

Encontro de Saberes: Interculturalidade Crítica e Saúde Coletiva

Meeting of Knowledges: Critical Interculturality and Collective Health

Encuentro de Saberes: Interculturalidad Crítica y Salud Colectiva

1

ARTIGO TEMÁTICO

Victor André Martins de Miranda (<https://orcid.org/0000-0001-5595-9620>)¹

Ana Boross Queiroga Belizario (<https://orcid.org/0009-0007-9464-7196>)¹

Marcio Florentino Pereira (<https://orcid.org/0000-0003-1748-8252>)²

Resumo A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) enfrenta um enorme desafio na operacionalização referente à formação de profissionais da saúde para a atuação em contexto intercultural. Neste artigo, dialogamos com a proposta do Encontro de Saberes (ES) como uma estratégia de ensino-aprendizagem capaz de promover uma formação intercultural crítica. Buscamos refletir os impactos que a presença do ES no campo da saúde pode ter para a transformação do ambiente universitário e das práticas de atenção à saúde indígena rumo a uma perspectiva enraizada, democrática, plural, pluriépistêmica e transdisciplinar.

Palavras-chave Saúde Indígena, Interculturalidade, Medicina Tradicional, Educação

Abstract The National Policy for the Care of Indigenous Peoples (NPCIP) faces an enormous challenge in operationalization regarding the training and qualification of health professionals to work in an intercultural context. In this article, we open a dialogue with the proposal of a Meeting of Knowledges (MK) as a teaching and learning strategy capable of promoting a critical intercultural education. We seek to reflect on the possible impact of MK in the health field for transforming the university environment, as well as healthcare for Indigenous communities, towards an entrenched, democratic, pluriepistemic, and transdisciplinary perspective.

Key words Health Indigenous Service, Interculturality, Traditional Medicine, Education

Resumen La Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI) enfrenta un gran desafío en términos de operacionalizar la formación de profesionales de salud para actuar en un contexto intercultural. En este artículo, dialogamos con la propuesta del Encuentro de Saberes (ES) como estrategia de enseñanza-aprendizaje capaz de promover una formación intercultural crítica. Buscamos reflexionar sobre los impactos que la presencia del ES en el campo de la salud puede tener en la transformación del ambiente universitario y de las prácticas de atención a la salud indígena hacia una perspectiva arraigada, democrática, plural, multiepistémica y transdisciplinaria.

Palabras clave Salud Indígena, Interculturalidad, Medicina Tradicional, Educación

¹ Escuela Superior de Medicina, Universidad Nacional de Mar del Plata. Diagonal J. B. Alberdi 2695 (7600). Mar del Plata Argentina. victorandremm@gmail.com

² Universidade Federal do Sul da Bahia. Itabuna BA Brasil.

Introdução

A Política Nacional de Atenção à Saúde das Povos Indígenas (PNASPI)¹ estabelece a assistência à saúde das comunidades indígenas a partir de uma atenção diferenciada. Dentre os enormes desafios que esta atenção encontra, está a formação dos profissionais do campo da saúde. Apesar da formação de recursos humanos para o contexto intercultural ser uma diretriz da PNASPI, ainda são tímidas as tentativas de inserir nos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação da saúde a temática da interculturalidade.

A PNASPI e a estruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) são frutos de um longo processo de luta do movimento sanitário e indígena pela construção de uma assistência à saúde diferenciada, contínua, intercultural e democrática. A PNASPI e o SasiSUS, representam avanços em relação ao modelo sanitário integracionista e paternalista levados a cabo pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e a Funai em suas Equipes Volantes de Saúde (EVS). A participação do movimento indígena na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) (1986) levou à construção da primeira 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (CNPSI), na qual se reafirmou a defesa de um sistema de saúde universal e uma política de saúde específica para a população indígena^{2,3}. Esse percurso levou à aprovação da Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999), responsável por fundar o SasiSUS e, posteriormente, instituir a PNASPI no ano de 2002.

Ainda que a PNASPI e a construção do SasiSUS representem grandes avanços rumo a uma assistência à saúde indígena intercultural, ainda encontramos grandes desafios a serem superados. Realizar uma leitura crítica dos limites da atual política, bem como de sua operacionalização, nos possibilita propor caminhos para avançar rumo a uma perspectiva intercultural, territorializada e descolonizada do sistema de saúde.

Tomando o conceito de interculturalidade crítica de Walsh⁴, buscamos refletir os impasses que enfrentam a formação e a qualificação de profissionais da saúde para o trabalho em contexto intercultural. Considerando a PNASPI avaliamos, ainda, a necessidade de novos arranjos para inserção da interculturalidade crítica nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde. Nesse sentido, analisamos o Encontro de Saberes (ES) como uma resposta teórico-prática para a promoção de um espaço universitário pluriepistêmico, descolonizado, antirracista e enraizado. O presente texto busca, a partir do diálogo com

o Encontro de Saberes, apresentar novas perspectivas para o ensino de interculturalidade nos cursos de saúde, entendendo que o acolhimento da proposta do ES representa uma grande inovação tanto pedagógica quanto teórica para nosso campo de saber.

