

## Los sentidos de la atención diferenciada para los profesionales de la salud del DSEI Alto Rio Negro-AM, Brasil

1

ARTÍCULO TEMÁTICO

Maria Rosineide Gama Feitosa (<https://orcid.org/0009-0000-0035-7286>)<sup>1</sup>  
Ana Lucia de Moura Pontes (<https://orcid.org/0000-0001-9162-5345>)<sup>2</sup>

**Resumen** Este artículo analiza los sentidos que le otorgan a la diretriz de atención diferenciada los profesionales de la salud del Equipo Multidisciplinario de Salud Indígena (EMSI) que actúan en el Distrito Especial de Salud Indígena Alto Río Negro. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio, desde la perspectiva de la hermenéutica-dialéctica, con características descriptivas y analíticas, en el que se realizaron 15 entrevistas semiestructuradas a profesionales de los Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena y se realizó análisis de contenido. Se presentan cuatro sentidos centrales como resultado de los análisis: a) Atención diferenciada como forma de brindar atención primaria en el territorio; b) Acción realizada de acuerdo con las diferencias culturales de la población; c) Autocuidado, medicina tradicional y construcción de itinerarios terapéuticos; y d) Desafíos y dificultades que enfrentan los profesionales al abordar el cuidado tradicional. En la percepción de los profesionales, la atención diferenciada está vinculada a las condiciones para el desempeño del trabajo en ese tipo de atención primaria y, para su actuación, destacan la necesidad de respetar las diferencias culturales de la población asistida. Los profesionales reconocen los usos y la eficacia de las prácticas y conocimientos indígenas, y las especificidades por región. Sin embargo, reportan dificultades y falta de apoyo para implementar una atención diferenciada de calidad.

**Palabras clave** Servicios de salud indígenas, Salud de las poblaciones indígenas, Región amazónica, Profesionales de la salud, Investigación cualitativa

<sup>1</sup> Instituto Federal do Amazonas, Campus São Gabriel da Cachoeira. Rodovia BR 307, Km 03, s/nº, Estrada do Aeroporto - Cachoeirinha. 69750-000 São Gabriel da Cachoeira AM Brasil. mrosegama10@gmail.com

<sup>2</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

## Introducción

La política de salud indígena en Brasil es resultado de una conquista cuyo proceso se inició en la década de 1980, teniendo como objetivo garantizar a los pueblos indígenas una atención integral y diferenciada basada en el reconocimiento constitucional de los derechos territoriales y socioculturales de los pueblos indígenas<sup>1</sup>. La Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI), establecida por ordenanza N°254, de 31 de enero de 2002, determina la implementación de un modelo de “atención diferenciada y complementaria en la organización de servicios enfocada a la protección, promoción y recuperación de la salud, asegurando el ejercicio de la ciudadanía de los pueblos indígenas”<sup>2</sup> (p.6). Esta política también tiene la característica de garantizar el acceso a la atención integral de la salud, de acuerdo con los principios y directrices del SUS, bajo el sesgo de la diversidad social, cultural, geográfica, histórica y política, favoreciendo siempre la superación de los factores que hacen que esta población sea más vulnerable a problemas de salud<sup>3</sup>. De esta manera, se recomendó que el acceso a los servicios del Sistema Único de Salud (SUS) se produzca en conjunto con los sistemas médicos de salud indígenas, con la adopción de un modelo complementario y diferenciado de organización de los servicios destinados a la protección, promoción y recuperación de la salud<sup>2</sup>.

Este modelo de organización de la atención se operacionaliza a través de 34 Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI) que constituyen el Subsistema de Atención de Salud Indígena (SasiSUS). Cada DSEI debería contar con un servicio orientado a “un espacio etnocultural dinámico”<sup>4</sup> (p.30) buscando “eficiencia y rapidez según la especificidad de cada pueblo”<sup>4</sup> (p.30), apuntando a un servicio diferenciado. Corresponde a los Distritos garantizar acciones de atención primaria basadas en la directriz de atención diferenciada mediante el trabajo de Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI) compuestos por Agentes Indígenas de Salud, Agentes Indígenas de Saneamiento, técnicos de enfermería, enfermeros, médicos, odontólogos y técnicos de salud bucal.

Sin embargo, Pontes *et al.*<sup>5</sup> observaron que la práctica de la atención diferenciada aún presenta varias limitaciones, ya que los conocimientos y prácticas indígenas son negados o ignorados por el modelo biomédico hegemónico que se fortalece con los procedimientos burocráticos

del Distrito Especial de Salud Indígena (DSEI). Así, a menudo se observa la devaluación de otras formas de cuidado brindadas por la población indígena.

