU VMF. Pedagogia decolonial e educação antirracista e intercultural no Brasil. *Educ. rev.*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 15-40, Apr. 2010 .

OLIVEIRA JPD. Uma etnologia dos " índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. *Mana*, 4(1), 47-77, 1998.

_____ Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia. Em GARNELO L, LANGDON EJ. *Saúde dos povos indígenas: reflexões*

sobre Antropologia participativa. São Paulo: Associação Brasileira de Antropologia, 2005.

PAIM JS, ALMEIDA FILHO ND. (orgs.). Saúde coletiva: teoria e prática. In Saúde coletiva: teoria e prática. 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 720p, 2014.

PAIM JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 356 pp, 2008.

Pan American Health Organization (PAHO). Renewing primary health care in the Americas. A position paper of the Pan American Health Organization/WHO. Washington, D.C.: PAHO; 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>; Acessado em 19 de outubro de 2017.

PATAXÓ P. Inventário Cultural Pataxó: tradições do povo Pataxó do Extremo Sul da Bahia: Atxohã. Instituto Tribos Jovens (ITJ), 2011.

PEREIRA ER. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saúde soc. vol.23 no.3. São Paulo July/Sept. 2014.

PEREIRA OP, ALMEIDA MCT. Saúde e poder: um estudo sobre discursos hegemônicos e subalternos em contextos multiculturais. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum., São Paulo, v. 15, n. 2, p.91-98, 2005.

PEREIRA PPG. Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. Mana, 18(3), 511-538, 2012.

PINHEIRO R, MATTOS RAD. (orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS, 2001.

_____ (2003). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro; IMS ABRASCO; 228p, 2003.

PONTES ALDM. Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Teixeira CC, Garneiro L, organizadoras. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz (Coleção Saúde dos Povos Indígenas). 262 p., 2014.

PONTES ALDM, GARNEIRO L, REGO S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. Rev. Bioét. Aug; 22(2): 337-346, 2014.

_____ O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 20, 3199-3210, 2015.

PULVER LJ et Al. Indigenous Health—Australia, Canada, Aotearoa New Zealand and the United States-Laying claim to a future that embraces health for us all. World Health Organization, 107, 2010.

RAYNAUT C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas ideias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S. I.] vol 5, supl. 1, 2002.

REGO, AGD (2012). "Uma aldeia diferenciada": conflitos e sua administração em Coroa Vermelha/BA. 207 f., il. Tese (Doutorado em Antropologia Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

SAMPAIO JAL. " Sob o signo da cruz". Relatório Circunstanciado de Identificação e Delimitação da Terra Indígena Pataxó da Coroa Vermelha. *Cadernos do LEME*, 2(1), 2011.

_____ Breve história da presença indígena no extremo sul baiano e a questão do território pataxó do Monte Pascoal. *Cadernos de História*, (6), 31-46, 2000.

SASSO L, BAGNASCO A, GHIROTTI L. La ricerca qualitativa. Una risorsa per i professionisti della salute. Edra S.P.A, 2015.

SAHA S, BEACH MC, COOPER LA. Patient centeredness, cultural competence and healthcare quality. *J Natl Med Assoc*; 100(11): 1275-85, 2008.

SALAVERRY O. Presentación del Simposio: Interculturalidad en Salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 27(1): 80-93, 2008.

SANTOS BDS. Direitos Humanos: o desafio da interculturalidade. *Revista direitos humanos*, 2, 10-18, 2009.

_____ Epistemologías del sur. *Utopía y praxis latinoamericana*, 16(54), 2011.

_____ Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista crítica de ciências sociais*, (78), 3-46, 2007.

SCOPEL RPD. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Munduruku. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Florianópolis, 2014.

SIEBETCHEU YOUMBI R. Identità e ruolo del mediatore linguistico-culturale in Italia. *The Journal of Cultural Mediation*, - Issue n. 1, July, 2011.

SILVA CDD. Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena. 276 f. Tese (Doutorado em Antropologia)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SILVA NMDM. A conversa de hoje é que parir é no hospital": implicações e desafios à saúde indígena. 33 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher)-Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SILVEIRA NH. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ABA e Contracapa, 111-127, 2004.

SILVEIRA NH, DE MELO RC, DE JESUIS CS. (org.)2016, Diálogos com os Guarani: articulando compreensões antropológicas e indígena, Florianópolis, ed. UFSC, 254 p.: il- (Coleção Brasil Plural), 2016.