Saúde Indígena e Interculturalidade Crítica

A PNASPI estabelece a assistência à saúde das comunidades indígenas a partir de uma atenção diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais destes povos. Dentre os enormes desafios que existem para a atenção às populações indígenas está a qualificação dos profissionais do campo da saúde: a maioria não tem qualquer formação para o trabalho sob perspectiva intercultural^{5,6}. O cenário de operacionalização da PNASPI “[não favorece] a produção de ações em saúde afinadas com as lógicas culturais e as demandas efetivas das comunidades indígenas”⁷ (p.2). Como consequência o termo “atenção diferenciada” termina por não se concretizar na prática e torna-se esvaziado.

Partimos da definição de interculturalidade crítica proposta por Walsh⁴ para refletir os desafios para o ensino-aprendizagem de competências interculturais. Nesta perspectiva, as trocas de saberes e experiências partem da busca de um espaço *entre*, em condição de respeito intercultural, legitimidade, simetria, equidade e igualdade. Além disso, “aponta e requer a transformação das estruturas, instituições e relações sociais e a construção de condições de estar, ser, pensar, conhecer, aprender, sentir e viver distintas”⁴ (p.78). A interculturalidade crítica se contrapõe à ideia de interculturalidade funcional, cunhada por Fidel Tubino⁸, na qual o reconhecimento da diversidade serve somente como passo para a integração do outro, seguindo a lógica do multiculturalismo neoliberal. Aqui a diferença é neutralizada, destituída de significado.

A ausência da interculturalidade na formação pode ser lida como uma consequência da própria aposta levada pela PNASPI. A política enfatiza o papel dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) como os principais responsáveis por conduzir e criar o diálogo intercultural. Segundo a PNASPI, a formação destes agentes “é uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental”¹ (p.15). Vemos que a interculturalidade passa a servir como um desejo de maior aceitação dos cuidados médicos por parte das comunidades indígenas⁷.

Poderíamos entender a perspectiva de interculturalidade da PNASPI como uma interculturalidade funcional, cujo objetivo não é uma verdadeira troca de saberes, mas uma tentativa de tradução hierárquica da biomedicina a termos culturalmente aceitáveis. A subversão do termo interculturalidade culmina em diversas consequências práticas que reproduzem a subalternização dos conhecimentos dos povos tradicionais ao conhecimento biomédico:

Todas estas dificuldades apontam para a necessidade de reelaboração dos sistemas e significados culturalmente construídos nas políticas educacionais e de saúde, pois estas muitas vezes foram impostas com base em referenciais hegemônicos, excluindo as referências culturais de pertencimento dos diversos grupos sociais. Dessa forma, torna os indígenas “incluídos” numa perspectiva hegemônica, mas mantém a exclusão de suas referências culturais e de pertencimento e sua participação como protagonistas das políticas públicas⁹ (p.211).

A ênfase nos AIS como aqueles destinados a levar a cabo o diálogo intercultural entre sistema biomédico e da medicina tradicional teve como consequência que os demais membros das Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena (EMSI) se mostram despreparados para atuarem em contextos interculturais. Tal situação reforçou a luta dos movimentos indígenas para a formação de seus próprios profissionais^{10,11}. Neste contexto, as cotas étnico-raciais permitiram avanços neste impasse. A expectativa era que, com o tempo, as EMSI poderiam ser compostas integralmente por indígenas⁵. Essa luta do movimento indígena busca consolidar profissionais comprometidos com a causa indígena¹² e mais atentos aos aspectos culturais e epistemológicos que envolvem a assistência à saúde dessas comunidades.

As universidades monoepistêmicas, as cotas étnico-raciais e o desafio da formação intercultural

A política das cotas étnico-raciais abriu espaço para a formação de jovens indígenas nos cursos superiores. Essa diversificação étnico-racial, na composição dos alunos dos cursos de saúde, possibilitou um movimento rumo à uma formação capaz de prover profissionais às comunidades indígenas. Entretanto, permitir a entrada dos alunos indígenas não significou, na maioria dos casos, uma abertura aos seus saberes.

As universidades passaram a formar profissionais indígenas, mas em uma lógica inteira-

mente biomédica, como uma das heranças ainda hegemônicas do colonialismo epistêmico ocidental. O modelo de formação em saúde seguiu sendo fundamentalmente eurocêntrico, disciplinar e monoepistêmico. Mestra Makota Kidoiale, pertencente ao quilombo Manzo Ngunzo Kaiango (MG) e convidada ao Encontro de Saberes na UFMG, reflete o impasse dos alunos cotistas ao ingressarem neste espaço monoepistêmico e suas consequências em um texto impactante sobre suicídio de um estudante na UFMG em 2018 e o adoecimento mental dos estudantes cotistas¹³:

Não sei se esse jovem era negro, mas me preocupo com nossos (tirando os falsos) negros ali dentro, quando entra nesse lugar que ao invés de formar pessoas, formam máquinas, para desafiar a própria natureza, e destruir toda tradição desses nossos que antes eu pensava ser orgulho estar nesse lugar, hoje eu tenho medo, por saber que quando nossos filhos entram nessa academia, só entram os corpos, toda sua identidade fica de fora, e que nos povos tradicionais, temos que estar nas portas deste lugar para assegurar que quando nossos filhos saírem, eles possam reencontrar o seu Eu¹³ (p.141).