En el estado de Amazonas, el municipio de São Gabriel da Cachoeira tiene varios ecosistemas y escenarios geográficos en los que viven 23 pueblos indígenas; es decir, presenta una enorme diversidad sociocultural y lingüística. El territorio indígena de este municipio forma parte del Distrito Sanitario Especial Indígena Alto Río Negro (DSEI-ARN), constituyendo un lugar particularmente interesante para desarrollar investigaciones encaminadas a comprender e implementar políticas públicas en el contexto indígena<sup>6</sup>.

Además de los aspectos relacionados con la sociodiversidad de esta región de Brasil, observamos varios desafíos para la ejecución de acciones de salud, como las desigualdades en las condiciones de salud de la población indígena que reside en lugares de difícil acceso, las dificultades logísticas debido a la gran extensión del territorio y sus características geográficas y estacionales, la falta de estructuras adecuadas y los indicadores de salud desfavorables. En este contexto, este artículo tuvo como objetivo discutir los significados otorgados a la directriz de atención diferenciada por los profesionales de salud del Equipo Multidisciplinario de Salud Indígena (EMSI) que actúa en el DSEI-ARN, quienes abordan estas diversidades en su trabajo diario. La falta de un concepto de atención diferenciada en los documentos de política de salud indígena dificulta que los profesionales orienten y actúen en el SasiSUS<sup>5</sup>. Por tanto, es importante comprender los sentidos atribuidos por los profesionales de la salud a esta guía.

## Métodos

Este es un extracto de los resultados de la tesis de maestría titulada “Las experiencias de los profesionales de la salud en contextos interculturales: reflexiones desde el Distrito Especial de Salud Indígena de Alto Río Negro/Amazonas”, presentada en el Programa de Posgrado en Condiciones de Vida y Situaciones de Salud en la Amazonía (PPGVIDA).

Se realizó una investigación cualitativa basada en la perspectiva de la hermenéutica-dialéctica, orientada a profundizar los sentidos atribuidos por los sujetos en su relación con el entorno social y sus interpretaciones de la reali-

dad vivida<sup>7</sup>. Este estudio tuvo lugar en la sede del Distrito Sanitario Especial Indígena de Alto Río Negro (DSEI-ARN), ubicado en el municipio de São Gabriel da Cachoeira, en el estado de Amazonas en Brasil. A 852 km de Manaus, capital del estado de Amazonas, se ubica en el margen de la cuenca del Río Negro, en el extremo noroeste del estado de Amazonas, limitando con Venezuela y Colombia<sup>6</sup>.

Su área de cobertura está compuesta por tres municipios: São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro y Barcelos. Aunque el DSEI-ARN abarca tres municipios, este estudio se limitó al territorio del municipio de São Gabriel da Cachoeira, por ser allí donde se encuentra la sede del Distrito y el lugar de residencia de la mayoría de los profesionales de las EMSIs. También se tuvo en cuenta que este municipio tiene una enorme diversidad étnica y es donde se ubican 19 de los 25 centros de base del distrito, distribuidos a lo largo de los cauces de los ríos.

La recolección de datos ocurrió a través de entrevistas semiestructuradas<sup>7</sup>, administradas individualmente y registradas por la investigadora. El guion se estructuró en tres bloques temáticos: a) perfil del entrevistado; b) experiencias de formación para trabajar en el contexto intercultural; c) significados de la pauta de atención diferenciada. Las entrevistas semiestructuradas adoptaron preguntas abiertas que permitieron a los entrevistados comentar libremente sobre el tema. En este artículo nos centramos en los resultados respecto de los sentidos que los entrevistados le dan a la pauta de atención diferenciada a partir de sus vivencias y experiencias laborales en DSEI-ARN.

Fueron entrevistados quince profesionales que actúan en la EMSI del DSEI-ARN, con el siguiente perfil: seis técnicos de enfermería, cinco enfermeros, dos médicos y dos odontólogos, quienes aceptaron participar de forma voluntaria y con consentimiento previo a su divulgación. En las declaraciones presentadas en los resultados identificamos la categoría profesional (sin asignación de género) y si son indígenas o no.

La elección de entrevistar a un mayor número de profesionales de enfermería se justifica por ser la categoría profesional más numerosa, con mayor permanencia y que acumula mayores responsabilidades para el desempeño del trabajo de las EMSIs. Buscamos llegar a la saturación en los niveles de respuesta, sin pretender abarcar todo el universo de trabajadores del DSEI-ARN.

Esta investigación fue sometida a análisis y aprobada por el Comité de Ética en Investigación

(CAAE 26483319.4.000.5240) y fue presentada y aprobada por el presidente del Consejo Distrital de Salud Indígena (CONDISI) de Alto Río Negro.