SOTTO-MAIOR LSB. Relatório circunstanciado de revisão de limites. Terra Indígena Barra Velha Monte Pascoal. Portaria n° 329, de março de 2006: Brasília, 2006.

SOUZA MLPD, SCHWEICKARDT JC, GARNELO L. O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool. Rev. psiquiatr. clín. vol.34, n.2, pp.90-96, 2007.

TOLEDO VM, BARRERA-BASSOLS NA. Memória biocultural: a importância ecológica das sabedorias tradicionais. Editora Expressão Popular, p. 272, 2015.

TORRES MS. Saúde mental entre os Karajá: os impactos do contato interétnico. Tempus Actas de Saúde Coletiva, 6(1), 165-172, 2012.

TRUONG M et Al. Cultural competence in health care: a systematic review of the evidence. In 2012: Population health in a changing world: Proceedings of the Population Health 2012 congress (pp. 1-1). Public Health Association of Australia. 2012, January.

SALAVERRY O. Interculturalidad en salud. Rev. perú. med. exp. salud publica. 2010, vol.27, n.1, pp.80-93, 2010.

SOUZA MLPD, GARNELO L. Desconstruindo o alcoolismo: notas a partir da construção do objeto de pesquisa no contexto indígena. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 9(2), 279-292, 2006.

TESTA M. Atención ¿primaria o primitiva? de salud, Cuadernos Médico Sociales, (34), 3-13, 1985.

TRAD LAB. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In DESLANDES, SF (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

_____ Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 17, 627-633, 2012.

UN (2016), State of the World's Indigenous Peoples: Indigenous Peoples' Access to Health Services. United Nations, New York, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18356/7914b045-en>. Consultado: 25/04/2017.

URQUIDI V, TEIXEIRA V, LANA E. Questão Indígena na América Latina: Direito Internacional, Novo Constitucionalismo e Organização dos Movimentos Indígenas - Cadernos PROLAM/USP, p. 199 – 222, ano 8 - vol. 1 – 2008.

URQUIZA AHA, DE OLIVEIRA CALDERONI VAM. A interculturalidade como ferramenta para (des) colonizar. *Prim@ facie-direito, história e política*, 16(33), 01-29, 2017.

WALSH C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. *Construyendo interculturalidad crítica*, Lima: Ministerio de Educación, Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural; 2005.

_____ Interculturalidad crítica y pedagogía de-colonial: apuestas (des) de el in-surgir, re-existir y re-vivir. *UMSA Revista (entre palabras)*,3, 2009.

WALTON L. Maori Health Strategy and Action Plan. *Health Policy Monitor*. 7 pages. 2007. Disponível em: <http://www.hpm.org/nz/a9/2.pdf>., acessado 20/11/2017).

WELHC JR. Fórum: saúde e povos indígenas no Brasil. *Introdução; Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, P.853, 30(4):851-854, abr, 2014;

WILLIAMS SJ, MARTIN P, GABE J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*,33(5), 710-725, 2011.

WHO traditional medicine strategy 2014–2023. Geneva: World Health Organization; Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1,
acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado

10/10/2016.[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1)
ua=1, acessado 10/10/2016.

WHO, UNICEF. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>, acessado 10/09/2017.

ANEXO 1 – Modelos de entrevistas

MODELO BASE DE ENTREVISTA COM LIDERANÇA: CACIQUE ou CONSELHEIRO DE SAUDE

TEMPO ESTIMADO: 60'-90'

FINALIDADE: explicitar a concepção/sentidos na perspectiva do usuário; representação das determinantes da saúde ao nível local; concepçãoêmica de saúde diferenciada;

TEMAS E PERGUNTAS:

1. VISÃO DAS CONDIÇÕES E DETERMINANTES SOCIOECONÔMICAS, CULTURAIS DA SAÚDE DO ENTREVISTADO(A), REFERIDAS À SUA FAMÍLIA E COMUNIDADE.

(Pergunta n.1.1: quais as suas condições de saúde nos últimos anos? E da sua família?)

Perguntas n. 1.2/1.3: como o senhor (a) descreve as condições de vida e nível de estar bem da sua comunidade? Quais fatores, a seu ver, influenciam mais a saúde da sua comunidade?

Pergunta 1.4: O que pode aprimorar o bem estar e saúde da sua família e da sua comunidade?

