

Projeto Más Médicos en la salud indígena: reflexiones a partir de una encuesta de opinión

Maria Angélica Breda Fontão(a)

Éverton Luís Pereira(b)

(a) Departamento de Atenção à Saúde Indígena, Secretaria Especial de Saúde Indígena, Ministério da Saúde. Setor de Rádio e Televisão Norte – SRTVN, Quadra 701, Bloco D – Edifício PO 700 – 5º andar – Brasília DF.

maria.fontao@saude.gov.br

(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

evertonpereira@unb.br

El objetivo del estudio es contribuir con el análisis de la implementación del Proyecto Más Médicos para Brasil, en los Distritos Especiales Indígenas, con datos obtenidos por encuesta de opinión desarrollada en comunidades asistidas por médicos del proyecto. Este análisis proporcionó un recorte de los datos obtenidos por el cuestionario aplicado en las comunidades indígenas asistidas y comparados con el universo general de la encuesta realizada en los municipios. El estudio identifica un aumento significativo en la cantidad de médicos trabajando en la salud indígena, una percepción positiva en lo que se refiere a la satisfacción el proyecto y señala una relación no excluyente entre el acceso a los servicios biomédicos y el uso de prácticas terapéuticas indígenas. También demuestra la necesidad de ampliar las investigaciones sobre las consecuencias del Programa Más Médicos, especialmente de cuño cualitativo y etnográfico.

Palabras clave: Salud indígena. Proyecto Más Médicos para Brasil. Encuesta de opinión

Introducción

El Proyecto Más Médicos (PMM) para Brasil fue instituido por el gobierno brasileño en julio de 2013 dentro del alcance del Programa Más Médicos creado a partir de la Medida provisional nº 621¹. De acuerdo con los documentos oficiales, el programa se compone de tres ejes y forma parte de una estrategia para la mejora de la atención a los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) y ampliación de la cobertura de profesionales médicos en la atención básica en áreas vulnerables. El primer eje prevé inversiones en infraestructura de los equipos de salud, el segundo tiene el objetivo de perfeccionar y ampliar la formación médica en Brasil por medio del aumento de plazas en cursos de medicina y de residencia médica en locales prioritarios para el SUS. El tercer eje, del que trata este artículo, busca suplir en condiciones de emergencia la carencia de médicos en el interior del país y en las periferias de las grandes ciudades.

La selección de profesionales brasileños y extranjeros para las plazas del Proyecto se realiza por medio de la clasificación de acuerdo con diferentes perfiles. Se considera el de mayor vulnerabilidad el de actuación en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEIs). Los DSEIs son unidades descentralizadas del Ministerio de la Salud (MS), vinculados desde 2010 a la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI), cuya responsabilidad es realizar las acciones del Sub-sistema de Atención de la Salud Indígena (SASI-SUS). El SASI-SUS fue creado en el ámbito del SUS por la Ley 9836/1999 (Ley Arouca) para organizar acciones y servicios de salud dedicados a la atención de las poblaciones indígenas.

De acuerdo con la Política Nacional de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas (PNASPI)², la organización de DSEI tiene la orientación de ser un espacio etno-cultural dinámico, geográfico, poblacional y administrativo bien delimitado. Es responsable por la realización de actividades en el territorio indígena, con el objetivo de obtener medidas racionalizadas y calificadas de atención de la salud, promoviendo la reordenación de la red y de las prácticas sanitarias y desarrollando actividades administrativas y de gestión necesarias para la prestación de la asistencia a los pueblos indígenas.

A pesar de que la PNASPI establece que los equipos de salud de los distritos deben estar compuestos por médicos, enfermeros, odontólogos, auxiliares de enfermería y agentes indígenas de salud, el cotidiano del trabajo de los equipos se ha visto históricamente señalado por la ausencia de profesionales médicos, en especial en la Amazonía Legal. Esta realidad se ha transformado después del inicio del PMM. Según datos de la Secretaría Especial de Salud Indígena, en dos años se incorporaron a los DSEIs^(c) 399 médicos por medio del PMM. Eso significa un crecimiento del 79% en relación a la cantidad de médicos que trabajaban en ese órgano en agosto de 2013.

La implementación del PMM en los DSEIs se configura como una experiencia oportuna para la investigación y el análisis en las áreas de la salud colectiva, de la antropología de la salud y otras relacionadas. Este territorio de actuación es prioritario para los objetivos del proyecto, especialmente por las dificultades de fijación de profesionales, las complejidades logísticas y operativas y por presentar características propias de contexto inter-étnico. Además, esa experiencia es singular en la historia de la salud indígena, por hacer que la presencia de profesionales médicos sea una realidad en gran parte de las comunidades indígenas del país.

