

A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil

Participation by indians health agents in health services: the experience in Santa Catarina State, Brazil

Esther Jean Langdon ¹
 Eliana Elisabeth Diehl ²
 Flávio Braune Wiik ^{3,4,5}
 Raquel Paiva Dias-Scopel ⁶

Abstract

This study analyzes the role and training of indian health agents as defined by the National Policy for Health Care of Indians Peoples on two Indian reservations in Santa Catarina, Brazil. The health agent's role in primary care is based on mediation between traditional health practices and biomedicine, subsumed in the concept of differentiated care. On both reservations, a large turnover of indigenous health agents and lack of adequate training were observed. The indigenous health agents expressed difficulty in understanding the reasons for their activities, role ambiguity vis-à-vis the community, and communications problems with other health professionals. Considering the national policy guidelines, this study indicates that the provision of differentiated care is precarious and that a dialogue is necessary, with actual participation by all stakeholders in the health services.

South American Indians; Indigenous Health; Primary Health Care

Introdução

A *Constituição Federal* de 1988 delineou as bases políticas em que se devem efetivar as relações entre os povos indígenas e o Estado brasileiro, tendo como premissa básica o reconhecimento “aos índios, sua organização social, costume, línguas, crenças e tradições...” (art. 231). Este reconhecimento é refletido na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) e incorporado aos documentos da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão encarregado pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e dos Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), que ressaltam a necessidade de fornecer uma *atenção diferenciada* que garanta concomitantemente o acesso universal aos serviços de saúde, assim como o respeito e a valorização da medicina tradicional. Este trabalho examina os resultados de pesquisa sobre os agentes indígenas de saúde (AIS) – membros integrantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), nas Terras Indígenas Xapecó e Laklãnô em Santa Catarina, Brasil, cujo papel é definido na atenção básica de saúde como mediador entre os saberes e práticas de atenção à saúde tradicionais e biomédicos.

A origem do agente de saúde

A definição do papel do agente de saúde (AS), seja ele indígena ou não, deve ser localizada no

¹ Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
² Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
³ Instituto Superior de Estudos da Religião, Rio de Janeiro, Brasil.
⁴ Universidade Estadual da Zona Oeste, Rio de Janeiro, Brasil.
⁵ Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
⁶ Centro de Pesquisas Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Brasil.

Correspondência

E. J. Langdon
 Departamento de Antropologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário Trindade, Florianópolis, SC 88040-900, Brasil.
 estherjeanbr@yahoo.com.br

movimento global iniciado há mais de três décadas e que é expresso na *Declaração de Alma-Ata* da Organização Mundial da Saúde ¹, que objetiva o acesso universal aos cuidados primários de saúde integral, ou seja, a promoção, prevenção, cura e reabilitação a um custo acessível e a garantia de respeito, reconhecimento e colaboração entre os representantes das práticas tradicionais e os da biomedicina. Recomenda que a medicina tradicional seja promovida, desenvolvida e integrada onde quer que seja possível com a medicina científica moderna. Para atingir suas metas de atenção integral a custo acessível, estabelece estratégias preventivas descentralizadas e com base na comunidade, citando os recursos de agentes comunitários de saúde (ACS), grupos comunitários de saúde, curandeiros tradicionais e líderes comunitários. O AS é conceituado como um membro da comunidade específica, cuja tarefa é melhorar a saúde, aconselhando as pessoas sobre as estratégias de prevenção e cuidados de saúde e também prestando serviços de primeiros socorros ².

No Brasil, os AS, designados como ACS, foram reconhecidos como profissionais da saúde em 2002 por meio da *Lei n. 10.507/2002* ³. Segundo essa Lei, a profissão de ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão do gestor local.

Na saúde indígena, a inclusão do AIS na atenção primária iniciou via universidades e organizações não governamentais (ONG) a partir da década de 1980, e avaliações sobre estas primeiras experiências têm sido publicadas recentemente ^{4,5,6,7,8}. A grande maioria dessas experiências envolveu formação e capacitação de índios em atividades de atenção básica, freqüentemente em situações em que não havia outros profissionais, ou para atender surtos de doenças epidêmicas. Em Santa Catarina, a Pastoral da Criança atrelada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), realizou cursos para AIS e ACS na década de 90. Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, indígenas também foram treinados e contratados pelos municípios para atuar nas Terras Indígenas. Atualmente, alguns índios são contratados como agentes comunitários pelo Programa Saúde da Família (PSF).

A Fundação Nacional de Saúde e os agentes indígenas de saúde

Em 1996, a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) da FUNASA, divulgou um documento ⁹

definindo o AIS como figura-chave na mediação dos serviços de saúde. A sua formação deve incluir informações sobre antropologia, política de saúde e organização dos serviços, bem como noções básicas de biomedicina, técnicas básicas de enfermagem e outros assuntos relacionados à saúde comunitária. Também, deve incluir uma discussão sobre medicina tradicional e a visão nativa do processo saúde-doença, a cura e a morte e sua relação com a cosmologia para reconhecer a especificidade cultural do grupo.