Las entrevistas se desarrollaron en un horario previamente concertado con el entrevistado, en un lugar de mayor comodidad y con garantía de privacidad. Luego, las entrevistas fueron transcritas por la investigadora, categorizando sus contenidos a partir de las dimensiones que emergieron de las respuestas de los sujetos<sup>8,9</sup>. Sólo la investigadora y su asesor tuvieron acceso a los audios y transcripciones.

Para realizar el análisis de las entrevistas se utilizó el método de análisis de contenido desde la perspectiva de la hermenéutica-dialéctica, en busca de los sentidos otorgados por los actores sociales en sus acciones<sup>7-9</sup>. La lectura de las transcripciones buscó identificar a un nivel más profundo los principales conjuntos de significados atribuidos al tema por los profesionales. El material fue organizado en una hoja de cálculo Excel y luego articulado con los conceptos para la realización del análisis. En este artículo nos centramos en los resultados de los núcleos de sentidos atribuidos a la directriz de atención diferenciada.

## Resultados y discusión

Destacamos algunas características de los profesionales de la salud entrevistados que trabajan en DSEI-ARN. Encontramos que la mayoría eran indígenas, con seis participantes pertenecientes al pueblo Baré, tres al pueblo Tukano, uno al pueblo Piratapua y uno al pueblo Tariano. De los quince entrevistados participaron cuatro entrevistados que no eran indígenas.

Con el análisis de los datos, identificamos, para la directriz de atención diferenciada, cuatro sentidos centrales: a) atención diferenciada como forma de brindar atención primaria en el territorio; b) acciones realizadas de acuerdo con las diferencias culturales de la población; c) autocuidado, medicina tradicional y construcción de itinerarios terapéuticos; y d) desafíos y dificultades que enfrentan los profesionales al abordar la atención tradicional.

### Atención diferenciada como forma de brindar atención primaria en el territorio

La primera acepción dada por los profesionales a la atención diferenciada se refería a las características del proceso de trabajo que implica

el desplazamiento de los equipos a las comunidades y el servicio prestado por búsqueda activa en el territorio, y no por demanda espontánea en la unidad.

*A mi entender la atención diferenciada es cuando atendemos a la persona en su hogar (Técnico de enfermería indígena Yáwi).*

*La atención diferenciada es cuando estás cerca de ellos, en su casa, brindándoles cuidado y atención en su territorio en las comunidades, no en la atención hospitalaria (Enfermera no indígena Mawarí).*

*La atención diferenciada es lo que dije: aquí en la ciudad, es la población la que va detrás de la atención; en la salud indígena, es el equipo que va detrás de los pacientes (Enfermera indígena Kuphe).*

Este sentido, relacionado con la estructuración de la atención en función del territorio y con acciones programadas con búsqueda activa, se relaciona con los hitos de la Atención Primaria de Salud (APS)<sup>10</sup>. La atención primaria es la base para la estructuración de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, rompiendo con estrategias anteriores de centrarse en la demanda espontánea del servicio por parte del usuario<sup>11</sup>. Sin embargo, consideramos que existe poco conocimiento profundo entre los profesionales sobre la APS.

En otros relatos, los profesionales señalan que la atención diferenciada está vinculada a las condiciones para el desempeño del trabajo en este tipo de atención primaria, ya que ocurre en espacios colectivos.

*Porque el servicio que se brinda en el centro de salud de la ciudad es diferente al de la zona indígena. Allí la atención es colectiva. Aquí en el centro de salud no, la atención es individual en una sala específica (Enfermera indígena Icída).*

*Las consultas son diferentes, tenemos que atender en el centro comunitario, donde todos están mirando, tenemos que ir tras ellos (Enfermera indígena Icída).*

En las declaraciones anteriores, señalamos que los profesionales resaltan las diferencias en los espacios de trabajo, ya que los servicios se prestan en comunidades y, según relatos, son considerados más precarios. El profesional tiene que adaptarse a su propio contexto. Así, los entrevistados comparan el trabajo en territorios indígenas con el contexto urbano; en este proceso, según lo expuesto anteriormente, los profesionales resaltaron las dimensiones de organización y flujos de servicios, así como la precariedad y la necesidad de improvisación en las zonas rurales del municipio.

Otra característica de la organización de la atención primaria destacada como diferente es el servicio de 24 horas, que muchas veces involucra casos y emergencias más complejas:

*Es diferente porque la demanda es espontánea, no tenemos horarios para atender, no tenemos un número de atención por paciente; aunque somos de atención primaria, atendemos otras situaciones, entonces eso lo veo como diferencias. Si vienen a la ciudad, es esa dificultad, no hay servicio los fines de semana en el centro de salud, en las comunidades estamos de guardia las 24 horas (médico indígena Pisana).*

También se atribuyó como característica de la atención diferenciada el hecho de que debían desarrollar las actividades de otros profesionales. Esto puede estar relacionado con varias cuestiones en las que no pudimos profundizar, como la improvisación, la precariedad, la irregularidad y rotación del equipo, la desviación de roles o incluso un enfoque más complementario del equipo.