A falta de preparo do espaço universitário para receber outras epistemologias cria um ambiente árido para os estudantes cotistas. Neste espaço – hegemônico por uma visão colonizada e cientificista-instrumental – as diferenças filosóficas e culturais se manifestam com o silenciamento e a indiferença às diversas formas de viver e pensar o mundo.

Os estudantes cotistas indígenas, negros e quilombolas sinalizaram, nos cursos superiores, a ausência de conteúdos e disciplinas que abordem os saberes tradicionais de seus povos. No caso particular da saúde, apontam como uma formação monoepistêmica se mostra insuficiente para a formação de profissionais para a atenção das populações indígenas^{5,10}. Podemos entender que a abertura do espaço universitário aos alunos pertencentes a estas comunidades representa um primeiro passo, já que aos poucos as pautas dos discentes cotistas passam a transformar as universidades.

Se os desafios para uma atenção intercultural são grandes mesmo dentro do contexto das equipes de saúde indígena, estes escalam quando é necessário a derivação de indígenas a outros níveis de atenção do SUS. São recorrentes as denúncias de racismo institucional e maus tratos por parte dos profissionais em hospitais e demais serviços¹⁴⁻¹⁶. Estes contextos evidenciam que o domínio de competências relacionais interculturais não é solicitado exclusivamente pelos

profissionais do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, o que provavelmente seja um desafio comum a todo SUS.

Cabe pontuar que dentro das diversas pessoas e populações que serão atendidas pelo SUS, não são somente as populações indígenas aquelas que requerem uma atenção intercultural. O Brasil é habitado por diversos grupos tradicionais. Estas problemáticas devem ser expandidas para as diversas comunidades quilombolas, ribeirinhas, ciganas, de terreiro e demais povos. O dilema da interculturalidade deve ser entendido como parte da totalidade e do sistema de saúde.

O Encontro de Saberes: as cotas epistêmicas

O Encontro de Saberes (ES) é um projeto de inovação pedagógica iniciado em 2010 pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inclusão no Ensino Superior e na Pesquisa (INCTI), sob a coordenação de José Jorge de Carvalho, com o objetivo de avançar na construção de um espaço universitário democrático e descolonizado. Trata-se de um projeto que formalizou uma metodologia para a incorporação de mestras e mestres das tradições de conhecimento indígena, quilombola, agroextrativistas e de demais povos tradicionais como docentes nas universidades. Cada mestre é acolhido por um professor parceiro que o recebe como anfitrião no espaço universitário.

O ES pode ser entendido como um segundo momento do processo de democratização do ensino superior, que foi iniciado pelas cotas étnico-raciais. Se as cotas realizaram a inclusão étnico-racial no corpo discente, o encontro de saberes passa a ser uma “cota epistêmica” como tem definido Carvalho¹⁷, promovendo uma inclusão dos saberes tradicionais dos povos indígenas, negros e demais grupos tradicionais e historicamente silenciados do espaço universitário. A história das universidades brasileiras, no fundamental, é marcada pela subordinação teórica, institucional e organizativa às universidades europeias, bem como seu caráter elitista e racista.

Em um levantamento realizado sobre os dez (10) anos do projeto ES¹⁸, observamos uma expansão da iniciativa em diversas universidades em variadas regiões do país e em duas (02) instituições acadêmicas internacionais. Ao todo o ES chegou a dezesseis (16) universidades e contou com a participação de 161 mestres e mestras de saberes tradicionais nas distintas áreas do conhecimento acadêmico. A maioria dos professores parceiros do Encontro de Saberes são do campo

das Ciências Humanas (62,2%), o campo da saúde fica em quinto lugar com somente 4,7% do total. Percebemos que a presença do ES nos cursos superiores do campo da saúde é escassa, fato que chama a atenção, já que grande parte dos mestres convidados ao projeto atuam na interface da cura-cuidado.

Experiências Interculturais e o modelo UFSB de formação em saúde

Mesmo que a participação dos docentes dos centros de saúde no ES seja ainda tímida, podemos observar uma adesão crescente nos últimos anos. Já no ano 2010, em sua primeira edição na UnB, o ES contou com a participação da mestra Lucely Pio, que ministrou o curso *Plantas Medicináveis* e recebida pela professora parceira Silvéria Santos, da Enfermagem. A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no ano de 2014 ofertou a primeira edição do Encontro de Saberes. Devido ao sucesso que a proposta teve, no ano de 2016 foi fundada a Formação Transversal em Saberes Tradicionais como projeto de extensão vinculado às Formações Transversais, recém-criadas na UFMG. No ano de 2015 foi ofertada a disciplina Saberes Tradicionais: Curas e Cuidados, que contou com a participação de docentes da Escola de Enfermagem¹⁹.