Em 1999, um outro documento pretendeu normatizar a implantação do Programa de Agentes Indígenas de Saúde como parte do processo de construção dos DSEI ¹⁰. Segundo este, existia no país cerca de 2 mil AIS, e mais de 70% deles trabalhavam sem acompanhamento ou supervisão. O documento recomenda que a capacitação dos AIS devesse ocorrer preferencialmente em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade do instrutor-supervisor, lotado na equipe de saúde dos Distritos, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço. Entre outros aspectos, menciona que o reconhecimento de sua profissão deve ser garantido, citando a *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*.

Com a criação do Subsistema de Saúde, o modelo de *atenção diferenciada* e o papel do AIS ganham mais destaque. Assim, no documento que fundamenta a PNASPI, a *atenção diferenciada* é delineada como uma distinção na qualidade dos serviços ¹¹ e o AIS é visto como o elo entre os saberes tradicionais e também entre os membros da comunidade e os da equipe: “A formação e a capacitação de indígenas como agentes de saúde é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” ¹¹ (p. 15, grifos nossos). Ele deve ser um membro da comunidade e idealmente eleito pela mesma, respeitando desse modo princípios democráticos e igualitários, servindo ainda como mediador entre as duas medicinas e participando na realização da atenção primária. A capacitação e a supervisão do AIS – que em última instância está a cargo da FUNASA – são vistas como fundamentais para o êxito de sua atuação.

A partir da criação dos Distritos Sanitários em 1999 e um aumento significativo no orçamento designado para a saúde indígena, o número de AIS contratados começou a crescer (Tabela 1), bem como de EMSI, que incluiu recentemente a categoria de agente indígena de saneamento (AISAN).

Apesar do aumento do número de AIS contratados e a demanda para mais contratações,

até agora não foram realizadas pesquisas com o intuito de avaliar se o aumento do número de AIS tem contribuído para o desenvolvimento de serviços primários de saúde que atendam aos princípios de respeito, de articulação com os saberes tradicionais, de participação efetiva da comunidade em todas as etapas do processo de planejamento, de execução e avaliação das ações e do melhoramento do acesso aos serviços de saúde, tanto os serviços de atenção básica nas Terras Indígenas quanto os da rede de referência do SUS.

A pesquisa em Santa Catarina

O objetivo principal da pesquisa *O Subsistema de Atenção à Saúde do Índio em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul): o Papel do Agente Indígena de Saúde e a Articulação entre as Práticas de Medicina Tradicional e a Biomedicina* visava à análise do papel do AIS na atenção básica dirigida às comunidades indígenas de Santa Catarina, buscando trazer dados para subsidiar a melhoria da qualidade de serviços de saúde em contextos interculturais, bem como o controle social. Entre os objetivos específicos, o projeto tinha por meta identificar: os AIS e profissionais atuantes e a sua participação em cursos de capacitação, analisando o resultado desses cursos no que se refere à preparação para o trabalho; as visões dos AIS acerca da *atenção diferenciada* à saúde e a relação entre os serviços da biomedicina e as práticas tradicionais de saúde; e as ações delegadas aos AIS sob as perspectivas da organização dos serviços e dos próprios agentes, bem como as dificuldades enfrentadas.

Dois Terras Indígenas, T.I. Xaçupé e T.I. Laklãnô (conhecida também como T.I. Ibirama), foram selecionadas em razão da experiência prévia de pesquisa por parte dos pesquisadores^{12,13,14,15,16} e à existência de etnografias envolvendo práticas de saúde^{17,18,19,20}. A T.I. Xaçupé, localizada nos municípios de Ipuçu e de Entre Rios, oeste de Santa Catarina, contava com uma população estimada em 2.838 indivíduos²¹, na maioria Kaingáng e, em menor proporção, índios Guarani. A maior parte da população concentra-se em aldeias localizadas no Município de Ipuçu. A T.I. Laklãnô, situada nos municípios de José Boiteux e de Victor Meireles, tinha uma população estimada em 939 indivíduos²¹, predominantemente índios Xokleng, mas também Kaingáng e Guarani. Os Kaingáng e Xokleng pertencem à família lingüística Jê e os Guarani à família Tupi-Guarani.

Para a execução das pesquisas de campo, foram utilizadas as seguintes técnicas: (a) obser-

Tabela 1

Contratação de agentes indígenas de saúde (AIS) após a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)²².

Período	Número de AIS
2000	2.284
2002	2.732
2004	4.751

vação participante; (b) entrevistas semi-estruturadas/abertas com os AIS, lideranças indígenas, usuários dos serviços de saúde e servidores da FUNASA; (c) grupos focais com AIS e AISAN (estes quando possível); e (d) pesquisa documental nos arquivos da Prefeitura Municipal de Ipuçu. A pesquisa na T.I. Xaçupé foi realizada em viagens de uma a duas semanas de duração, nos meses de maio, julho e outubro de 2004 (26 dias em campo). Na T.I. Laklãnô, Dias-Scopel²² permaneceu entre fevereiro e outubro de 2004, totalizando em torno de 150 dias de pesquisa de campo; nesse caso, a pesquisadora também acompanhou o trabalho diário dos AIS.