Pasados casi tres años del inicio de la implementación del Proyecto, tenemos pocas publicaciones o estudios que retraten o evalúen esa experiencia en la salud indígena. Por tal motivo, se identifica como necesaria la profundización de reflexiones sobre los beneficios y los desafíos que la presencia significativa de médicos en área indígena representa para la situación de la salud de esas poblaciones y también para la relación entre las prácticas propias de cuidado de esos pueblos y el sistema oficial o hegemónico de salud.

Con el objetivo de contribuir para la reflexión, este artículo presenta y analiza datos sobre el Proyecto Más Médicos en la salud indígena obtenidos por una encuesta de opinión desarrollada en el año 2014 por el Núcleo de Opinión Pública de la Universidad Federal de

^(c) Datos presentados en la reunión de la Comisión Inter-sectorial de Salud Indígena (CISI) del Consejo Nacional de Salud, realizada el 1° de septiembre de 2015.

^(d) UFMG. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH Departamento de Ciência Política. Termo de Referência para Avaliação de política pública para saúde no Brasil: Programa Mais Médicos. Belo Horizonte; 2014 (mimeo).

^(e) IPESPE. Instituto de Pesquisas Sociais, Políticas e Econômicas. Pesquisa de Opinião Mais Médicos: comunidade assistida – 2° fase. Relatório. 2015 (mimeo).

Minas Gerais (UFMG)^(d) en alianza con el Instituto de Investigaciones Sociales, Políticas y Económicas (IPESPE)^(e).

Metodología

Se realizó una reflexión a partir de los datos cuantitativos obtenidos por la encuesta de opinión anteriormente citada. La misma fue encargada por el Ministerio de la Salud y sus datos están bajo el dominio del financiador, habiendo sido concedida autorización para tener acceso a ellos por la Dirección del Departamento de Planificación y Regulación de la Provisión de Profesionales de Salud de la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud. La encuesta fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación (CEP por sus siglas en portugués) de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) con el parecer número 796.913, del 19 de septiembre de 2014.

La encuesta se realizó en dos fases. La primera solamente incluyó médicos vinculados a servicios municipales. Se utilizaron cuestionarios semi-estructurados, elaborados para su utilización con médicos, gestores municipales y comunidad asistida en Unidades Básicas de Salud de los municipios. Los datos producidos en esta fase no se presentarán ni analizarán en este artículo.

Nos enfocaremos en la segunda fase de la encuesta, en la cual los cuestionarios se adaptaron para utilizarse también con profesionales de los DSEIs (coordinadores de distrito y médicos) y comunidades indígenas asistidas. Los cambios se realizaron con el objetivo de adaptar las terminologías de las estructuras de organización del SASI-SUS, buscando mantener la capacidad de comparación con los otros cuestionarios utilizados y los parámetros generales de la investigación. Se insertaron preguntas específicas para el contexto indígena como, por ejemplo, la identidad étnica del entrevistado, informaciones sobre parto realizado en la aldea y la búsqueda de recursos terapéuticos tradicionales.

Fueron entrevistados 613 indígenas asistidos PMM. Para que el recorte indígena pudiera analizarse separadamente, la selección de la muestra para comunidades asistidas se realizó de forma tal que tanto pudiera inserirse en el alcance general de la encuesta, con

margen de error inferior al 2,0% y confiabilidad del 95,45%, si fuera numéricamente representativa de ese perfil.

Los cuestionarios se estructuraron en cinco bloques: perfil del entrevistado, evaluación de los médicos, conocimiento y evaluación del Programa Más Médicos, servicios públicos de salud y evaluación del equipo. El utilizado con las poblaciones indígenas contenía 67 preguntas. Las respuestas se analizaron a partir de cotejos de datos cuantitativos y también de forma comparativa con las respuestas a los cuestionarios utilizados con la población atendida en los municipios.

La encuesta de opinión de tipo cuantitativa tiene limitaciones que no permiten la comprensión de la percepción de los elementos subjetivos y de las motivaciones que sirven de subsidio a las respuestas. Tales restricciones son más perceptibles en un contexto en el que el público entrevistado no comparte los mismos códigos culturales hegemónicos, como es el caso de las poblaciones indígenas. Eso adquiere un mayor relieve cuando los entrevistados no dominan el idioma del entrevistador, lo que sucede con el 12,2% de los participantes.

Otra posible limitación es la utilización de la categoría genérica “indígena”. El uso de este término homogeniza y no deja explícita la diversidad entre los pueblos indígenas que viven en Brasil. De acuerdo con el censo del 2010 del IBGE, se han identificado 305 etnias y 274 lenguas en el territorio nacional. Los 613 individuos entrevistados se reconocieron en 43 grupos étnicos. No obstante, debido a las características de la encuesta y al número limitado de individuos entrevistados por etnia, no fue posible adoptar un recorte étnico para el análisis.