*Es lo que puedo hacer más allá de lo que debo hacer, más allá de mi competencia. Cuando escucho esta palabra, 'atención diferenciada', inmediatamente pienso en la salud indígena, porque muchas veces yo, como médico, tendré que hacer ciertos trabajos de la enfermera, porque muchas veces está ocupada (Médico indígena Pisana).*

*Todo es diferente. A veces tenemos que hacer el papel de médico, porque no hay médico, entonces la necesidad nos lleva a actuar como médico. Creo que esto ya es diferente que en el municipio (Enfermera indígena Icída).*

En este núcleo de significados sobre la atención diferenciada, abarcamos las características organizativas del trabajo, las condiciones precarias y otros aspectos de la propia atención primaria. También observamos la necesidad de que los profesionales desempeñen diferentes funciones para atender las demandas presentadas por la población asistida.

### **Acciones realizadas de acuerdo con las diferencias culturales de la población**

El segundo núcleo de sentidos sobre la atención diferenciada refiere al reconocimiento por parte de los profesionales de las diferencias y diversidades socioculturales de los 23 pueblos indígenas de la región, que se destacan principalmente por los de otras regiones del país. De esta manera, la atención diferenciada se relaciona con la comprensión de las especificidades socioculturales de la población asistida<sup>12</sup>. Algunos entrevistados informaron que brindar atención diferenciada significa actuar con respeto a las diferencias

culturales de la población atendida, destacando las diversidades según cada cauce fluvial.

Los profesionales reconocen las diferencias étnicas que existen entre los distintos cauces del Río Negro y la necesidad de adaptar la atención según la realidad étnica. Así, indican que la dinámica de trabajo de los profesionales depende de las características de la población atendida.

*He trabajado en otra zona; en el Río Negro, en Cucuí, la mayoría son Baré y tienen otras costumbres. En Waupés ya es diferente. Entonces empecé a entender la diferencia entre una etnia y otra (Técnica de enfermería indígena Eínu).*

*La cuestión cultural. Todo esto, desde mi punto de vista, es atención diferenciada. ¡Incluso entre ellos! No es lo mismo servir a un Hüpda que servir a un Baré. ¡Es diferente! No puedo exigir que el peso de un Hüpda sea igual al peso de un Baré. Tienen diferentes perfiles, todo eso cuenta en el cuidado (Médico no indígena Tháro).*

Para brindar una atención diferenciada respetando las diferencias culturales, los profesionales de la salud refirieron la necesidad de tener conocimiento previo sobre los usuarios y las comunidades que serán atendidas. Según los profesionales, la información transmitida sobre la población, ya sea por la dirección o por los profesionales que ya trabajan con esta población, contribuye al éxito de las actividades realizadas por los profesionales de la salud.

*Creo que para brindar una atención diferenciada donde trabajo, con las personas, es necesario conocer un poco de ellas para poder saber hasta dónde puedo actuar (Médico indígena Pisana).*

*Por las noches hablo con mis técnicos de cómo vamos a trabajar, los temas que vamos a abordar, porque el servicio en las comunidades varía mucho de un lugar a otro; depende de la población que se va a atender (Enfermera indígena Icída).*

Los profesionales también reconocen que, según la historia de contacto y las características de cada comunidad, las formas de relación que los pueblos indígenas establecen con la biomedicina varían entre diferentes grupos y regiones. Se observa, sin embargo, que los conflictos y negativas en relación a la atención biomédica son percibidos como “resistencias” por los profesionales de la salud.

*Hay una diferencia muy grande en São Joaquim: todos quieren ser tratados, incluso aquellos que no están enfermos. En Papuri, no, sólo buscan atención aquellos que necesitan atención y quieren ser atendidos. Los que no tienen ningún problema, no van, así que tenemos que ir tras ellos (Enfermera indígena Kúphe).*

*El servicio diferenciado dependerá de cada cultura, la forma de abordar un determinado tema depende mucho de la etnia que estemos tratando. Hay etnias que son más flexibles, aceptan mejor; hay otras que son más resistentes, entonces esto influye en el servicio (Médico no indígena Tháro).*

También en este núcleo de significados, se destacaron algunos aspectos en las diferencias entre las relaciones de género y los roles sociales en el cuidado. Por ejemplo, es bastante común que las mujeres indígenas no se sientan cómodas con la atención brindada por un profesional masculino.