A pesquisa foi financiada pelo Edital 003/2003 da Fundação de Apoio à Pesquisa Científica e Tecnológica do Estado de Santa Catarina (FAPESC), com apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Ministério da Saúde. O projeto foi submetido à apreciação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), recebendo pareceres favoráveis.

Resultados

As Tabelas 2 e 3 mostram a composição das EMSI segundo as categorias profissionais. Na T.I. Laklãnô (Tabela 2), todos os profissionais da EMSI eram contratados pela ONG Projeto Rondon, criada pela Associação Estadual dos Rondonistas de Santa Catarina. Para cada uma das sete aldeias dessa T.I. existia um AIS. Desses, seis AIS foram entrevistados e suas atividades cotidianas acompanhadas durante cinco meses; quatro participaram no grupo focal junto com quatro AISAN.

Na T.I. Xaçupé (Tabela 3), os profissionais estavam divididos em duas EMSI, sendo uma contratada pelo PSF do Município de Ipuçu e a outra por intermédio do convênio entre a ONG Associação Indígena Kanhrú (AIKA) e a FUNASA, distribuídos conforme Tabela 3. Já no Município de Entre Rios, que, assim como Ipuçu, é limítro-

Tabela 2

Profissionais de saúde na Terra Indígena Laktlãnõ, fevereiro-outubro de 2004.

Profissional	N
Agente indígena de saúde (AIS)	7 *
Agente indígena de saneamento (AISAN)	4 **
Médico	2
Dentista	1
Enfermeiro	1
Auxiliar de enfermagem	7
Auxiliar de dentista	1
Motorista	6
Total	29

* Distribuição segundo sexo: um AIS homem, seis AIS mulheres;

** Distribuição segundo sexo: quatro AISAN homens.

fe da T.I. Xaçecó, um dos médicos do PSF atendia os índios em alguns períodos da semana. Nessa T.I. foram entrevistados 14 AIS e realizados dois grupos focais (o Grupo Focal 1 contou com sete AIS e dois AISAN, contratados via convênio; no Grupo Focal 2 participaram oito AIS do PSF).

Rotatividade e capacitação

Em ambas as T.I., foi constatada uma grande rotatividade na composição das EMSI, tanto na mudança de AIS quanto dos outros profissionais. Pelos dados obtidos na Prefeitura de Ipuacu, foi possível observar que na T.I. Xaçecó, por exemplo, somente uma AIS permanecia no cargo desde a implantação do DSEI Interior Sul; quanto aos outros profissionais, somente um auxiliar de enfermagem indígena mantinha suas funções há mais de quatro anos. A alta rotatividade dos profissionais de saúde nas EMSI não é característica somente desse DSEI, mas uma realidade nos outros 33 DSEI espalhados pelo país²³. Certamente, um fator pode ser atribuído ao esquema de contratação. Em geral, as contratações são feitas anualmente, resultando na interrupção dos contratos e períodos de insegurança relacionados à continuação dos profissionais. Por exemplo, na T.I. Xaçecó, constatou-se em uma visita de 20 de janeiro de 2005 que os serviços de saúde (tanto aqueles providos pelo Município de Ipuacu, quanto aqueles do convênio) estavam desativados desde o final de dezembro

de 2004, sem previsão para reiniciar. Todos os membros das equipes estavam aguardando nova contratação.

No caso dos AIS, os arranjos sócio-políticos intra e extra T.I. podiam definir a indicação e a permanência ou não do agente, de acordo com interesses que extrapolam o cenário da saúde. Por exemplo, na T.I. Laktlãnõ foi possível identificar em três das cinco aldeias pesquisadas uma relação de parentesco entre os AIS e os respectivos caciques. Na T.I. Xaçecó, a escolha dos AIS dependia do tipo de contratação: aqueles contratados via convênio AIKA e FUNASA eram, de modo geral, indicados pelo cacique ou pelas lideranças ligadas ao mesmo, enquanto que os AIS do PSF poderiam ainda ser indicados pelos governantes (não índios) dos municípios em questão. De fato, os AIS do PSF participantes nessa pesquisa foram demitidos quando o novo prefeito assumiu em 2005. A escolha dos AIS, que deveria obedecer ao critério de constituição por indicação da comunidade, não é consonante com a realidade sócio-política e cultural local. Tanto os universos indígenas quanto não indígenas são marcados por fatores que vão de encontro às diretrizes e princípios da PNASPI. Apesar de esforços dos técnicos locais para garantir o cumprimento das diretrizes no caso da escolha dos profissionais que formarão as equipes, ela acaba, muitas vezes, sendo influenciada por forças políticas locais marcadas por clientelismos e faccionalismos político-partidários, tanto internos quanto externos às T.I. investigadas.

A alta rotatividade dos membros das equipes, frente à ausência de capacitação adequada, seja esta de forma contínua, como recomendado pela PNASPI, ou de cursos pontuais, resulta na falta de preparação por parte dos profissionais para o trabalho em contextos étnicos específicos.