Por tener conciencia de las limitaciones presentadas, se consideró relevante trabajar los datos de la encuesta de opinión debido a su carácter inédito, la restricción de informaciones disponibles y la relevancia del tema. De esa forma, se pretende contribuir para la reflexión y el debate público sobre el PMM para Brasil en la salud indígena, sus características, potencialidades y desafíos para la consolidación de la atención diferenciada referida en la PNASPI.

Referencial teórico utilizado para problematización de la encuesta

Teixeira et al.³ demuestran que la producción en el campo de la salud indígena tuvo significativo aumento y consolidación en los últimos quince años, proporcionado por el proceso de democratización en el país y por la implantación del SASI-SUS, aliado a la ampliación de los programas de post-gradó y de los espacios de intercambio de conocimientos favorecidos por las organizaciones científicas. Utilizando el argumento de las autoras, podemos pensar el desarrollo del campo de acuerdo con tres momentos históricos específicos que presentan debates teóricos puntuales: antes y después de la Constitución Federal de 1988 y a partir de la década de 2000.

Antes de la década de 1990, la problemática de la salud en los estudios etnográficos con poblaciones indígenas estaba vinculada a los temas clásicos de la antropología como el chamanismo, ritual y cosmología. Influenciados por el surgimiento del movimiento indígena y de la reforma sanitaria y sus contribuciones en la garantía de la salud como derecho universal y deber del Estado, en el reconocimiento del derecho a la tierra y a las especificidades étnicas y culturas de los pueblos indígenas, los años 1990 presentan el fortalecimiento del campo⁴ y un nuevo calendario de investigaciones en la salud indígena.

En la década de 1990 surgieron reflexiones sobre los conceptos indígenas de salud y enfermedad, las medicinas indígenas o etno-medicinas, el “impacto” del uso de medicamentos y otros bienes médicos occidentales en el conjunto de las representaciones indígenas, las reflexiones sobre las políticas públicas, la organización del sub-sistema de salud enfocado en los pueblos indígenas, agentes indígenas de salud y otros agentes envueltos en la implementación de esta política. Además, el campo de la salud pública proporcionó el enfoque en la producción de estudios epidemiológicos, discusión de indicadores de salud y aspectos operativos y conceptuales de vigilancia en salud³. La transformación de la realidad político-sanitaria del país y el aumento de los derechos de las poblaciones causaron el aumento del campo: las formas de significación para los indígenas

del proceso salud enfermedad, así como la interacción entre los servicios del Estado y esa población aparecieron en las agendas de investigación.

El expresivo aumento de las producciones sobre el tema tiene lugar a partir de la década de 2000. Teixeira et al.³ identifican dos tendencias actuales en los estudios sobre salud indígena: (i) problemáticas de los itinerarios terapéuticos; (ii) análisis de la interfaz entre el Estado, las políticas de salud y las poblaciones indígenas, especialmente en la reflexión sobre la forma en que se organiza la atención. Por lo tanto, lo que tenemos es la extensión de estudios sobre la permeabilidad de las diferentes acciones y concepciones en las elecciones terapéuticas de los indígenas.

El desarrollo del campo de la salud indígena indica que el movimiento de la estructuración del estado y de los servicios de salud causó impactos importantes en las producciones y en los factores referenciales teóricos. Las transformaciones de orden político y administrativo del país contribuyen para la necesidad de otras miradas y nuevas formas de pensar. En el contexto de la inserción del PMM, deben accionarse algunos modelos analíticos para comprender la realidad presentada por la encuesta, especialmente aquellos que dialogan con la interacción entre indígenas y servicios de salud^{5,6}, así como las propuestas y desafíos de la “atención diferenciada”⁷. Comprenderlo nos proporciona elementos para pensar sobre la encuesta aquí presentada.

Sobre la interacción establecida entre indígenas y servicios de salud, Cardoso⁸ señala que

(...) desde el punto de vista indígena, el acceso a la atención biomédica parece significar no solo un recurso terapéutico necesario, sino también los servicios (principalmente los medicamentos) se comprenden como “bienes” que tienden a incorporarse y puestos a circular de acuerdo con la dinámica interna de las relaciones sociales y políticas (p.102).

Además de que el acceso de los servicios de salud es percibido, en gran medida, de una forma positiva por los indígenas, es importante considerar el papel y la posición jerárquica del médico en la biomedicina para la comprensión de los resultados presentados en la encuesta. En estudio sobre la medicina hegemónica y la medicina indígena entre los

Yaminawa en la frontera entre Brasil y Perú, Sáez⁹ describe la visión de estos pueblos sobre los médicos de la ciudad.

Para Saéz⁹, las relaciones entre esas dos cosmovisiones presentan una señal de alteridad que puede pensarse como un cierto prestigio representado por el otro (sea la medicina indígena para los no indígenas, sea la biomedicina para los indígenas). Según el raciocinio del autor, hay un prestigio simbólico de los “doctores distantes” vinculado a los aspectos de la relación médico paciente y eso puede influenciar la percepción y la expectativa sobre el PMM, especialmente en los datos que presentaremos en este artículo.