Além da UFMG, no ano de 2014 a Universidade Estadual do Ceará ofereceu a disciplina intitulada “Saberes Tradicionais da Cura” no Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas²⁰, que contou com a participação de cinco mestras e mestres. Na UFRJ foi iniciado em 2018 uma disciplina intitulada “Ocupações Tradicionais: Encontro de Saberes” na Faculdade de Medicina²¹. A UFVJM realizou em 2019 a primeira disciplina do Projeto ES no programa de “Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente”, intitulada “Artes da Cura”²². Pode-se constatar que o projeto Encontro de Saberes, inicialmente promovido pelo INCTI, passa a ser incorporado por diversas instituições de ensino. Neste processo, a proposta é adaptada com rearranjos locais, ganhando vida e particularidades próprias.

Outro contexto em que o ES encontrou um terreno fértil foi na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), que adotou até recentemente, “...o que podemos designar como modelo UFSB de formação em saúde”²³ (p.547). A UFSB apresentou como documento fundador e de estruturação a proposta de um Plano Orientador da Universidade, no qual propôs a possibilidade de superar a limitação dos modelos baseados na dis-

ciplinaridade, com o desenvolvimento de estruturas curriculares em regime de ciclos.

Ainda que não encontremos no Plano Orientador a inclusão das mestras e mestres como docentes na UFSB, segundo Tugny²⁴ (p.444) “seu texto propõe as ações de: ‘criação de espaços que facilitem a penetração da ecologia de saberes’, com a prática de uma ‘extensão ao contrário’, a ‘valorização’ e a ‘criação de comunidades epistêmicas mais amplas’ e a ‘promoção de diálogos’ com ‘saberes que circulam na sociedade e igualmente a compõem’”. Com essa perspectiva de busca do diálogo com os saberes tradicionais, desde o primeiro quadrimestre de abertura da UFSB, em setembro de 2014, é ofertado o Módulo em Encontro de Saberes em um Componente Curricular, intitulado Campo da Educação: Saberes e Práticas. Nessa primeira experiência do Encontro de Saberes na UFSB participaram ao total quatorze (14) mestres.

No ano de 2015 a UFSB realizou o seu primeiro Fórum Social, convidando doze (12) segmentos da sociedade organizada a virem traçar prioridades para a construção de sua política pedagógica institucional. No relatório do Fórum encontramos demandas das comunidades negrodescendentes e indígenas para a inclusão dos saberes tradicionais de maneira contínua, equiparados aos científicos/acadêmicos²⁴. O compromisso com os saberes das comunidades indígenas negras do território Sul Baiano possibilitou diversas instâncias de colaboração conjunta com as mestres e mestras dos saberes tradicionais.

No caso da saúde, no ano de 2016 discentes do curso Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BIS) desenvolveram dentro das atividades do Componente Curricular (CC): Práticas Integradas de Promoção e Vigilância em Saúde e Espaço de Convivência, uma parceria com os professores da Escola Indígena Pataxó de Coroa Vermelha e mestres pataxó. Desta parceria surgiu a Rede Medicinal Pataxó: Educação e Saúde Integral Indígena, projeto que desenvolveu oficinas pedagógicas com mestras e mestres pataxó para os alunos do oitavo ano do ensino fundamental. Tratava-se de uma ação de intervenção em saúde, dentro do processo formativo do BIS, que se construiu como ação intersetorial e intercultural que visava a promoção dos saberes tradicionais da saúde aos jovens pataxó.

No contexto deste projeto, a mestra Japira Pataxó, que havia participado da primeira edição do ES na UFSB, convidou dois discentes a secundá-la na escrita de um livro sobre seus saberes medicinais, poéticos, mitológicos e ecológicos. Essa

parceria culminou na publicação do livro *Saberes dos Matos Pataxó*²⁵, bem como foi de fundamental importância para a indicação da mestra Japira ao título de Doutora em Educação por Notório Saber na UFMG, no ano de 2022. Recentemente, a mestra Japira foi selecionada para atuar como professora visitante na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA.

O modelo UFSB de formação em saúde encontrou fortes resistências institucionais e foi formalmente encerrado em 2021, numa medida administrativa da direção da universidade. Transformar a educação e a saúde significa, portanto, lidar com disputas políticas, movimentos e processos contraditórios e conflitantes, de avanços e recuos, com possibilidades de crises no sentido do caminho nessa transformação.

Ensino-aprendizagem em saúde e Encontro de Saberes

A implementação da interculturalidade dentro do ensino-aprendizagem em saúde se insere nos desafios contemporâneos para a transformação das bases curriculares dos cursos de saúde. Assim, compreende-se a necessidade de implantação de modelos de formação de sujeitos capazes de implementar políticas públicas em saúde, operar práticas resolutivas de cuidados, utilizar tecnologias de modo adequado e produzir conhecimento relevante para a saúde da população, com equidade, justiça e qualidade²⁶. Para isso, no contexto da saúde dos povos indígenas é necessário, ainda, o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais, bem como linguístico-culturais, para o trabalho em contexto intercultural. Assim, seguindo as reflexões Almeida Filho²³ sobre os desafios para a formação em saúde, torna-se necessário superar a fragmentação produzida pela abordagem disciplinar reducionista, já que muitos projetos se comprometem com modelos de intertransdisciplinaridade no âmbito acadêmico, mas sem conseguir traduzir essa opção epistemológica para o campo prático.