No DSEI Interior Sul, a FUNASA promoveu dois cursos introdutórios realizados fora do âmbito de trabalho, um em 2001 (direcionado a AIS e auxiliares de enfermagem) e outro em 2002 (somente para AIS do Pólo-base de Chapecó). Entre os 21 AIS que atuavam na T.I. Xaçecó durante a pesquisa, nove deles haviam participado dos cursos, e somente dois deles fizeram ambos. Na T.I. Laktlãnõ, entre os sete AIS que trabalhavam entre fevereiro e outubro de 2004, três haviam cursado a capacitação de 2001.

Quando questionados sobre capacitação, os AIS que participaram dos eventos acima citados não referiram os mesmos. Porém, esses e outros agentes citaram capacitações que trataram sobre o uso de plantas medicinais, o preparo e uso da multimistura (destinada à complementação alimentar, especialmente de desnutridos) e a visita domiciliar. Esses cursos foram oferecidos

de maneira avulsa pela Pastoral da Saúde e também pela Secretaria de Estado do Desenvolvimento Social e da Família do Governo de Santa Catarina.

Os agentes que foram contratados mais recentemente afirmaram que não receberam um curso de capacitação no momento de iniciar suas atividades, tendo tido apenas orientações quanto a uma agenda de atividades e uma breve explicação sobre a visita domiciliar. O aprendizado sobre o preenchimento dos inúmeros formulários se dava com a ajuda dos colegas AIS mais antigos ou eventualmente nas reuniões com a enfermeira da EMSI.

A demanda por cursos de formação e palestras sobre temas específicos foi uma constante observada durante a pesquisa de campo, tanto nas entrevistas quanto nos grupos focais. A ausência de cursos era indicada como motivo de insegurança no exercício cotidiano de suas atividades de atenção à saúde, assim como fonte de descrédito na eficácia de suas práticas e conselhos diante da população por eles atendida.

Apesar dos poucos cursos de capacitação, bem como a provável inadequação daqueles oferecidos pela FUNASA, encontraram-se vários AIS de ambas T.I. realizando cursos de auxiliar de enfermagem por esforço próprio ou terminando o Ensino Médio com intenções de realizar tal curso. A iniciativa dos AIS em buscar sua profissionalização fora das T.I. evidencia por si a necessidade do investimento na sua formação.

Atividades, competências e relação com a equipe

A análise dos documentos da FUNASA e de uma “agenda de atividades” fornecida pelo Pólo Base da T.I. Laklãnõ demonstra que as atividades delegadas aos AIS são amplas. Elas podem ser agrupadas em quatro funções gerais: (1) visitas domiciliares; (2) educação e orientação sobre cuidados de saúde e informações sobre o sistema de saúde e seu funcionamento, incluindo os programas especiais de saúde; (3) preenchimento dos vários formulários, tais como a ficha de visitas com assinatura de membro da família, os relatórios mensais de suas atividades e outros solicitados pela equipe; e (4) participação nas atividades de controle social.

Os AIS manifestaram dificuldades de entender a justificativa das atividades a serem realizadas nas visitas domiciliares. Além disso, foi citado o problema de deslocamento por causa das distâncias, entre outros. A observação em campo ainda mostrou que muitas das visitas foram realizadas de uma maneira pontual, às vezes

Tabela 3

Profissionais de saúde na Terra Indígena Xapecó, maio-julho de 2004.

Profissional	Municípios			
	Ipuauçu		Entre Rios	
	PSF	Convênio	PSF	Convênio
Agente indígena de saúde (AIS)	9*	7**	0	5***
Agente indígena de saneamento (AISAN)	0	3#	0	2##
Médico	1	1	1	1
Dentista	0	2	0	1
Enfermeiro	1	1	0	1
Auxiliar de enfermagem	0	6	0	3
Auxiliar de dentista	1	0	0	0
Motorista	1	3	0	3
Total	13	23	1	16

PSF = Programa Saúde da Família.

* Distribuição segundo sexo: quatro AIS homens, cinco AIS mulheres;

** Distribuição segundo sexo: um AIS homem, seis AIS mulheres;

*** Distribuição segundo sexo: um AIS homem, quatro AIS mulheres;

Distribuição segundo sexo: três AISAN homens;

Distribuição segundo sexo: dois AISAN homens.

somente para conseguir a assinatura da família e, em alguns casos, as visitas não foram realizadas em todas as casas, apenas visitando aquelas em que se sabia haver alguém doente. O quadro de faccionalismo político existente fazia com que o AIS de famílias rivais, ou como dizem os índios “que não se dão bem”, não se visitassem. Portanto, havia casas em que alguns AIS não eram bem-vindos e, por isso, várias famílias não eram atendidas com regularidade.