Por un lado, percibimos una realidad dinámica en la interacción entre los indígenas y los servicios de salud y, por el otro, es necesario reflexionar sobre las relaciones de poder establecidas en el contacto médico-paciente. Menéndez^{10,11} y Silva¹² consideran que las asimetrías de poder provienen del historial de lucha política por la construcción de la autoridad médica, del “poder saber” y también de la relación “hegemonía-subalternidad” que la biomedicina establece sobre las otras formas de atención no biomédicas.

El principio de la “racionalidad científica”, como lo señala Menéndez¹¹, puede considerarse el marco a partir del cual la biomedicina se identifica profesionalmente como ciencia y se distancia de otras formas de atención de la salud. Las prácticas no biomédicas son tratadas como jerárquicamente inferiores e identificadas como “no científicas” o vinculadas peyorativamente a “dimensiones culturales”. En esta relación, las otras prácticas tenderían a excluirse, ignorarse o estigmatizarse o, cuando aceptadas por la biomedicina, apropiadas como uso complementario.

La relación ambigua de los indígenas presentada por las etnografías analizadas nos demuestra que, por un lado, tenemos un contexto de interacción entre concepciones de medicina diferentes: una regida en la biomedicina hegemónica y otra que lleva en consideración las prácticas tradicionales; por otro lado, nos ayudan a entender las relaciones de poder subyacentes por ocasión de la inserción del conocimiento biomédico en comunidades indígenas.

Esos dos elementos teóricos son imprescindibles para el análisis de los datos presentados por la encuesta de opinión sobre el PMM en los DSEIs. Además, demuestran la

importancia de una reflexión más profundizada sobre la idea de atención diferenciada, concepto clave de la PNASPI.

Langdon¹³ define atención diferenciada no como la incorporación de prácticas tradicionales a los servicios de salud, sino como una articulación entre los servicios y las prácticas de auto-atención existentes en las comunidades. Aunque la “atención diferenciada” sea un concepto propuesto desde la 1ª. Conferencia Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, la autora la considera un desafío para el cotidiano de los DSEIs.

La PNASPI refuerza que es legítima la existencia de otras formas de comprender, vivir y explicar el proceso de salud y enfermedad, distanciándose, de esa forma, de la concepción de la hegemonía biomédica. El concepto de “atención diferenciada” y la directriz de articulación con los sistemas tradicionales de salud indígena son estrategias presentes en la política para la superación de estas asimetrías. Sin embargo, la implementación del modelo de atención diferenciada en la actuación de los profesionales de la biomedicina con los pueblos indígenas continúa siendo un desafío que también se presenta en el contexto del PMM.

La encuesta de opinión aquí analizada brinda elementos para la reflexión sobre las cuestiones señaladas. Se seleccionaron datos de la entrevista con comunidades indígenas asistidas por el Programa, dando prioridad a aquellos que comparativamente se destacaron de los datos de la encuesta con poblaciones de municipios o también de aquellos que brindaron aspectos relevantes en el diálogo con otros datos de encuestas obtenidas sobre salud indígena.

Perfil de los entrevistados en las comunidades indígenas

Fueron entrevistados 613 indígenas atendidos por el Proyecto Más Médicos. Estos se reconocieron en 43 diferentes etnias, siendo el 87,8% de ellos identificados como personas que hablan portugués con fluencia, el 4,4% que no se comunican en ese idioma y el 7,8% que hablan portugués, pero con dificultades. Fue necesario el apoyo de intérprete para la realización del 11,4% de las entrevistas.

En lo que se refiere al género, el 66,4% de los entrevistados eran mujeres y los hombres representaron tan solo el 33,6%. En el universo general de la encuesta, incluyendo los perfiles de los municipios, las mujeres fueron responsables por el 80,5% de las respuestas obtenidas, siendo posible observar una tendencia de mayor participación de mujeres en la encuesta, aunque haya una diferencia significativa entre el porcentaje en las comunidades indígenas en comparación con el general.

Los datos corroboran la tendencia señalada en la literatura disponible sobre el tema^{14,15} de que las mujeres indígenas estarían convirtiéndose en importantes interlocutoras entre sus grupos y la sociedad no indígena, participando en la lucha por los derechos de su pueblo y en el diálogo con las políticas desarrolladas por el Estado brasileño.