O ES é uma proposta teórica e prática para uma formação intercultural no ensino superior desde uma perspectiva crítica. Ao convidar as mestras e mestres para ministrar aulas no espaço universitário, promove a experiência do encontro como capaz de ensinar aptidões indispensáveis para o trabalho em contextos interculturais. Neste movimento, a formação de profissionais da saúde ocorre a partir de um processo no qual os saberes indígenas encontram um espaço de legi-

timidade, igualdade e simetria, distanciando de uma perspectiva que os objetiva. A partir dessa abordagem, promove uma atenção à saúde indígena sob uma perspectiva intercultural crítica que se distancia de uma abordagem tutelar, paternalista ou intercultural funcionalista. Ademais, pela característica dos saberes dos mestres, apresenta-se como proposta necessariamente transdisciplinar, integrando a saúde com a história, arte, política, filosofia e outros campos dos saberes.

O grande avanço que apresenta o ES em termos de interculturalidade está na sua inversão de papéis. A qualificação aos profissionais da saúde deixa de ser uma formação *sobre* o outro e passa a ser uma formação *com* ele. Aqui o exercício de interculturalidade em saúde não é um mero conjunto de teorias antropológicas, sociológicas, históricas e epidemiológicas, muitas vezes alheias às realidades complexas, mas trata-se de apostar em uma verdadeira prática do encontro. É no diálogo com os mestres, estes no lugar do sujeito do suposto saber, que os alunos passam a se relacionar com outras perspectivas da saúde, do cuidado e da atenção. A interculturalidade não como conjunto de teorias, mas uma aptidão teórico-prática em si.

Muitas das universidades que se expandiram para regiões do interior do Brasil nunca dialogaram com seu território, reproduziam as mesmas grades curriculares, alheias ao contexto local. Um dos papéis fundamentais do ES é o enraizamento das nossas instituições de ensino superior. A possibilidade de convidar mestras e mestres dos territórios onde estão pode apresentar uma grande oportunidade para que o espaço universitário passe a ser afetado pelos saberes locais e a estar enraizado em seu território.

A formação intercultural no encontro com as mestras e mestres se dá no contexto do ensino de outras tradições de cuidado. Em nossas instituições de ensino superior, o ensino das racionalidades médicas tradicionais é insuficiente, de maneira que grande parte dos egressos desconhecem suas lógicas e procedimentos. A aproximação a estas tradições curativas se dá de maneira contextualizada, não como meros objetos de estudos ou traduções que terminam por essencializá-las, tratando-as apenas como “cultura” ou “costumes”. Acompanhando Costa e Carvalho²⁷:

O cuidado que demonstram [os mestres] está na contextualização da cultura na qual aquele saber foi produzido. Não sugerem reverenciar os saberes ali apresentados, nem os reduzir a objeto. O que propõem é uma compreensão da cultura de

*modo encarnado, vivo e contextualizado na experiência*²⁷ (p.46).

O encontro com os mestres também leva os alunos a conheceres suas biografias, algo fundamental para a própria valorização de seus saberes e práticas. Conhecer suas biografias é compreender os processos formativos dos mestres, bem como a história de suas comunidades. O desconhecimento das trajetórias das mestras e mestres da cura-cuidado é comprovado no relato de Barreto acerca dos fatos que precederam a construção do Bahserikowi – Centro de Medicina Indígena da Amazônia. Ante uma disjuntiva entre as práticas de cuidado, um dos médicos deslegitimou os sábios Tukanos, afirmando: “eu estudei oito anos para ter autoridade para decidir o que é que melhor para um paciente, enquanto o senhor (com muito respeito), não frequentou um dia sequer a medicina”¹⁶ (p.600). Certamente o diálogo poderia ser distinto se ao menos o profissional conhecesse a complexa e longa trajetória da formação dos pajés.

A pedagogia das mestras e mestres e a Saúde Coletiva

São os mestres os responsáveis por levar aos estudantes acadêmicos um novo olhar de ser aprendiz, no qual a urgência por tudo entender, por tudo pensar e por ocupar sem existir, é substituído por uma pedagogia que identifica o silêncio, o tempo, a elaboração da curiosidade e a construção do (e no) caminho do aprendiz como uma verdadeiro processo de aprendizado. Talvez seja essa dinâmica da circularidade²⁷, conceito cunhado pelo mestre Antônio Bispo dos Santos, que nos permitirá estabelecer uma interação intercultural que de fato compreenda o conhecimento como um espaço complexo. Para então, aproximarmos um pouco da “sabedoria”, conceitualizada pelo mestre Seu Miguel, cacique Guarani Mbyá da Aldeia Paratimirim (Parati, RJ), e sintetizada por Carvalho como:

*A estratégia que usam os mestres é a de fortalecer a identidade e a cultura próprias, e colocar em encontro e diálogo com outras, incentivando a “sabedoria” para aprender com o outro, mas não se deixar morrer ou subjugar. Ou, como diz o Mestre Seu Miguel, cacique Mbya, não se deixar “comer”*²⁷ (p.53).