No entanto, o principal problema expresso por eles a respeito das visitas foi o das demandas esperadas pela comunidade e pela equipe profissional, percebidas como contraditórias. Na lógica dos profissionais, o AIS é um membro de uma equipe hierarquizada em conhecimentos e funções. Os cuidados de atenção primária são delegados à posição do auxiliar de enfermagem, e o AIS tem a responsabilidade de servir como elo de comunicação e educação entre as famílias e os demais membros da equipe. Assim, ele deve anotar e comunicar necessidades de consultas e riscos à saúde, acompanhar a administração dos medicamentos, transmitir informações sobre consultas e programas de saúde e acompanhar os doentes necessitando serviços no SUS. Por outro lado, as famílias esperavam que cumprissem atividades dos médicos: “elas acham que devemos ser médicos”, enquanto foram orientados pela equipe para não realizarem atividades

básicas de atenção primária, tais como medir febre e pressão arterial, recomendar e fornecer medicamentos e aplicar injeções. Também expressaram pouca clareza quanto às funções pertinentes ao AIS ou à auxiliar de enfermagem quando atuando no posto de saúde em dias de consulta médica. Está prescrito na “agenda de atividades” dos AIS: “*fazer o controle mensal de peso e altura das crianças e gestantes*”. Contudo, essa tarefa quem costumava fazer era a auxiliar de enfermagem. Finalmente, revelaram sentir pouco respeito como profissionais no seu acompanhamento dos pacientes aos serviços de atenção secundária e terciária do SUS.

Em ambas as T.I. foram observados problemas na comunicação entre os AIS e os profissionais das EMSI; os AIS com mais tempo de serviço apontaram para uma relação melhor no passado: “*hoje a equipe nem sabe quem é AIS*”.

Nas reuniões periódicas com a chefia da equipe, eram solicitados os inúmeros formulários e planilhas que precisavam preencher, sobrando pouco ou nenhum tempo para que efetivamente se discutissem os problemas enfrentados pelos AIS no seu dia a dia. Os AIS manifestaram frustração com o número elevado de formulários a ser preenchido sem entender o objetivo de tais documentos. As AIS da T.I. Lakãõ reclamaram que os outros membros da EMSI não as escutavam e assim não conheciam os problemas. Nas discussões realizadas nos grupos focais sobre esses formulários, os AIS comentavam sobre a falta de retorno, seja prático ou reflexivo sobre os dados levantados: “*Pra que anotar tudo aquilo e mandar pra eles, eu acho que se eles olhasse, aquilo que, aqueles papéis que a gente manda pra eles, eu acho que eles iam tá informado né, ia tá sabendo qual é a nossa necessidade aqui né, é pra tá informado*”. “*Seria importante, se eles olhasse saberiam o que a gente tá fazendo*”.

Como resultado desta percepção, alguns AIS justificaram porque não completavam mais os formulários mensais de atividades realizadas. Vários agentes interpretaram os formulários como instrumentos de controle por parte do resto da equipe e do gestor, não os visualizando como parte do sistema de informação em saúde.

Durante uma reunião entre os AIS e os coordenadores das EMSI que se acompanhou, visando concluir as planilhas mensais de atividades e controle epidemiológico, ficou evidente um clima de tensão entre os primeiros e a coordenação, que inquiria sobre a qualidade e a fidedignidade dos dados presentes nos documentos. Os AIS ficaram sentados em um círculo, ao redor de uma grande mesa retangular onde estavam acomodados os coordenadores da equipe. Eles eram chamados individualmente à mesa, na frente de

todos, para mostrarem suas planilhas, que eram então checadas e, quando mal preenchidas, eram alvos de críticas públicas dos coordenadores, ou seja, gerava uma situação extremamente constrangedora para os agentes.

Retornando ao tema da política que cerceia profundamente o cotidiano das EMSI, na referida reunião, o coordenador da equipe do PSF clamou para que os AIS se mantivessem neutros durante o período eleitoral (o ano de 2004 foi marcado por eleições municipais em todo o Brasil), para que não fizessem política partidária associada a seu trabalho cotidiano. Ao mesmo tempo em que fazia o pedido, afirmava enfaticamente que a chapa política do então prefeito candidato à reeleição, aliado com o cacique como seu vice-prefeito, era “a chapa da continuidade”, a chapa que, se vencesse, “daria continuidade à equipe”, ou seja, os AIS não perderiam seus empregos. Como já salientado anteriormente, os AIS perderam seus empregos com a eleição do candidato da oposição.

Houve avaliação por parte dos AIS sobre o exercício de habilidades específicas de outros profissionais da equipe: “*não sabe lidar com o índio, não conhece a nossa realidade*”. Os AIS distinguiram entre os profissionais de saúde que, segundo sua percepção, estão ao lado dos índios e os que demonstram preconceito. Por exemplo, os AIS de Xapecó lembravam de um enfermeiro que a seus olhos demonstrou uma atitude de preconceito quando argumentou contra o uso do fogo de chão nas casas indígenas, acusando-os de sujeitos: “*O índio não é sujo; todos nós têm roupa limpa no varal*”.

Outra tensão existente entre os AIS e as equipes referia-se à hierarquização associada aos valores de salário, muito discrepantes entre as diferentes categorias profissionais. Não obstante isso, não se pode esquecer que a oportunidade de ser empregado como AIS é muito valorizada pelos próprios agentes e pelas comunidades indígenas.

Atenção diferenciada e saberes tradicionais

As respostas dos AIS quando se perguntou sobre o significado de *atenção diferenciada* indicaram que para eles o conceito refere ao aspecto de acesso universal e igualdade na qualidade de serviços. Alguns afirmaram que “*o índio não tem que esperar em fila mais*”, justificando um *status* especial frente aos serviços de saúde. Mas igualmente, a maior parte percebeu problemas acentuados de preconceito e atendimento quando procurando serviços da rede SUS fora da T.I.