También sabemos que el diseño metodológico puede haber contribuido para el mayor acceso a la población femenina, considerándose lo dispuesto en la orientación de la encuesta en la cual las entrevistas deberían realizarse dentro de los servicios de salud. Esa cuestión puede haber sido relevante en los dos contextos, especialmente en los municipios, considerando lo mostrado en la literatura sobre la atención y acceso privilegiado de mujeres a los servicios de salud¹⁶. No obstante, los datos de la encuesta no permiten afirmar que la elección del entrevistador en comunidades indígenas haya sido exclusivamente en los locales en donde se realizaba la atención, puesto que existen dinámicas propias de interacción con no indígenas en las aldeas.

En lo que se refiere a la metodología adoptada en la encuesta, en el caso de las comunidades indígenas, los locales en donde los equipos realizan las atenciones no se configuran de la misma forma que en los municipios y no hay estructuras de salud en todas las comunidades. Se identificó que las atenciones realizadas por los equipos de salud se realizaban de la siguiente forma: el 30,5% en el polo base, el 47,1% en el dispensario o unidad básica de salud, el 12,1% en espacios comunitarios de la aldea, el 5,7% en escuelas y el 0,3% en domicilios.

En lo que se refiere al número de hijos, se observó un perfil diferente entre los entrevistados de DSEI y de los municipios. En los municipios, el 52% de las personas entrevistadas relataron que tenían un máximo de dos hijos y el 26,3% no tenían hijos. En los

DSEIs, solamente el 15,8% no tenían hijos, el 38,5% tendrían de uno a dos hijos, el 34,1% de 3 a 5 y el 11,5% respondieron que tenían más de seis hijos. La encuesta encontró respuestas de hasta 14 hijos (0,3%). Posiblemente, esos datos indiquen más que meros elementos de natalidad, dadas las variadas nociones de parentesco y afiliaciones existentes en las diferentes sociedades indígenas¹⁷.

Otro dato presentado por la encuesta fue que el 70,3% de las personas entrevistadas en los DSEIs afirmaron que eran beneficiarias del Programa Bolsa Familia, un número bastante superior al de la población entrevistada en los municipios, en donde tan solo el 38,6% de las personas afirmaron que recibían el beneficio. En las respuestas de las poblaciones *quilombolas*, vistas también como vulnerables por el PMM, solamente el 47% de los entrevistados afirmaron que recibían el beneficio Bolsa Familia, un número significativamente inferior al de la población indígena entrevistada. Este dato en la población indígena presenta un elemento relevante puesto que indica el acceso a diferentes servicios y programas sociales del Estado por parte de las comunidades indígenas.

Al preguntárseles, el 69,8% de los indígenas entrevistados respondieron que tenían acceso a alguna fuente de renta. De esos, el 31,8% respondieron que trabajan como agricultores familiares o trabajadores rurales, el 14,5% son jubilados o similares, el 15% son artesanos, el 3% son agentes indígenas de salud, el 1,9% son maestros, el 0,7% empleadas domésticas y el 33% tendrían otras ocupaciones o fuentes de renta.

Estas preguntas mostraron que una parte significativa de los entrevistados establece relaciones monetarias, tiene acceso a programas de renta y beneficios sociales y mantienen relaciones comerciales con los municipios y sociedades en donde se insieren. Aunque no hay mayores detalles de ese aspecto, los datos señalan elementos para el diálogo con otros estudios que han analizado la inserción de programas y beneficios sociales en comunidades indígenas y procesos de cambio en las dinámicas de relaciones sociales.

La inserción de profesionales médicos en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas por el Proyecto Más Médicos para Brasil

La encuesta de opinión de la que tratamos en este artículo brinda elementos que señalan una ampliación del acceso a la atención de salud por parte de un profesional médico en las comunidades entrevistadas. La magnitud de ese fenómeno es especialmente significativa para el DSEI, cuando comparamos los resultados de la encuesta con los perfiles de los municipios.

El 47% de los indígenas afirmaron que el equipo de salud que atiende la comunidad no estaba compuesto por un médico antes del inicio del PMM. Cuando observamos los datos absolutos de la (todos los perfiles de entrevistados), notamos que solamente el 31% afirmaron que se habían quedado sin médico.

Los datos señalan un cambio en la composición de los Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI) con la incorporación de los médicos. Teixeira³ señaló en revisión sobre encuestas de salud indígena que los profesionales de enfermería eran la figura-clave de esta política. Estos datos son corroborados por Silva¹² en el contexto de encuesta sobre la atención de salud en la región de Tapajós y por Souza¹⁸, al tratar del proceso de supervisión y de los cambios a partir del Programa Más Médicos en área indígena en el contexto del Amazonas.

Adicionalmente, el 28% de los entrevistados del perfil comunidades indígenas afirmaron haber estado más de uno o dos años sin médico. La misma respuesta en los otros perfiles fue como máximo del 11%, incluso en el recorte con poblaciones *quilombolas* y municipios con más del 20% de pobreza. Estos datos evidencian que a pesar que el factor cuantitativo médico en DSEI es numéricamente inferior al número de participantes del PMM, representando solamente el 1,8% del total en agosto de 2015, fue en ese territorio que el programa parece haber alcanzado de forma más expresiva su objetivo original de proporcionar médicos en regiones con escasez o ausencia de esos profesionales.