*Las mujeres indígenas, cuando tienen un problema de salud, no exponen la situación a un profesional hombre, por muy cercano que sea a la familia. Ella no dice todo, le da vergüenza, entonces se interrumpe el trabajo (Técnico de enfermería indígena Yáwi).*

En sus relatos, los profesionales de la salud destacan la importancia de conocer las especificidades de los conocimientos y prácticas en salud de cada grupo étnico en cada región, ya que esto contribuye a comprender sus comportamientos y su forma de pensar sobre la salud.

*Sí, influyó, así... Empecé a entender por qué buscan atención en el equipo de salud en un estado avanzado de la enfermedad. Cuando interactué con ellos, pude observar que tienen una cultura de buscar primero otros medios para tratarse, entonces comencé a ser más sensible a esa situación y a comprender que el servicio es diferente al de la ciudad (Médico no indígena Tháro).*

*La atención diferenciada es aceptar que le realicen la bendición al paciente; pueden hacerlo porque es parte de su cultura. Al principio, el médico no aceptó el procedimiento. Después le hablé de que esto es parte de su curación, por eso hay que dejar (Enfermera no indígena Phirípoma Kiwarí).*

Dada la relevancia de esta dimensión, a continuación presentamos un núcleo de significados que profundiza en esta dimensión.

### **Autocuidado, medicina tradicional y construcción de itinerarios terapéuticos**

“Lo mejor es considerar la atención diferenciada no como la incorporación de prácticas tradicionales a los servicios primarios de salud, sino más bien como la promoción de la coordinación entre éstas y las prácticas de autocuidado existentes en una comunidad particular”<sup>13</sup> (p.42). De esta manera, Esther Jean Langdon<sup>13</sup> articula el concepto de atención diferenciada con el de

autoatención, propuesto por Eduardo Menéndez<sup>14</sup>. Así, la atención de salud practicada por la población indígena del Alto Río Negro puede entenderse como autocuidado<sup>14</sup>. Este proceso de cuidado involucra diferentes comportamientos, interacciones, negociaciones y conflictos, así como conocimientos sobre la construcción del cuerpo, la identidad y la personalidad relacionados con las dimensiones cosmopolíticas que involucran la producción biológica y social de cada grupo<sup>14</sup>. Las formas de conocimiento de la salud de los pueblos indígenas están relacionadas con cosmologías, convivencia con la naturaleza, prácticas dietéticas y otros procesos reproductivos de la rutina diaria<sup>13,15</sup>.

En este núcleo de sentidos sobre la atención diferenciada, buscaremos comprender cómo los profesionales de la salud entienden la atención a la salud practicada por los usuarios del DSEI-ARN.

*Creo que la palabra 'diferenciada' tiene que ver con su propia costumbre, la forma en que cuidan su salud, las bendiciones, el cuidado de los niños, que realizan todo el ritual (Cirujano dentista no indígena Yaka).*

Por lo tanto, los profesionales enfatizan la autonomía de los usuarios indígenas en la elección de los recursos de salud que serán utilizados para cada problema, y la necesidad de negociar proyectos terapéuticos.

*Pero a veces tenemos que dar un paso atrás, porque la elección del cuidado es de ellos, sobre todo porque tienen libre albedrío para elegir su tratamiento (Médico indígena Pisana).*

Así, los entrevistados destacaron que la atención diferenciada está relacionada con la construcción del itinerario terapéutico, que involucra autoatención y articulación con los sistemas tradicionales de curación. En estos itinerarios, las prácticas de autocuidado son la primera forma de cuidado que se activa a nivel comunitario, teniendo a los mayores comunitarios como principales referentes:

*En mi opinión veo que primero buscan su medicina, su tradición, haciendo todo ese ritual. Si no funciona pues nos la pasan a nosotros (Técnico de enfermería indígena Eínu).*

*¿Qué hizo? Fue y llevó a su hijo al curandero. Y yo no tuve contacto con este curandero, me quedé en el centro. Él llevó al niño a orar y sólo entonces lo llevó al centro. Pero yo estaba justo en la puerta, dando la coordinación. Fueron otras personas las que brindaron asistencia, por sus cuestiones culturales (Médico no indígena Tháro).*

Observamos que, en este sentido central, una cuestión central para los profesionales de la salud

es la necesidad de reflexionar sobre la legitimidad y eficacia de las medicinas indígenas para el tratamiento de enfermedades y la protección de la población. Así, los entrevistados destacaron experiencias con resultados positivos:

*Lo estaba viendo en Pari Cachoeira y me dijo: "¡Doctor, ya no soy hipertenso!" "¿En serio?", dije. "Sí... Puedes ver mi presión arterial, ¿es normal!" "¿Y no era normal? "¿Pero qué tomaste?" "Tomé la corteza de un palo" ¡Y realmente resultó bueno! Tuve que sacar al paciente del registro de hipertenso, porque le estaba dando medicamentos gratis y podía usarlos en otro paciente (Médico no indígena Tháro).*