Reclamaram também que os profissionais do SUS não reconhecem o papel do AIS como acompanhante profissional dos enfermos indígenas na rede pública.

Com base nesses relatos dos AIS, pode-se inferir sobre possíveis implicações ligadas à política específica de atendimento à saúde para as sociedades indígenas. Se por um lado, diante das duas décadas de pesquisas entre os Kaingáng e Xokleng, observa-se, nos últimos anos, o aumento em infra-estrutura e serviços de saúde como resultado das políticas adotadas, por outro lado verifica-se o crescimento entre a população não indígena circunvizinha da idéia de que os índios não têm direito a usufruir do SUS, por alegar que eles já dispõem de serviço próprio de atenção à saúde. Cabe lembrar aqui os históricos preconceitos desta população não indígena para com os índios.

Quando se questionou especificamente sobre os saberes tradicionais de saúde, a maior parte dos AIS afirmou ter conhecimento de práticas indígenas e citou os mais velhos, freqüentemente as mulheres, que detinham estes “segredos”. Reclamaram ainda que elas atendiam os doentes, mas não revelavam os seus segredos.

Outro aspecto importante e que se pode localizá-lo nessa discussão sobre os saberes tradicionais é o uso de produtos (como pomadas, xaropes e tinturas) de plantas medicinais elaborados por dois pequenos “laboratórios” existentes em postos de saúde na T.I. Xapecó. Boa parte dos AIS conhecia a utilidade desses produtos e “receitava-os” para os membros das comunidades que atendiam, ou seja, em contraste ao impedimento relacionado com os medicamentos da farmácia, nesse caso não eram proibidos pela equipe ou coordenador de praticarem tal atividade. Ao contrário, alguns profissionais de nível superior viam com “bons olhos” essa iniciativa, entendendo estar inserida nas práticas indígenas de cuidado à saúde. Cumpre ainda ressaltar que a maioria das plantas cultivadas nas hortas ao redor dos citados postos de saúde era de espécies introduzidas e que faz parte da farmacopéia popular da região.

Reflexões finais

Esta pesquisa reitera a observação de Mendonça de que o papel do AIS vem sendo construído de maneira heterogênea com caráter polivalente e perfil indefinido⁴. Aspectos definidos pelos documentos da FUNASA como fundamentais à formação e atuação dos AIS estão sem resolução na prática. A escolha dos agentes, a rotatividade no cargo, as relações na equipe e entre essa e a comunidade, bem como as relações da comu-

nidade indígena com os serviços fora da T.I., são marcados por contextos locais caracterizados por forças sócio-políticas e culturais que impactam no funcionamento do Subsistema de Saúde como um todo, desafiando as tentativas de uma orientação centralizada pelo gestor.

As entrevistas com os AIS e os grupos focais demonstraram o desejo por parte dos mesmos de capacitação contínua, e em suas reivindicações ficou claro que essa capacitação deve ter um direcionamento ao ensino institucional/formal, a saber, fundamentada nos conhecimentos biomédicos. Já em relação aos outros profissionais das EMSI, segundo os agentes, a capacitação deve ser orientada de acordo com a realidade étnica específica (conhecimento sobre a comunidade, seus saberes e práticas).

Os descompassos observados no papel dos AIS estão intimamente ligados à conjuntura política que marca a vida social das T.I. e sua interface com os municípios limítrofes, à rotatividade da equipe, à falta de treinamento adequado, ao excesso de burocratização das atividades, à disputa por campos específicos de atividades que exigem maior qualificação, à falta de comunicação e integração de atividades e agenda entre os AIS que estão em campo e os postos de saúde que atendem a população.

Todos estes fatores estão intimamente ligados às relações hierárquicas e desiguais que marcam os AIS e outros membros da equipe e sua administração – em sua maioria composta por não indígenas –, que por sua vez estão inseridos em um contexto de relações históricas de intolerância étnica. Há ainda que se salientar as especificidades sócio-culturais indígenas frente aos não indígenas, marcadamente compostas por colonos de origem germânica e italiana, cujo *éthos* é fortemente embebido de ideologias que sustentam a austeridade, o trabalho árduo e famílias nucleares.

Essa pesquisa confirmou observações feitas em outras pesquisas sobre a ambigüidade do papel do AIS, tanto para os agentes quanto para a comunidade e os profissionais de saúde. Apesar de ser definido como um representante da comunidade que participa nos serviços e nas atividades de controle social, eles, como membros contratados da equipe, percebem que a FUNASA é seu chefe, criando uma situação de conflito de papel⁴. Em que pese a situação de conflito, demonstrou-se ainda que há uma falta de receptividade por parte da equipe e do gestor para a contribuição dos AIS nos processos de participação e controle social. À medida que a falta de comunicação entre os AIS e o resto da equipe aumenta, como no caso de Santa Catarina, maiores parecem os conflitos e a ambigüidade.