2. PERCEPÇÃO E SATISFAÇÃO DA ATENÇÃO PÚBLICA (perspectiva histórica do impacto dos serviços na comunidade)

Perguntas n. 2.1/2.2: Qual é a sua satisfação em relação aos serviços públicos de saúde que atendem a sua comunidade? Como responderam e as necessidades de bem estar e saúde da sua família e da sua comunidade? como poderiam melhor responder? Quais fatores do contexto local influenciam a qualidade dos serviços de saúde?

3. PERCEPÇÃO DA ATENÇÃO PÚBLICA E DAS PRÁTICAS DIFERENCIADAS

Perguntas n.3.1/3.2: Em quais termos, na sua opinião, os serviços públicos de saúde na comunidade são ou realizam práticas e relações de cuidado diferenciadas? Se as realizam, pode indicar alguns exemplos de situações de atenção, cuidado ou pratica de cura que considera diferenciados?

Perguntas n. 3.3: O que o senhor (a) acha a respeito das práticas de cuidado realizadas pelos profissionais das equipes na sua comunidade: respeitam as especificidades socioculturais da comunidade (tradições, medicina tradicional, crenças, usos de plantas medicinais)? São, em sua opinião, apropriadas e compatíveis com as crenças, saberes e práticas tradicionais de cura em uso na sua comunidade? Tem articulação entre saberes médicos públicos e saberes da medicina tradicional? Os profissionais se comunicam/consultam com a “pajelancia”?

Pergunta 3.4: Quais fatores políticos, sociais ou culturais, a seu ver, favorecem e obstaculizam um cuidado público à sua comunidade efetivamente diferenciado?

(4. PRÁTICAS DE AUTOATENÇÃO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO DIFERENCIADA)

Perguntas 4.1/4.2/4.3/4.4/4.5: Na sua família, em caso de adoecimento ou mal estar, que tipo de práticas de cura são procuradas e realizadas habitualmente? Quais medicamentos? Quais plantas medicinais? Os seus familiares e parentes seguem as orientações de um especialista da saúde tradicional?

Pergunta 4.6: Os profissionais da equipe da atenção básica nos seus diagnósticos ou indicações terapêuticas consideram as práticas tradicionais de saúde da comunidade ou entram em contato com especialistas tradicionais locais? (Especificar por tipo de profissional)

5. DIMENSÃO ANAGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA DO PARTICIPANTE (referida aos últimos 5 anos)

- (Nome/Apelido) Aldeia (tempo residência) /Linhagem ou parentesco principal;
- Função Institucional: tempo de atuação, modalidade de acesso, trajetória profissional e de liderança;
- Idade/ Religião/Título de estudo, qualificação/ Profissão principal;
- N. componentes e idade da família que moram na sua casa/quantos SM junta a sua família?
- Ocupação dos membros da família;
- Frequência uso serviços públicos;

MODELO BASE DE ENTREVISTA AO PROFISSIONAL DE SAUDE DA EMSI

TEMPO ESTIMADO: 60'-90'.

OBSERVAR: concepção de saúde; representação das determinantes da saúde ao nível local; concepção ética de saúde;

1. VISÃO DAS CONDIÇÕES E DETERMINANTES SOCIOECONÔMICAS, CULTURAIS DA SAÚDE DA COMUNIDADE ASSISTIDA:

Pergunta n.1.1: condições das comunidades atendidas nos últimos 5 anos? Quais necessidades ou problemas principais? Quais fatores as influenciam?

Pergunta 1.2: quais as condições e necessidades mais urgentes ou específicas das comunidades atendidas?

2. CONCEPÇÃO DA SAÚDE E DA ATENÇÃO PÚBLICA (diferenciada)

Pergunta 2.1: A seu ver como definir o que é atenção diferenciada as populações indígenas?

Pergunta 2.2: em quais termos o profissional da saúde indígena tem uma concepção da saúde diferenciada?

Pergunta 2.3: quais elementos específicos das condições da saúde indígena local necessitam de uma atenção diferenciada?

Pergunta 2.4: Quais competências caracterizam/deveriam caracterizar o perfil do profissional da saúde indígena a partir da sua experiência nas comunidades Pataxó em perspectiva de cuidado diferenciado? quais necessidades de formação para uma pratica diferenciada: Quais argumentos de formação profissional você acha que deveriam ser desenvolvidos para aprimorar uma maior diferenciação da atenção?