Los datos también muestran elementos que se relacionan con otros atributos de la atención primaria de la salud, en especial la continuidad del cuidado y la construcción de vínculo. La encuesta desarrollada indicó que el 56,2% de los indígenas entrevistados fueron atendidos tres o más veces por el mismo médico y solamente el 18,1% una única vez. El 73,2% de los entrevistados relataron que el médico realizaba visitas en las casas de los

pacientes. Otro aspecto interesante es que el 79,4% de los entrevistados afirmaron que no tenían dificultades para comunicarse con el médico, a pesar de que casi la totalidad de los médicos en DSEI en aquel momento eran extranjeros, en especial, cubanos.

En la literatura sobre el tema, esos atributos se relacionan al modelo de atención determinado por la Estrategia de Salud de la Familia¹⁹ que prevé el reconocimiento de las condiciones de vida y necesidades de la población para permitir una comprensión ampliada del proceso de salud y enfermedad²⁰. Otra cuestión importante se relaciona a la construcción y mantenimiento de vínculos para una mejor atención de la salud. Estas competencias también se relacionan al concepto de atención diferenciada que debe tener como base la competencia cultural.

No podemos afirmar, a partir de los datos producidos por la encuesta, que esos atributos estén presentes en la actuación de los profesionales del programa. Sin embargo, señalan aspectos que podrían desarrollarse mejor en otros estudios, especialmente de carácter etnográfico.

En este contexto en que la cobertura de profesionales médicos en el área parece haber dejado de ser un problema significativo para la salud indígena, surgen una serie de nuevos desafíos que no son menores y que deben llevarse en consideración. Entre ellos están la formación de esos profesionales para la actuación en contexto inter-cultural (debate bastante importante en la literatura sobre el tema e igualmente relevante para la consolidación de la PNASPI^{21,22}), la sostenibilidad de la experiencia del Proyecto Más Médicos, considerando la continuidad del cuidado y del vínculo y la evaluación de los impactos del Programa sobre la salud indígena. También deben evaluarse los cambios producidos y sus significados en las dinámicas sociales a partir de una presencia mayor de médicos en las comunidades indígenas, considerándose las asimetrías de poder establecidas en la relación médico-paciente y en la relación entre la biomedicina y otras formas de atención de la salud.

Percepción de los indígenas entrevistados sobre el Proyecto Más Médicos para Brasil

Otro aspecto abordado por la encuesta se refiere a la percepción de los indígenas entrevistados sobre el PMM. Se observó que solamente el 54% de los entrevistados en el DSEI afirmaron conocer o haber oído hablar sobre el Programa antes de la realización de la encuesta. Este dato es menor en comparación con el universo general de la encuesta, en la cual se identificó que el 74% de los entrevistados afirmaron que conocían el programa.

Un elemento que parece haber sido relevante para ese conocimiento previo fue el acceso a los medios de comunicación de masa. La televisión se destacó y fue señalada como el principal vehículo de difusión de la información en todos los casos: el 90,6% en los municipios y el 87,6% en el DSEI.

También se señaló en la encuesta el alto nivel de satisfacción con el médico del PMM que actúa en las comunidades indígenas. La nota media dada a los médicos fue de 8,7 (en una escala de 1 a 10), siendo que el 93,1% de los entrevistados relataron que estaban satisfechos o muy satisfechos con el trabajo de estos profesionales y solamente el 4,1% estaban insatisfechos.

Como señalamos anteriormente, esas cifras reflejan respuestas puntuales de los entrevistados en un momento de cuestionamiento del entrevistador. Aún así, ellos parecen indicar una percepción bastante positiva que no se debe desconsiderar. Tal percepción puede estar relacionada con la satisfacción por la ampliación del acceso en las aldeas a los servicios biomédicos que es una demanda del movimiento indígena para la concreción del derecho de la salud^{8,20} y también por la forma como los indígenas interactúan con la biomedicina y con sus agentes, como se señaló anteriormente.

Cuando cotejamos los datos de la encuesta, observamos una relación entre las respuestas de satisfacción con el médico y de conocimiento previo del programa. Las respuestas señalan que cuanto más lo conocían, mayor era la probabilidad de estar satisfechos con el profesional vinculado a ellos. Podemos observar esta relación en la tabla 1 a continuación:

Tabla 1. Satisfacción con el médico y conocimiento previo del Programa

¿Conoce Ud. o escuchó hablar del Programa Más Médicos?