Outra ambigüidade notada por esse estudo e por outros é a ausência de reconhecimento profissional da categoria de agente indígena de saúde. Os participantes da pesquisa expressaram essa situação por intermédio da frustração pela falta de reconhecimento dos membros da EMSI e ainda mais pelos profissionais de saúde na rede de referência do SUS. Oliveira^{5,24} e Mendonça⁴ apontaram para este problema no Xingu, apesar dos AIS lá receberem cursos de capacitação e sua contribuição na atenção primária ser reconhecida pelos profissionais. Oliveira²⁴ indica que a inserção institucional dos AIS é incipiente e conflituosa. Uma solução para isso tem sido formar os AIS como auxiliares de enfermagem, categoria profissional que assemelha mais o perfil de AIS⁴. No caso de Santa Catarina, os AIS realizando, ou com esperanças de realizar, cursos de auxiliar de enfermagem perceberam esta como uma maneira de garantir seu reconhecimento institucional e também segurança empregatícia. Além disso, os AIS participantes dessa pesquisa apontaram as desigualdades nos valores de salários, o que indicaria não reconhecimento profissional, ao mesmo tempo em que o cargo de agente é visto favoravelmente, pois implica um recurso de renda em um contexto de escassez de trabalhos remunerados, bem como prestígio para os índios dentro dos processos sociais e políticos comunitários.

O papel do AIS como mediador entre as práticas indígenas e os serviços biomédicos é mal definido e pouco problematizado por todos os profissionais da equipe. O conceito de *atenção diferenciada* necessita de um aprofundamento nas discussões e capacitações, com a efetiva participação de todos os atores envolvidos na atenção à saúde. Fica evidente por esta pesquisa e por discussões com os gestores que não há um consenso do que seja *atenção diferenciada*. Se para os AIS significa acesso a serviços primários separados e com qualidade, além da prioridade na atenção secundária e terciária, para os administradores e profissionais de nível superior *atenção diferenciada* trata da questão “cultural”, entretanto com pouca compreensão do que isso implica na prática.

O uso de noções como “cultura” e “saberes tradicionais” nos documentos e discursos oficiais remete a uma visão estática da cultura humana, dada como traços ancestrais que devem ser res-

gatados, mantidos e estimulados. Nesta pesquisa, os agentes pareceram pouco preocupados e não visualizando essa “mediação” como fazendo parte de seu papel de profissional de saúde. Reconheceram que a competência pertinente aos saberes tradicionais pertence a outros membros das comunidades pesquisadas, que são os detentores de práticas e que não revelam seus segredos. Aqui se assume que saberes tradicionais são mais bem entendidos como práticas de auto-atenção inseridas em um contexto dinâmico de intermedialidade, que “*se refere aos discursos e apropriações de conhecimentos, aos processos de hegemonia locais e globais, às negociações interculturais e à produção de medicinas híbridas*”²⁵ (p. 48).

É necessário ainda apontar que dentro do universo de práticas de atenção e cuidado em saúde, encontra-se entre os Kaingáng e Xokleng uma forte presença do universo religioso. Entre os Kaingáng há muitas práticas terapêuticas cuja origem está no catolicismo popular, muitas vezes amalgamado ao saber e práticas xamânicos, assim como práticas terapêuticas elencadas pelo universo cristão Pentecostal, massivamente presente nas últimas duas décadas na T.I. Xapecó. Já entre os Xokleng, a interface entre saúde e religião praticamente se reduz ao universo Pentecostal. Em termos abstratos e analíticos, pode-se afirmar que tais práticas fazem parte do universo de conhecimento e práticas de cuidado à saúde tidos como “tradicionais” ou alternativos, que são concomitantes ao biomédico.

Embora as considerações apontadas acima, que limitam o desenvolvimento de um papel bem definido do AIS como profissional membro de uma equipe de saúde, o aumento de índios contratados como agentes deve ser visto como importante no processo da implantação do modelo de atenção à saúde indígena. O AIS faz parte da reivindicação central das organizações indígenas na constituição da política de saúde indígena para mais participação dos índios nos serviços de saúde, seja no planejamento, na gestão, na avaliação e no controle social. Outro resultado da política de contratar AIS é o papel que eles desempenham nos conselhos locais e distritais de saúde. Há uma necessidade ainda de avaliar o processo de controle social implementado na saúde indígena desde a criação dos DSEI, mas é importante reconhecer a participação do AIS nesses conselhos de saúde.

Resumo

Este trabalho analisa a formação e o papel do agente indígena de saúde (AIS) nas Terras Indígenas (T.I.) Xaçecó e Laklãnô, Santa Catarina, Brasil, frente à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. O papel do AIS na atenção básica de saúde é definido com base na mediação entre os saberes e práticas de atenção à saúde tradicionais e biomédicos, inserido no conceito de atenção diferenciada. Em ambas as T.I. foi constatada uma grande rotatividade de AIS, bem como a falta e/ou a inadequação de cursos de capacitação. Observaram-se ainda dificuldades dos AIS para entender a justificativa das atividades delegadas a eles, agravadas pela ambigüidade de seu papel frente à comunidade e por problemas na comunicação com os outros profissionais de saúde. Considerando os pressupostos da Política Nacional, esta pesquisa indicou que a articulação entre as práticas indígenas de auto-atenção e os serviços biomédicos é precária, necessitando de um aprofundamento nas discussões, com a efetiva participação de todos os atores envolvidos na atenção à saúde.