3. PERCEPCAO DA PRATICA DE ATENCAO DIFERENCIADA: relação com usuário e comunidade.

Pergunta 3.1: Em quais termos a sua pratica cotidiana de profissional da saúde indígena é diferenciada? Pode fazer alguns exemplos de situações e práticas diferenciadas de atenção e cuidado?

Pergunta 3.2: O que você acha da relação com o usuário? Entende as suas dicas e informações terapêuticas? Que tipo de relacionamento tem com os usuários da comunidade? E com os outros membros da comunidade?

Pergunta 3.3: normalmente na consulta, pergunta a respeito do uso de plantas medicinais ou remédios caseiros? São utilizados? Quais? no seu cotidiano acontecem articulações com os especialistas tradicionais?

Pergunta 3.4: o usuário segue as suas indicações terapêuticas? Quais outros atores integram ou interferem no percurso saúde-doença-atenção?

4. PERCEPÇÃO DAS PRÁTICAS DA EQUIPE:

Pergunta 4.1: o que acha do trabalho da EMSI como um todo, opera diferenciadamente? Quais fatores favorecem e obstaculizam uma pratica de equipe mais diferenciada? Quais profissionais são mais sensíveis ao cuidado com os indígenas?

Pergunta 4.2: Quais fatores internos limitam a qualidade do trabalho da equipe? Quais os fatores externos, do contexto local que limitam a atenção diferenciada da equipe?

5. SATISFAÇÃO SOBRE ATENÇÃO DIFERENCIADA OFERTADA

Pergunta 5.1: qual a sua satisfação pelos resultados do seu trabalho em termos de saúde diferenciada ou adequação dos serviços as necessidades específicas das comunidades (adaptação)? E da equipe?

Pergunta 5.2: Quais os limites para uma prática de atenção diferenciada, apta a responder as necessidades específicas das populações indígenas? Como poderiam ser superados esses limites?

6. ANAGRAFICA DO PROFISSIONAL

- Função:
- Etnia:
- Idade:
- Formação
- Contrato (tipologia)
- Acesso profissão
- Anos/meses experiência na saúde
- Na saúde indígena/No território da aldeia
- (Trajetória profissional)
- Salário/renda familiar
- Núcleo familiar
- Crença religiosa

MODELO BASE DE ENTREVISTA BREVE AO USUARIO NA UBS

TEMPO E MODALIDADE: 20 minutos, sem gravador

FINALIDADE: realizar um censo da população de usuários da UBS sobre as principais dimensões a partir do motivo da espera/consulta; secundariamente, encontrar casos relevantes que podem ser aprofundados com entrevistas em profundidade;

ARGUMENTOS E PERGUNTAS:

- (Em geral: como está? A sua família está bem?);
- Tipologia doença/problema saúde: qual tipo de mal estar sente mais frequentemente (nos últimos 6 meses)? Frequência uso serviços públicos; frequência referência a pajé?
- Caso especial para relatar da própria família ou de um conhecido? (Marcar para entrevista domiciliar);
- Descrição percurso terapêutico: qual terapia está seguindo? Qual profissional indicou? Quais tipo de remédios e medicamentos está assumindo? Usa medicinas e remédios caseiros? cultiva plantas medicinais?
- Satisfação geral do cuidado recebido? Como a relação com os profissionais? Confia nos profissionais? Quais?
- Principais problemáticas do atendimento recebido nos últimos 6 meses;
- Perfil socioeconômico do usuário: sexo, idade, parentesco, histórico residência em aldeia, composição fam., renda fam.;

MODELO BASE DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE AO USUARIO (DOMICILIAR)

TEMPO: 60-90 minutos, com gravador

FINALIDADE: captar os sentidos e significados atribuídos aos serviços públicos; entender o ponto de vista ênicos sobre a atenção diferenciada; revelar práticas e escolhas de percursos terapêuticos híbridas;

1. CONCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE/ESTADO DE SAÚDE PSICOFÍSICA AUTO REFERIDA (individual, família, comunidade)

Pergunta n.1.1: como a senhora/r está? como se sente no seu dia a dia? Sente falta alguma coisa para estar feliz, se sentir bem? e pela sua família? Como vai a saúde?

Pergunta n. 1.2: Quem cuida da sua saúde? e da sua família?

Pergunta 1.2: E a comunidade: como são as condições de saúde da comunidade? O que falta para a comunidade viver e estar bem?