Retomando o conceito de interculturalidade como a busca de um espaço *entre*, deve-se modificar a concepção do conhecimento como hierível. É necessário enxergar o mundo com olhos que permitam assumir a multiplicidade de sabe-

res, exercitar a capacidade de reconhecer o desconhecido como potência. Nesse sentido, realizar um “movimento [que] não afasta, não rejeita o de fora; ao contrário, busca semelhanças, identificar complementaridades, acolhe e soma habilidosamente diferenças”²⁷ (p.52).

Ainda pensando sobre o diálogo entre saberes, Arriscado Nunes²⁸ chama a atenção ao fato de que o processo de reconhecimento dos saberes tradicionais não implica a rejeição da medicina moderna/ocidental. Como também refletem Carvalho e Flórez²⁹, deve-se reconhecer duas características dos saberes nesse encontro: a sua incomensurabilidade axiológica e ideológica (impossibilidade de medir e aprender as totalidades das lógicas que regem esses saberes) e a irredutibilidade (os saberes tradicionais e os modernos nem sempre poderão encontrar uma equivalência disciplinar). Assim, evita-se o mal-entendido de que se propõe uma “substituição dos conhecimentos modernos por saberes ancestrais ou uma mera tradução dos saberes ancestrais a termos do conhecimento ocidental moderno”²⁹ (p.142).

Para além de servir como uma formação para o trabalho intercultural, o Encontro de Saberes também é responsável por trazer aos alunos outras perspectivas do cuidado e da atenção. Seguindo as reflexões de Almeida Filho²³ (p.547) sobre os desafios do ensino em saúde: “como formar sujeitos de fato competentes para o cuidado à saúde de outros sujeitos? ou seja, como formar sujeitos mediante processos de ensino-aprendizagem diretamente engajados na prática concreta de produção de atos em saúde no mundo real?”

Parte do desafio apontado por Almeida Filho pode estar relacionado com a “tensão estruturante” das formações em saúde. Por ter a biomedicina como base referencial deste campo de saber, os alunos da saúde são expostos ao longo de sua formação a um conflito entre o “saber” e o “sentir”³⁰. As exigências do modelo biomédico em classificar, descrever, conhecer protocolos chocam-se com a experiência, o sentir, daqueles que oferecem o cuidado. O modelo biomédico da atenção privilegia o saber ao sentir. O silenciamento do sentir no processo de aprendizagem termina por gerar sofrimento nos estudantes. Dentro dessa tensão, conseguir formar sujeitos competentes com a saúde e não somente com a doença, que cuidem de sujeitos, não objetificam os corpos e consigam superar a dicotomia entre saber e sentir, torna-se um verdadeiro desafio para o ensino-aprendizagem na saúde.

Ainda que no campo da saúde a dicotomia entre saber/sentir, instaurada pelo modelo de

conhecimento biomédico, cobre relevância particular por tratar diretamente de uma crise do cuidado, essa tensão estruturante descrita Bonet³⁰, parece ser constituinte de toda ciência ocidental. Nesse sentido, Costa e Carvalho refletem sobre o ensino nas nossas universidades que “privilegia excessivamente a habilidade do pensamento racional, ao ponto de que o pensar se torna, no mais das vezes, hipertrofiado, enquanto o sentir fica atrofiado”²⁷ (p.41).

Para um processo de ensino-aprendizagem que supere essa dicotomia faz-se necessário uma relação direta entre mestre e aprendiz; somente se ensina a sentir estando próximo ao outro. As mestras e mestres do ES são exímios mestres do pensar, sentir e fazer. A partir de um ensino no qual a afetividade recobra centralidade, os mestres transmitem aos alunos uma forma de construir saberes pela amorosidade. Dessa maneira, Costa e Carvalho propõem pensar a pedagogia dos mestres como um verbo “pensarsentirfazer”²⁷. Nessa perspectiva, o ES também pode servir para trazer para dentro do espaço universitário outras formas de transmissão de conhecimentos, ancorados na afetividade e na amorosidade, capazes de superar a dualidade do saber/sentir.

Cabe ainda pensar nos impactos que a perspectiva intercultural crítica pode trazer para as tecnologias em saúde na atenção indígena. A incorporação dos mestres indígenas no contexto acadêmico de reflexão crítica, dos processos de cuidado e dos serviços de saúde pode contribuir para a elaboração de novas tecnologias para a atenção dessas comunidades. Nesse sentido, no espaço do ES passamos a incluir no campo acadêmico e teórico as perspectivas dos pensadores indígenas.

Um interessante exemplo trazido pela mestra Mapulu³¹, pajé Kamayurá, é o que ela se refere como “modelo Takumã de cura”. Takumã, lembrado como o maior pajé da história do Xingu, foi pai de Mapulu e a transmitiu sua linha espiritual. Em uma descrição sobre os ensinamentos do pai à mestra, se observa a prática do Modelo Takumã de cura:

[...] quando um indígena chega até Mapulu com alguma queixa de saúde, ela procura primeiro identificar se se trata de um problema espiritual, e caso seja, poderá recomendar a cura apenas pela pajelança. Se identificar alguma doença do corpo que pareça curável pela medicina indígena, Mapulu recomendará o tratamento com ervas e transferirá o paciente para seu esposo Raul, raizeiro respeitado em todo o Alto Xingu, que identificará as

*plantas e confeccionará o remédio específico para a cura daquela pessoa. Contudo, se ela identificar a presença de uma doença fora do saber do pajé ou do raizeiro, encaminhará o paciente para o Posto de Saúde Leonardo do Alto Xingu ou para o hospital da cidade mais próxima, para se consultar com um médico*³¹ (p.9).