Índios Sul-Americanos; Saúde da População Indígena; Atenção Primária à Saúde

Colaboradores

E. J. Langdon redigiu a maior parte do conteúdo do artigo, revisando-o, e contribuiu na coleta de dados. E. Diehl participou da coleta de dados, da redação e da revisão do artigo. F. B. Wiik e R. P. Dias-Scopel participaram da coleta de dados e da revisão do artigo.

Agradecimentos

Dedicamos este artigo à memória de Vicente Fernandes Fokae, Kaingáng defensor da cultura de seu povo e importante colaborador em várias pesquisas realizadas no Sul do país. Agradecemos aos Agentes Indígenas de Saúde da T.I. Xaçecó e da T.I. Laklãnô por terem disponibilizado seu tempo e atenção a essa pesquisa. Nossos agradecimentos ainda para os profissionais das Equipes Multiprofissionais de Saúde de ambas as Terras Indígenas e aos gestores dos municípios de Ipuauçu e de Entre Rios e da Fundação Nacional de Saúde, que apoiaram a realização da pesquisa. Agradecemos à mestranda Cinthia Creatini da Rocha por sua participação na organização da pesquisa de campo, bem como à mestranda Bárbara F. Bustos Barrera e aos estudantes de Iniciação Científica Philippe H. A. Oliveira e Manuela M. R. Venâncio, que participaram em várias fases da pesquisa.

Referências

1. World Health Organization. Formulating strategies for health for all by the year 2000. Guiding principles and essential issues. Geneva: World Health Organization; 1979.
2. Helman C. Cultura, saúde e doença. 4ª Ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas; 2003.
3. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/Leis/10507_02.html (acessado em 08/Fev/2006).
4. Mendonça SBM. O agente indígena de saúde no Parque Indígena do Xingu: reflexões. In: Baruzzi R, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Terra Virgem; 2005. p. 227-44.
5. Oliveira LSS. O agente indígena de saúde do Parque Indígena do Xingu: perspectivas de formação e trabalho. In: Baruzzi R, Junqueira C, organizadores. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo/Terra Virgem; 2005. p. 247-57.
6. Bittencourt M, Toledo ME, Argentino S, Oliveira LSS. Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde. São Paulo: Associação Saúde sem Limites; 2005.
7. Garnelo L. Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: Vasconcelos EM, organizador. A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 237-60.

8. Erthal RMC. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 197-215.
9. Fundação Nacional de Saúde. *Formação de agentes indígenas de saúde – proposta de diretrizes*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1996.
10. Fundação Nacional de Saúde. *Formação de agentes indígenas de saúde*. Brasília: Departamento de Operações, Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 1999.
11. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002.
12. Langdon EJ, Rojas BG. Saúde: um fator ignorado numa situação de mudança rápida – a situação da Área Indígena Ibirama (SC). *Boletim de Ciências Sociais* 1991; 51:65-89.
13. Diehl EE. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xaçepé, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:439-45.
14. Diehl EE, Rech N. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas – reflexões sobre a antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 149-69.
15. Wiik FB. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xokleng de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:397-406.
16. Wiik FB. O evangelho transformado: apropriações Xokleng (Jê) do cristianismo pentecostal. In: Wright RM, organizador. *Transformando os deuses II: os múltiplos sentidos da conversão entre os povos indígenas no Brasil*. v. II. Campinas: Editora da Unicamp; 2004. p. 141-68.
17. Oliveira MC. percepção corpórea e a questão da dieta em momentos de liminaridade – o exemplo Kaingáng. In: *Anais da I Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul*. Londrina: Coordenação Nacional de DST/AIDS/Programa Municipal para DST/AIDS/ALIA; 1997. p. 69-78.
18. Oliveira MC. Dinâmica do sistema cultural de saúde Kaingáng – Aldeia Xaçepé Santa Catarina. In: Mota LT, Noelli FS, Tommasino K, organizadores. *Uri e Wãxi: estudos interdisciplinares dos Kaingáng*. Londrina: Editora UEL; 2000. p. 327-77.
19. Haverroth M. Kaingáng: um estudo etnobotânico – o uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xaçepé (oeste de SC) [Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
20. Haverroth M. Kaingáng: relação entre classificação das plantas e organização social. *Revista de Divulgação Cultural* 1998; 20:32-47.
21. Fundação Nacional de Saúde. *Atenção à saúde dos povos indígenas – caracterização e estágio da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)*, 2003. <http://www.funasa.gov.br/ind/dseimapa.htm> (acessado em 11/Set/2003).
22. 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.
23. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
24. Oliveira LSS. *Formação e inserção institucional de agentes indígenas de saúde no Sistema Único de Saúde: um estudo de possibilidades* [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2002.
25. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre a antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. *Saúde dos povos indígenas – reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa/Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 33-51.

Recebido em 10/Mar/2006

Versão final reapresentada em 08/Mai/2006

Aprovado em 15/Mai/2006