2. REPRESENTAÇÃO DE PERCURSOS TERAPÊUTICOS INDIVIDUAIS E DA COMUNIDADE (sentido, percepção da cura):

Pergunta 2.1: já teve um problema de saúde? O que aconteceu? Foi resolvido como? Como viveu aquele episódio? Conhece alguém que teve um atendimento que piorou as condições de saúde?

Pergunta 2.2: Conhece alguém ou ouvi falar de alguma situação na comunidade na qual alguém que procura cura no posto de saúde e também à “pajelança”?

3. PRÁTICAS TERAPÊUTICAS: TIPO DE ESCOLHA TERAPÊUTICA E PERCURSOS TERAPÊUTICOS FAMILIARES HABITUAIS (atores, interações), AUTO ATENÇÃO, USO FARMACOS E REMÉDIOS FITOTERÁPICOS:

Pergunta 3.1: normalmente quando não se sente bem qual é a primeira coisa que faz? E depois...Procura alguém? Consulta o pajé ou outros especialistas da medicina tradicional/espiritual? Em quais casos? Os seus familiares também?

Pergunta 3.2: usa/cultiva plantas medicinais? Quais, pode me mostrar (CLASSIFICAR)? Produz ou assume remédios caseiros (CLASSIFICAR)?

Pergunta 3.3: além de problemas de saúde, você fala de outras coisas ou procura por outros motivos os profissionais da saúde pública? E os especialistas tradicionais?

Pergunta 4.1: Normalmente quais? Quais em casa hoje (REGISTRO)? Quem prescreve? Onde/como acha? Custo? Termina o tratamento/como usa?

4. SATISFAÇÃO E REPRESENTAÇÃO DO CUIDADO RECEBIDO PELOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DIFERENCIADA:

Pergunta 4.1: em geral qual é a sua satisfação pelo cuidado e cura recebidos nos serviços de saúde? O que poderia melhorar?

Pergunta 4.2: o que acha da relação com os profissionais? Se sente respeitado? Respeitam as suas crenças? Perguntam sobre as indicações do pajé? E sobre o uso das ervas medicinais? Conhecem ou usam palavras da língua pataxó’?

Pergunta 4.3: Confia nos profissionais? Tem diferenças entre eles? O que falta aos profissionais para atender bem as comunidades indígenas?

5. (HÁBITUDES ALIMENTARES):

Pergunta 5.1: Qual o prato principal cozinhado pela família? Descreva o seu cardápio familiar?

Pergunta 5.2: Sente falta de alguma comida no seu cardápio? O gasto pela comida é sustentável em relação a renda familiar?

Pergunta 5.3: O cardápio escolar é satisfatório?

Pergunta 5.4: Algum profissional da saúde já orientou alguém da sua família a respeito de uma alimentação saudável? O senhor conhece os seus direitos alimentares?

6. PERCEPÇÃO DA CONDIÇÃO SOCIOECONOMICA (AUTOREFERIDA):

Pergunta 6.1: Do que sente estar faltando para estar bem, ser feliz? quais as principais necessidades da sua família (econômicas, relação com a comunidade, espirituais)?

7. PERFIL SOCIO ECONÓMICO FAMILIAR: filiação; composição familiar; renda em SM; ocupação e atividade prevalente, nível de alfabetização, subsídios sociais, ocupação/atividade econômica prevalente; práticas de socialização e tempo livre.

MODELO BASE DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE AO ESPECIALISTA TRADICIONAL

TEMPO: 60-90 minutos, com gravador

FINALIDADE: captar os sentidos e significados atribuídos aos serviços públicos; entender o ponto de vista ênicos sobre a atenção diferenciada; revelar práticas e escolhas de percursos terapêuticos híbridas;

1. VISÃO DAS CONDIÇÕES E DETERMINANTES SOCIOECONÔMICAS, CULTURAIS DA SAÚDE DA COMUNIDADE ASSISTIDA:

Pergunta n.1.1: condições das comunidades? Quais necessidades ou problemas principais? Quais fatores as influenciam?

Pergunta 1.2: quais as condições e necessidades mais urgentes ou específicas dos Pataxós?

2. CONCEPÇÃO DA SAÚDE INDÍGENA E DA ATENÇÃO PÚBLICA (diferenciada)

Pergunta 2.1: A seu ver quais são as ameaças a saúde da sua comunidade? Os serviços públicos resolvem os problemas de saúde das comunidades?