Encontramos no modelo Takumã de cura uma tecnologia para a assistência às comunidades indígenas: uma estratificação dos níveis de atenção, adaptados para o contexto Kamayurá, além de um modelo de integração entre as medicinas tradicionais e a ocidental. Nessa proposta, Takumã foi capaz de ancorar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em uma rede de assistência à saúde local, logrando ainda a articulação entre os saberes indígenas e biomédicos. Este exemplo nos mostra que a participação dos mestres é importante para a elaboração de novas tecnologias em saúde e avançar nos desafios locais e nacionais da atenção às comunidades indígenas.

A inclusão dos mestres indígenas nos cursos superiores de saúde também traz um impacto para o campo da Saúde Coletiva. Esse movimento contribui a dar um passo a mais ao pensamento crítico e latino-americano da Saúde Coletiva, aprofundando em uma perspectiva emancipatória, enraizada e descolonizada. Recordemos que na América Latina encontramos uma das maiores áreas de biodiversidade do mundo, bem como uma das maiores diversidades culturais, ambas acompanhadas por uma diversidade de tradições curativas pertencentes aos diversos povos da América Latina.

À diferença com outros países do Sul global que abrigam também grande biodiversidade e diversidade cultural e de sistemas de cura-cuidado, como a China e a Índia, na América Latina encontramos quase nenhuma interlocução entre os sistemas biomédicos e tradicionais de cuidado. A abertura para a participação dos mestres nas discussões da Saúde Coletiva pode possibilitar um ambiente propício para surgir novas teorias sobre a saúde, o cuidado e sistemas de atenção intercultural. Entendemos esse movimento como uma transformação ampla das teorias da saúde, incluindo para dentro deste campo perspectivas afins que sempre estiveram ausentes.

Conclusões

Entendendo os desafios enfrentados pela PNAS-PI para a formação dos profissionais para o trabalho em contextos interculturais, buscamos apresentar o Encontro de Saberes como uma proposta de ensino-aprendizagem inovadora capaz de promover uma formação intercultural crítica nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde. A demanda pela transformação dos cursos superiores no campo da saúde com inclusão dos saberes tradicionais é cada vez mais forte, seja por parte dos discentes que ingressam ao ensino superior pelas cotas étnico-raciais, ou pelos movimentos sociais destas comunidades. Reconhecemos que a proposta do ES está em franca expansão e deve ser cada vez mais acolhida pelo campo da saúde. Apostamos que o ES apresenta uma proposta teórico-prática para a construção de uma saúde indígena democrática, pluriépistêmica, diferenciada, enraizada e descolonizada.

Além disso, buscamos apresentar como a inclusão das mestras e mestres dos saberes tradicionais possibilita uma grande oportunidade para o campo da Saúde Coletiva, que passa a nutrir-se de nova vitalidade. A Saúde Coletiva, um campo de saberes latino-americano, passa a incorporar outras epistemologias e torna-se espaço para o diálogo intepistêmico. Promover reflexões conjuntas sobre as noções de cuidado, atenção, saúde, doença e afetividade pode trazer novas perspectivas para o campo da pesquisa e da extensão na área.

Entendemos que o ES pode cumprir grande importância na formação de profissionais para a competência comunicacional e relacional nos contextos interculturais, aptidões indispensáveis para a efetivação das políticas de Saúde Indígena. Além disso, o ES pode ter outros efeitos nos cursos de formação em saúde, uma vez que a presença dos mestres é responsável por transformar modos de transmissão de saberes, temporalidades, espaços de construção de saber, isto é: tem a capacidade de transformar o ambiente de formação em saúde, trazendo novas perspectivas que resgatam o aspecto sensível do cuidado.