*A veces estamos dando nuestros medicamentos y notamos que no funcionan, pero cuando llamamos al Pajé o curandero es maravilloso, porque de la nada ese niño, ese paciente adulto empieza a mostrar mejorías (Técnica de enfermería indígena Kuhéni).*

*Le di dipirona y no mejoró nada. Vino el curandero y dijo que había una serpiente que la tenía retenida, entonces la bendijo y al día siguiente estaba mejor. Eso quiere decir que la dipirona no ayudó, pero la bendición hizo (Enfermera indígena Icída).*

Es importante señalar que los profesionales de la salud provenientes de la región del Alto Río Negro también resaltaron el uso de conocimientos locales para su propia protección –particularmente, los cuidados relacionados con el tránsito en “lugares sagrados” y con “veneno”.

*Para que no pase nada cuando estoy menstruando, para cerrar mi cuerpo para no caer bajo el hechizo, porque hay algunos lugares que son peligrosos, que están encantados. Entonces, siempre uso estas protecciones para que no me pase nada (Técnico de enfermería indígena Mápá).*

*Entonces, también busco curanderos para que nos protejan, para que no pase nada malo durante el viaje. Cada vez, antes de entrar a la zona, me dispongo a cerrar mi cuerpo para que no pase nada, porque son lugares desconocidos (Enfermera indígena Nêwi).*

Notamos que los profesionales entrevistados reconocen la importancia de los expertos indígenas en las comunidades, especialmente en ausencia del equipo, como aluden las siguientes respuestas:

*Creo que por estar ahí en la comunidad es muy importante, porque cuando no hay equipo son ellos quienes velan por la salud de la población en la comunidad (Técnico de enfermería indígena Kuhéni).*

*El hecho de que existan estos cuidadores es fundamental en las comunidades, principalmente*

porque solo hacemos dos o una entrada. Entonces, pasa un mes, dos meses, sin nadie en la comunidad. Entonces son las únicas personas que se quedan en la comunidad; son estos cuidadores que tienen el conocimiento quienes trabajarán con la comunidad, quienes asistirán y llevarán medicamentos a esta población para mejorar su salud (Enfermera indígena Kuphe).

Algunos entrevistados destacan el papel de los especialistas indígenas en la construcción del itinerario terapéutico de las familias, incluso refiriéndolas a los profesionales del equipo. Sin embargo, hay un alejamiento:

*Hay que saber juntar las cosas, de lo contrario terminas haciéndonos daño. Porque vale lo que dice el chamán. Entonces cuando el chamán ora y no ayuda, entonces dice: "Ve a buscar al médico, como ¡Ahora no tiene sentido rezar, tiene que ser con el médico!" ;Ya está! Él ya sabe que encontraremos la manera. Entonces sí, ¡siguen los consejos médicos!;Realmente depende de lo que diga el chamán! Obedecen al chamán (Médico no indígena Tháro).*

*Los profesionales saben que estos cuidadores existen, pero nunca han trabajado juntos, llaman-do al chamán para que trabaje con él, no (Técnico de enfermería indígena Kuhení).*

*Los vemos trabajando en sus casas; pero así, junto a nosotros, trabajando en la clínica o en el centro comunitario, no (Enfermera indígena Nêwi).*

En general, observamos en el discurso de los entrevistados la complementariedad y negociación entre las diferentes formas de cuidado existentes en el territorio. La mayoría de la población indígena utiliza simultáneamente diferentes sistemas médicos, tanto para diferentes problemas como para el mismo problema de salud, lo que Eduardo Menéndez llama pluralismo médico<sup>14</sup>.

*Normalmente juntamos a las dos partes: los profesionales y los expertos tradicionales. Hubo un día que sí, vi a la enfermera, ella estaba allí, al lado. Creo que así podemos estar llevando su realidad a la nuestra; así se siente más cómodo, que es un tratamiento que tiene siglos y se ha transmitido de padres a hijos y de generaciones (Cirujano dentista indígena Kéhuri).*

*Un niño que tenía fiebre, diarrea, y nosotros cuidábamos con nuestras medicinas, y el chamán lo bendecía, colocaba las hojas en el cuerpo del niño, hablaba las lenguas. Y seguíamos dándole medicinas, respetando su lado (Técnico indígena Kuhení equipo de enfermería).*

*Ya tuve la oportunidad de trabajar con el chamán del Alto Tiquié, cuidando a un niño que sufrió quemaduras. Es muy importante respetar su*

*trato, trabajar en colaboración (Enfermera no indígena Mawarí).*

*Porque en mi última entrada vi al médico preguntando si ya se lo había llevado al curandero, porque él siempre trabaja con el tratamiento blanco, y junto con él está el tratamiento del curandero (Técnico de enfermería indígena Mapa).*