		Lo conoce / Escucho hablar	No lo conoce	No sabe / No respondió	Total
	Muy satisfecho	59,5%	39,3%	1,2%	100%
Con relación al médico que trabaja en la comunidad está Ud...	Satisfecho	52,8%	47,0%	0,3%	100%
	Insatisfecho	36,0%	64,0%	0,0%	100%
	No sabe / No respondió	52,9%	47,1%	0,0%	100%
Total		54,0%	45,5%	0,5%	100%

*Fuente: IPESPE, 2015

Los datos de la encuesta sugieren una tendencia a mayor satisfacción con el profesional por parte de los individuos que conocían el programa anteriormente y que tenían previamente alguna expectativa en relación a él. Por otro lado, no podemos observar una diferencia numéricamente significativa entre los que respondieron que estaban simplemente satisfechos.

Elementos sobre la relación entre las prácticas de salud biomédicas e indígenas en el contexto del Proyecto Más Médicos

En el cuestionario aplicado para comunidades asistidas de DSEI, se incluyó la pregunta siguiente: “Además del médico, ¿Ud. busca el cuidado de su salud con personas de su comunidad, tales como, por ejemplo, el payé, la comadrona, el raicero, el curandero, el chamán?” Las alternativas posibles para esta pregunta eran “sí”, “no” y “no respondió”.

Las respuestas se distribuyeron de la siguiente forma: el 61,5% de los entrevistados informaron que además del médico también buscan el cuidado de su salud con especialistas indígenas, el 37,7% respondieron negativamente y el 8% no respondieron. Se considera relevante que más del 60% de los entrevistados hayan reconocido, en los términos de la pregunta, que además de la atención biomédica buscan también otras estrategias terapéuticas indígenas.

No obstante, ese dato debe tratarse con cuidado, pues no se puede afirmar que el 37,7% de los individuos entrevistados cuiden de su salud exclusivamente por medio del acceso a los servicios biomédicos ofrecidos por el DSEI, a pesar de haber respondido negativamente a la pregunta. De igual forma, no podemos afirmar que esos sujetos/comunidades no tengan sistemas terapéuticos propios. Es necesario ponderar que las formas como los grupos indígenas entienden sus sistemas de salud son diversas y ni siempre se relatan las informaciones sobre la búsqueda de otros servicios (además de los biomédicos), considerando las relaciones de hegemonía establecidas con los servicios del Estado.

La forma de denominación y de producción de significado sobre los especialistas o los modelos y prácticas de cuidado indígenas pueden variar significativamente. Los datos presentados en el párrafo anterior señalan que un número significativo de entrevistados afirmó que buscaba otras técnicas/especialistas; sin embargo, no sabemos lo que ellos entienden cuando se les pregunta sobre eso.

El reconocimiento de la eficacia de la biomedicina por parte de los pueblos indígenas ha sido analizado por diversos investigadores^{8,9,23}. Esos autores señalan que los servicios biomédicos, cuando accesibles, por lo general forman parte de los itinerarios terapéuticos de los indígenas. En gran medida, la biomedicina se presenta como alternativa o “coexistencia complementaria”⁸ utilizada por los indígenas a partir de sus concepciones de los procesos de salud y enfermedad. Langdon²³ indica que la elección sobre las terapias depende del estadio y del tipo de la enfermedad y se basa en diversos aspectos, tales como la percepción sobre el pronóstico, la causa y las experiencias individuales y de grupo.

Algunos cotejos de los datos de la encuesta de opinión refuerzan la percepción de que no hay una relación excluyente entre el acceso a la atención por parte del servicio médico y la coexistencia de sistemas terapéuticos indígenas. De los entrevistados que afirmaron la presencia de médicos atendiendo en la comunidad antes del programa, el 44,6% respondieron positivamente a la pregunta sobre la búsqueda de cuidados de salud con especialistas indígenas. La misma respuesta positiva fue dada por el 41,1% de aquellos que afirmaron que la comunidad habría quedado sin atención médica. Por lo tanto,

identificamos que no hay una diferencia significativa que relacione la respuesta positiva a esta pregunta con la existencia o no de atención médica en la comunidad antes del programa.

Por lo tanto, los datos sugieren que no hay opciones únicas en las acciones de salud. Es decir, la presencia o no de médicos con mayor o menor frecuencia no causaría necesariamente un impacto sobre la búsqueda de recursos terapéuticos indígenas. De tal forma, parece que no existe una relación excluyente entre los recursos terapéuticos indígenas y el tiempo sin atención médica en la comunidad, puesto que incluso los individuos que tuvieron acceso al servicio biomédico afirmaron que utilizaban otras prácticas de cuidado de la salud no limitadas a este modelo. Los datos refuerzan el argumento que defiende que no existe una perspectiva antagónica entre los modelos de atención de salud que, en lugar de excluirse, tenderían a ser utilizados por las comunidades de forma integrada^{10,11}.