Colaboradores

VAM Miranda responsável pela concepção, curadoria, organização, redação final e revisão crítica em suas diversas etapas. ABQ Belizario responsável pela concepção, redação final e revisão crítica em suas diversas etapas. MF Pereira responsável pela concepção, redação final e revisão crítica em suas diversas etapas.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª ed. Brasília: MS; 2002.
2. Garnelo L. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L. organizadores. *Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2014. p. 107-142.
3. Santos P, Menicucci TMG. Mapeando o surgimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil. *Resistances J Philosophy History* 2021; 2(3):e21042.
4. Walsh C. Interculturalidad crítica y educación intercultural. In: Viaña J, Tapia L, Walsh C. *Construyendo Interculturalidad Crítica*. Bolívia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello; 2010. p. 75-96.
5. Ferreira LO, Pereira MF. Interculturalidad y Formación Superior en Salud Indígena: aportes para un proyecto político-pedagógico emancipatorio. *Rev ISEES* 2013; 13:109-128.
6. Diehl EE, Pellegrini MA. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. *Cad Saude Publica* 2014; 30(4):867-874.
7. Pedrana L, Trad LAB, Pereira MLG, Torrenté MON, Mota SEC. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2018; 42:e178.
8. Tubino F. *La interculturalidad crítica como proyecto ético-político*. *Encuentro continental de educadores agustinos* [Internet]. Lima; 2005 jan 24-28 [citado 2024 abr]. Disponível em: <https://www.oalagustinos.org/edudoc/LAINTERCULTURALIDADCR%C3%84DTICACOMOPROYECTO%C3%89TICO.pdf>.
9. Alves AO, Pontes ALM, Souza ICF. Interculturalidade e formação profissional de agentes indígenas de saúde na região do alto rio Purus, Brasil. *Abatira* 2020; 1(2):205-232.
10. Hoefel MGL, Severo DO, Hamann EM, Santos SMD, Selau MGG. O Projeto Vidas Paralelas Indígena e a construção da interculturalidade na formação em saúde: um estudo de caso. *Tempus* 2012; 6(1):23-35.
11. Nascimento VF, Hattori TY, Terças-Trettel ACP. Desafios na formação de enfermeiros indígenas em Mato Grosso, Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 25(1):47-56.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde (CNS). *5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena: Relatório Final* [Internet]. Brasília; 2-6 dez 2013. 2015 [citado 2024 abr]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/5_conferencia_nacional_saude_indigena_relatorio_final.pdf.
13. Carvalho JJ, Kidoiale M, Carvalho EN, Costa SL. Sofrimento psíquico na universidade, psicossociologia e Encontro de saberes. *Soc Estado* 2020; 35(1):135-162.
14. Pellon LHC, Vargas LA. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. *Physis* 2010; 20(4):1377-1397.
15. Pereira DR, Coelho EMB. O Descompasso entre os Saberes Canelas e as Práticas Biomédicas. *Rev Políticas Publicas* 2013; 16(1):223-231.

16. Barreto JPL. Bahserikowi - Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde. *Amazonica Rev Antropol* 2018; 9(2):594-612.
17. Carvalho JJ. Cotas étnico-raciais e cotas epistêmicas: bases para uma antropologia antirracista e descolonizadora. *Mana* 2022; 28(3):e2830402.
18. Carvalho JJ, Vianna LCR. Vista do O Encontro de Saberes nas Universidades, uma síntese dos dez primeiros anos. *Rev Mundau* 2020; 9(1):23-49.
19. Guimarães C, Oliveira L, Brasil AG, Tugny RP, Takahashi R, Tugny A, Moura MA, Oliveira F, Altivo BR, Furiati T. Por uma universidade pluriépistêmica. A inclusão de disciplinas ministradas por mestres dos saberes tradicionais e populares na UFMG. *Tessituras Rev Antropol Arqueol* 2016; 4(2):179-201.
20. Andrade JT. Encontro de saberes: experiência intercultural na pós-graduação da Universidade Federal do Ceará. *Conhecer* 2021; 11(27):193-205.
21. Costa SL, Gabriel E, Camargo DR, Aragão KJL, Benites S. Vista do Encontro de Saberes na Universidade Federal do Rio de Janeiro: uma Experiência com Mestres e Mestras Guarani Mbya. *Rev Mundau* 2024; 9:190-208.
22. Figueiredo AFA, Nobre JCL, Allain LR, Paes SR. Vista do O Encontro de Saberes como expansão epistêmica: percursos na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. *Rev Mundau* 2024; 9(1):50-67.
23. Almeida-Filho N. Ensaio de referência teórica e política para o modelo UFSB de formação em saúde. In: Tugny RP, Gonçalves G, organizadores. *Universidade Popular e Encontro de Saberes*. Brasília, Salvador: INCT de Inclusão, EDUFBA; 2020. p. 545-558.
24. Tugny RP. Conhecimentos tradicionais e território na formação universitária. In: Tugny RP, Gonçalves G, organizadores. *Universidade Popular e Encontro de Saberes*. Brasília, Salvador: INCT de Inclusão, EDUFBA; 2020. p. 439-462.
25. Pataxó J. *Saberes dos Matos Pataxó*. Belo Horizonte: Editora Teia dos Povos, Editora Piseagrama; 2022.
26. Souza LEFF. Saúde, desenvolvimento e inovação: Uma contribuição da teoria crítica da tecnologia para o debate. *Cad Saude Publica* 2016; 32(2):e00029615.
27. Costa SL, Carvalho JJ. Processos de transmissão: o ensino universitário e o encontro com mestras e mestres dos saberes tradicionais. In: Monteiro ACL, editor. *Processos Psicológicos. Perspectivas situadas*. Niterói: Eduff; 2020. p. 26-55.
28. Nunes JA. *Epistemologias do Sul e descolonização da saúde*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; 2023.
29. Carvalho JJ, Flórez J. Encuentro de Saberes: Proyecto para decolonizar el conocimiento universitario eurocéntrico. *Nomadas* 2014; 41:131-147.
30. Bonet O. *Saber e Sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
31. Carvalho JJ. A Escolhida dos Espíritos: Mapulu Kamayurá, Pajé e Visionária do Alto Xingu. *Ayé Rev Antropol* 2023; 5(1):110-148.

Artigo apresentado em 15/09/2023

Aprovado em 29/02/2024

Versão final apresentada em 19/06/2024

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