Por ello, consideramos fundamental que los profesionales participen activamente en iniciativas para fortalecer los sistemas médicos indígenas entre la población en atención a la salud:

*Si empezamos a hablar, empezarán a recordar cómo usaban los remedios caseros; lo saben, pero ya no los practican. Entonces hay que incentivarlos a que los usen como una alternativa, ante la falta de medicación (Técnico de enfermería indígena Kuhení).*

*Siempre cuando voy a trabajar escucho lo que dicen. Enfermería concede gran importancia en este contexto; incluso los médicos ahora están trabajando más en esto. Toman la medicación juntos, no solo uno, sino ambos (Cirujano dentista no indígena Yaka).*

Finalmente, en este núcleo de significados, los entrevistados destacaron las estrategias para discutir los cuidados tradicionales con los profesionales de la salud.

*Porque en DSEI tenemos formación que hace referencia a ese conocimiento tradicional, que tenemos que respetar, y siempre tenemos una conversación al respecto (Enfermero indígena Nêwi).*

*Hablamos; aquí en DSEI hacen reuniones con nosotros – qué podemos hacer, cómo trabajar con los chamanes, con las parteras (Enfermero indígena Icída).*

*Nuestro equipo habla. Tanto es así que les pedimos apoyo para construir huertas para que podamos sembrar en las comunidades las plantas que usan cuando tienen vómito o diarrea. La gestión nos ayudó (Técnico de enfermería indígena Kuhení).*

### **Desafíos y dificultades que enfrentan los profesionales al abordar la atención tradicional**

En el cuarto núcleo de sentidos sobre el cuidado diferenciado, abarcaremos los conflictos y dificultades relatadas por los entrevistados al abordar prácticas de autocuidado y con expertos indígenas en territorios indígenas. Podemos señalar que el etnocentrismo está presente en la visión de algunos profesionales:

*Pero el lado negativo de los profesionales noveles es que quieren imponer sus conocimientos a su manera, no respetando los conocimientos tra-*

dicionales de ese pueblo (Técnico de enfermería indígena Yáwi).

*Los chamanes, estas cosas, para mí, interfieren en nuestro tratamiento, pero al mismo tiempo tenemos que entender que es parte de su cultura (Médico no indígena Tháro).*

*He oído hablar de tradiciones que mantienen a los pacientes enfermos con curanderos durante un cierto período de tiempo y luego los liberan para recibir atención médica de 'medicina del hombre blanco'. Así que veo esto como un punto negativo, porque si la enfermedad se vuelve letal, los pacientes llegarán al polo ya complicados (Médico indígena Pisana).*

Varios autores<sup>5,13,15,16</sup> advierten que los sistemas nacionales de salud y la biomedicina tienden a negar, ignorar o marginar otras formas de atención. La hegemonía del modelo biomédico, sobreestimando la dimensión biológica del proceso salud-enfermedad, se expresa también en el uso de tecnologías en el diagnóstico y medicalización de diversos problemas de salud y de la vida en general. En determinadas circunstancias, la biomedicina legitima científicamente otros sistemas de salud y los incorpora a su repertorio en los servicios de salud, como ocurrió con la acupuntura. Pero Menéndez<sup>14</sup> destaca que, a pesar de este proceso de reconocimiento de otros sistemas médicos, sólo se legitiman las dimensiones biológicas que involucran procedimientos curativos. Observamos, en las entrevistas, que los profesionales perciben un creciente proceso de medicalización en las comunidades:

*Ahora no, veo que la diferencia es que tenemos mucha medicina occidental de gente blanca y nuestros pacientes se han sentido muy cómodos, ya no quieren buscar medicinas en el monte. La madre también, cuando el niño tiene la gripe, ya no hace ese té. Ya busca la clínica buscando ibuprofeno, amoxicilina, esas cosas (Técnico de enfermería indígena Eínu).*

*Ya están muy acostumbrados a la medicina, que actúa más rápido. Ya no quieren ir a buscar la medicina al monte porque está lejos, porque demora mucho en hacer el tratamiento (Técnico de enfermería indígena Yáwi).*

*Hay enfermedades, especialmente las crónicas, sobre las que tenemos que presionar fuerte y decir que ¡tenemos que tomar nuestra medicina! ¡Puedes orar? ¡Puedes! Pero, toma nuestra medicina también. ¡Hazles tomar conciencia! ¡Pero es difícil! ¡No es una tarea fácil, no! (Médico no indígena Tháro).*

Dos décadas tras de la implementación del SASI, los entrevistados informaron de una falta

de debate sobre la atención diferenciada. Por lo tanto, señalamos que, al inicio de su trabajo con comunidades indígenas, los profesionales deben estar capacitados para trabajar en un contexto intercultural.