Pergunta 2.2: tem profissionais da saúde indígena que cuidam diferentemente a comunidade? Tem algum com o qual o senhor/ra se relaciona para resolver questões de saúde?

Pergunta 2.3: quais elementos específicos das condições da saúde indígena local necessitam de uma atenção diferenciada ou específica, diferente que pelo home branco?

Pergunta 2.4: Quais competências caracterizam/deveriam caracterizar o perfil do profissional da saúde indígena?

3. PERCEPÇÃO DA PRÁTICA DE ATENÇÃO TRADICIONAL: relação com usuário e comunidade.

Pergunta 3.1: Em quais termos a sua prática cotidiana de especialista tradicional é diferenciada das práticas de saúde públicas? Pode fazer alguns exemplos de situações e práticas diferenciadas de atenção e cuidado?

Pergunta 3.2: Que tipo de relacionamento tem com as pessoas que procuram a sua ajuda? E com os outros membros da comunidade?

Pergunta 3.3: normalmente na consulta, pergunta ou oferece plantas medicinais ou remédios artesanais? São utilizados pelos seus pacientes? Quais?

Pergunta 3.4: o usuário segue as suas indicações terapêuticas? Quais outros atores integram ou interferem no percurso saúde-doença-atenção? acontecem articulações com os os profissionais da saúde pública? (Exemplos).

4. ANAGRAFICA DO ESPECIALISTA

- Função:
- Etnia:
- Idade:

- Formação/percurso formativo
- Acesso profissão
- Anos/meses experiência na saúde
- Na saúde indígena/No território da aldeia
- Salário/renda familiar
- Núcleo familiar
- Crença religiosa

MODELO BASE ENTREVISTA ESPECIALISTA TRADICIONAL

ANAGRAFICA

Idade, Tamanho Família

Origens e histórico migração, visão barra velha

Estilo de vida das origens e de hoje

Problemas da comunidade indígena?

...

VISAO DA SAUDE INDIGENA

O que é saúde na perspectiva indígena? Estar bem, estar em saúde?

Quais problemas de saúde são específicos dos indígenas?

Quais espirituais/mentais e quais físicos?

Quais problemas de saúde resolveu?

Como? Uso ervas, rezas, bençãos, massagens do mato?

Esses problemas hoje são resolvidos pelos serviços de saúde?

....

VISAO COMO USUARIA DO SERVICO

Primeiro contato com serviços de saúde

Contato com serviço de saúde, frequência, processo doença/cura

Atendimento satisfação

Sente-se a vontade de falar dos seus problemas pessoais, preocupações, inquietudes com os profissionais da saúde?

Usa mais remédios caseiros ou medicamentos da farmácia?

O que falta, pode melhorar o atendimento e o serviço?

Tem diferença entre profissionais indígenas e brancos?

...

SAUDE DIFERENCIADA Concepção

O que é? Porque diferenciada pelos índios?

Como realizar saúde intercultural com articulação entre saber da medicina ocidental do branco

E saber tradicional indígena em saúde?

O QUE E' SER PATAXO' HOJE EM COROA VERMELHA?

MODELO BASE ENTREVISTA CACIQUE/LIDERANCA

Anográfica

Origens familiares, migração, tamanho, profissão ou último trabalho

Como chegou a ser liderança?

Visão da comunidade: comparação estilos de vidas comunitários.

... **Condições sociais e culturais específicas** da comunidade de Coroa?

Quais principais problemas?

Condições e problemas de saúde da comunidade?

... **Modelo atenção diferenciada local**

Atenção básica aos indígenas: o que faz e o que deveria fazer?

A atenção consegue atender as necessidades da população?

O que poderia ser feito para melhorar?

Quais outros atores tem interface com a saúde indígena?

... **Concepção/aproximação com a saúde em termos diferenciados e interculturais**

Porque deveria ser diferenciada? O que é a atenção diferenciada?

O que falta em Coroa porque seja diferenciada?

Os profissionais da saúde do posto agem diferenciadamente?

Tem diferenças entre profissionais indígenas e não indígenas?

Qual a visão do posto de saúde na perspectiva do usuário?

Os usuários usam ainda o saber tradicional para se curar fisicamente e espiritualmente?

Existem ainda especialistas tradicionais ativos?

Como resgatar/salvar o saber tradicional em saúde?

O que é saúde para os pataxós?

O que é ser índio Pataxó' hoje em Coroa Vermelha?