Consideraciones finales

La encuesta de opinión discutida en este artículo tuvo el mérito de hacer aflorar cuestiones relevantes para el debate sobre la salud indígena en Brasil. Los datos presentados deben pensarse bajo la luz de las críticas posibles sobre las nociones subjetivas de los sujetos en el momento de la respuesta a un cuestionario estructurado, especialmente en un contexto de diferencia étnico-cultural como es el caso de los indígenas. No obstante, las posibles reflexiones obtenidas a partir de la lectura de las respuestas de los indígenas, con el auxilio de las discusiones teóricas del campo, presentan un potencial gatillo disparador de otros análisis. Más que respuestas previamente delimitadas, la encuesta de opinión presentada en este artículo es vista como un locus importante para la producción de otras preguntas capaces de ser respondidas con encuestas cualitativas.

La encuesta señaló que la dificultad de proporcionar el acceso a la atención médica en la salud indígena fue suplida parcialmente y en situación de emergencia con el Proyecto Más Médicos para Brasil. Sin embargo, a pesar de la significativa ampliación en la cobertura

de profesionales médicos, permanecen como desafíos para el Sub-sistema de Atención de la Salud Indígena la consolidación de un modelo de atención médica diferenciada que considere la articulación con los saberes y prácticas indígenas de salud. Además, también se configura como un desafío para la evaluación de sus impactos y la sostenibilidad de esa experiencia, considerando las limitaciones temporales establecidas por el programa.

Los datos sugieren una percepción positiva entre los indígenas sobre el proyecto Más Médicos para Brasil que se relaciona con la satisfacción con el médico y con la expectativa previa de quienes conocía o habían oído hablar sobre el PMM. Es posible que esa percepción esté relacionada con la perspectiva positiva de los indígenas sobre el acceso a los servicios biomédicos, entendido como un derecho, además del prestigio simbólico que tiene la profesión médica, establecido a partir de las dinámicas propias de poder de la biomedicina.

Los datos mostraron que no hay una relación excluyente entre la búsqueda por los servicios ofrecidos por el sistema biomédico con las prácticas y sistemas terapéuticos indígenas. También señalan la necesidad de profundizar las reflexiones sobre el Proyecto Más Médicos por medio de estudios etnográficos que puedan ampliar la comprensión sobre los significados que él adquiere en el contexto indígena, además de los cambios en las dinámicas de los equipos y en la relación de los indígenas con los servicios biomédicos.

Colaboradores

Maria Angélica Breda Fontão concibió el artículo, analizó y discutió los resultados. Éverton Luís Pereira discutió los resultados y el análisis de los datos. Los dos autores participaron en la revisión final del artículo.

Referencias

1. Lei nº12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013.
2. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Teixeira CC, Silva CD. Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação. Anu Antropol. 2013; 1:35-57.
4. Langdon EJ, Foller ML, Maluf SW. Um balanço da antropologia da saúde no Brasil e seus diálogos com as antropologias mundiais. Anu Antropol. 2012; 1:51-89.

5. Luciani JAK. Uma etnografia de ponta a ponta: o Ministério da Saúde e os Yanomami do Amazonas, Venezuela. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2015. p. 279–306.
6. Pellegrini M. As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 233–243.
7. Silveira NH. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 111–127.
8. Cardoso MD. Políticas de saúde indígena no Brasil: do modelo assistencial à representação política. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores, Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 83–106.
9. Sáez OC. La Barca que sube y la barca que baja: sobre el encuentro de tradiciones médicas. Antropol Prim Mao. 2005; 80:4–23.
10. Menéndez EL. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades. 1994; 4:71–83.
11. Menéndez EL. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teoricas y articulaciones prácticas. Cienc Saude Colet. 2003; 8:185–207.
12. Silva CD. Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais de saúde indígena [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
13. Langdon EJ. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon EJ, Garnelo L, organizadores. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ABA e Contracapa; 2004. p. 33–51.
14. Ferreira LO. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. Cienc Saude Colet. 2013; 18:1151–59.
15. Grubits S, Darraut-Harris I, Pedroso M. Mulheres indígenas: poder e tradição. Psicol Estud. 2005; 10:363–72.
16. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Publica, 2002; 11:365–73.
17. Viveiros de Castro, Eduardo. Antropologia do parentesco – estudos ameríndios. Rio de Janeiro: Ed UFRJ; 1995.
18. Souza MLP. Apontamentos sobre as especificidades da supervisão acadêmica em área indígena no âmbito do Programa Mais Médico para o Brasil: o caso do estado do Amazonas. Tempus. 2015; 9:191–7.
19. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
20. Oliveira MA, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Rev Bras Enferm. 2013; 66:158–64.
21. Boccara G. La interculturalidad em Chile: entre culturalismo y despolitización. In: Langdon EJ, Cardoso MD, organizadores. Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Ed da UFSC. 2015. p. 195–216.

Translated by Maria Carbajal