*Mire, con toda la experiencia que tengo, es muy difícil. No hablamos, es muy difícil hablar de este tema. Es muy difícil. A veces pasa muy poco (Técnico de enfermería indígena Kuhéni).*

*Nunca participé de ninguna reunión de equipo para hablar de esto, de que hay estos cuidados que tiene la gente (Técnico de enfermería indígena Kúmada).*

Langdon<sup>13</sup>, al referirse a la atención diferenciada, sugiere que ésta significa la producción de cuidados que se articulan con formas de autoatención. La autora destaca que la interacción y complementariedad entre las formas de atención, biomédica y medicina tradicional, ocurren desde los usuarios y no generan contradicciones. Sin embargo, dada la gran diversidad sociocultural de los usuarios indígenas y la falta de preparación de los servicios de salud, la atención diferenciada sigue siendo un desafío para los profesionales de la salud.

## Consideraciones finales

En estos más de 20 años de SasiSUS, poco hemos avanzado en la implementación de la directriz de atención diferenciada como vínculo entre el sistema oficial y los sistemas médicos indígenas, recomendada en la Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas (PNAS-PI). Consideramos que comprender los sentidos atribuidos por los profesionales de la salud a esta directriz es fundamental para pensar estrategias para fortalecerla.

Observamos que los significados del cuidado diferenciado están vinculados a las características y condiciones para realizar el trabajo de atención primaria en los territorios indígenas, como el énfasis en la búsqueda activa, el trabajo en espacios colectivos y la precariedad de la infraestructura. Por otro lado, los entrevistados muestran que la atención primaria en territorios indígenas implica acciones de emergencia en casos graves y emergencias. También se reportó como característica la acumulación o desvío de funciones de otros profesionales para atender las demandas de las comunidades. Sin embargo, observamos en las entrevistas un mayor reconocimiento del pluralismo médico por parte de los profesionales de la salud.

Pero los profesionales también expresan otro conjunto de sentidos sobre la atención diferenciada relacionados con el reconocimiento de la diversidad de la población asistida, de modo que su atención debe adaptarse a cada lugar de trabajo, ya sea por características lingüísticas, geográficas y modos de contacto, entre otros. Entre estos aspectos, se destaca el sentido de pluralismo médico existente en las comunidades indígenas, de modo que otro núcleo de significados de la atención diferenciada se refiere a la construcción de itinerarios terapéuticos, valorando la autoatención y la coordinación con los sistemas

de curación tradicionales, particularmente los de expertos indígenas. Así, las acciones de los profesionales implican negociación y complementariedad con otras formas de atención.

Si bien identificamos un importante reconocimiento por parte de los profesionales de la salud respecto al pluralismo médico en las comunidades indígenas, son necesarias estrategias de formación de profesionales y de valorización de los sistemas médicos indígenas, ya que la hegemonía de la biomedicina y el etnocentrismo aún están muy presentes en la formación en salud y en la sociedad brasileña.

### **Colaboradores**

Ambos autores participaron en la concepción del artículo, diseño metodológico y análisis de datos. Los dos autores redactaron el texto, que fue revisado y aprobado por ambos.

## Referencias

1. Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, organizadores. *Políticas antes da Política de Saúde Indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
2. Brasil. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União* 2002; 31 jan.
3. Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, Brito CAG. Diálogos entre indigenismo e reforma sanitária: bases discursivas da criação do Subsistema de Saúde Indígena. *Saude Debate*. 2011; 43(8):146-159.
4. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). *Lei Arouca: A Funasa nos 10 anos de saúde indígena* Brasília: Funasa; 2009.
5. Pontes ALM, Rego S, Garnelo L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):3199-3210.
6. Instituto Socioambiental (ISA). Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN). *Povos indígenas do Rio Negro: uma introdução à diversidade socioambiental do noroeste da Amazônia brasileira*. São Paulo, São Gabriel da Cachoeira: ISA, FOIRN; 2006.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1992.
8. Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994.
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, MS; 2002.
11. Pontes ALM. Debates e embates entre a Reforma sanitária e Indigenismo na criação do Subsistema de Saúde Indígena e do modelo de distritalização. In: Pontes ALM, Machado FRS, Santos RV, organizadores. *Políticas antes da política de saúde indígena*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.
12. Langdon EJ. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In: Baruzzi RG, Junqueira C, organizadores. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica*. São Paulo: Terra Virgem, Unifesp; 2005.
13. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadoras. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Livraria/Associação Brasileira de Antropologia; 2004. p. 33-51.
14. Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):185-207.
15. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Cien Saude Colet* 2014; 19(4):1019-1029.
16. Langdon EJ, Diehl EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saude Soc* 2007; 16(2):19-36.

Artículo presentado en 15/09/2023

Aprobado en 29/02/2024

Versión final presentada en 25/04/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva