

## O encontro face a face no cuidado em saúde indígena: uma perspectiva em Lévinas

*The face-to-face encounter in indigenous health care: a perspective in Lévinas*  
*El encuentro frente a frente en el cuidado en la salud indígena: una perspectiva en Lévinas*

Diomedia Zacarias Teixeira<sup>1</sup>, Nelson dos Santos Nunes<sup>1</sup>,  
Rose Mary Costa Rosa Andrade Silva<sup>1</sup>, Eliane Ramos Pereira<sup>1</sup>, Vilza Handan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

### Como citar este artigo:

Teixeira DZ, Nunes NS, Silva RMCRA, Pereira ER, Handan V. The face-to-face encounter in indigenous health care: a perspective in Lévinas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2848-53. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0389>

Submissão: 05-06-2017

Aprovação: 04-10-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Refletir sobre os comportamentos sensíveis dos profissionais em saúde indígena a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas, para ratificar a integralidade, a equidade e a humanidade. **Método:** estudo reflexivo. **Reflexão:** Estudos têm identificado inadequações no atendimento às singularidades indígenas. Nos cenários hospitalar e ambulatorial, elas se diluem na busca por cuidados. A dificuldade dos profissionais em admiti-las gera conflitos e não adesão dos indígenas a tratamentos que desconsideram suas práticas de cuidado. Em Lévinas, a consciência requer, "a priori," sensibilidade para acessar o Infinito no Rosto do Outro, que nos encontros face a face se apresenta ao Eu como Alteridade radical, propondo uma relação Ética pela transcendência. A liberdade do Eu quanto ao Outro é finita, porque dele não pode se apossar, e infinita pela sua responsabilidade pelo Outro. **Considerações finais:** O Eu constrói essência e existência na responsabilidade. Na Ética da Alteridade, em Lévinas, propõem-se reflexões que influenciem comportamentos sensíveis.

**Descritores:** Saúde de Populações Indígenas; Cuidados de Enfermagem; Acolhimento; Humanização da Assistência; Legislação Sanitária.

### ABSTRACT

**Objective:** To reflect on the sensitive behaviors of indigenous healthcare professionals based on the philosophy of Emmanuel Lévinas, to ratify completeness, equity, and humanity. **Method:** reflective study. **Reflection:** Studies have identified inadequacies in meeting the indigenous singularities. In the hospital and outpatient settings, they are diluted in the search for care. The difficulty of the professionals to admit them generates conflicts and non-adherence of indigenous individuals to treatments that disregard their care practices. In Lévinas, consciousness requires, "a priori," sensitivity to access the Infinity on the Face of the Other, which in the face-to-face encounters is presented to the Self as radical Alterity, proposing an Ethical relationship through transcendence. The freedom of the Self as to the Other is finite, as the Self cannot possess the Other, and infinite for its responsibility for the Other. **Final considerations:** The Self builds essence and existence in responsibility. In the Ethics of Alterity, in Lévinas, reflections are proposed that influence sensitive behaviors.

**Descriptors:** Health of Indigenous Populations; Nursing Care; Reception; Humanization of Care; Health Legislation.

### RESUMEN

**Objetivo:** Reflejar sobre los comportamientos sensibles de los profesionales en salud indígena desde la filosofía de Emmanuel Lévinas, para ratificar la integralidad, la equidad y la humanidad. **Método:** Estudio reflexivo. **Reflejo:** Estudios están identificando inadecuaciones en la atención a las singularidades indígenas. En los escenarios hospitalarios y de ambulatorios, ellas se diluyen en la búsqueda por cuidados. La dificultad de los profesionales en admitirlas genera conflictos y no aceptación de los indígenas a tratamientos que no consideran sus prácticas de cuidado. En Lévinas, la consciencia requiere, "a priori," sensibilidad para acceder el Infinito en el Rostro del Otro, que en los encuentros frente a frente se presenta al Yo como Alteridad radical, proponiendo una relación Ética por la transcendencia. La libertad del Yo cuanto al Otro es finita, porque de él no puede

apropriarse, e infinita por su responsabilidad por el Otro. **Consideraciones finales:** El Yo construye la esencia y la existencia en la responsabilidad. En la Ética de la Alteridad, en Lévinas, se proponen reflejos que influyeran los comportamientos sensibles. **Descripciones:** Salud de Poblaciones Indígenas; Cuidados de Enfermería; Acogida; Humanización de la Asistencia; Legislación Sanitaria.

AUTOR CORRESPONDENTE Diomedia Zacarias Teixeira E-mail: diomedia39@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A vida, ao mesmo tempo que requer, nos proporciona encontros e trocas. Somos seres de relacionamentos; influenciados e somos influenciados por Outros que nos cercam: o ambiente, demais seres com seus modos de ser e de existir, suas crenças e valores, seu sistema cultural, sua organização social e seu sistema econômico.

Somos seres inseridos em marcos temporais de nascimento e morte. Entre esses dois tempos, percorremos uma trajetória na qual construímos uma história de vida numa história de mundo, onde buscamos nos firmar e afirmar incessantemente: somos seres históricos e inacabados<sup>(1)</sup>. Entrementes, temos instinto gregário, fato que necessariamente nos leva a encontros em que se configuram trocas com Outros iguais, as quais nos proporcionam perceber algo que nos falta, a refletir o quão incompletos e inacabados somos e a nos levar a suprir essa lacuna.

Segundo Emmanuel Lévinas, filósofo franco-lituano, crítico da Ontologia e do Eu-em-si-mesmo como modo de se autoconceber, o encontro e a constatação da coexistência de Outro(s) implicam já na admissibilidade de um não-Eu, cuja presença se impõe pelo rosto nos encontros face a face e, ao mesmo tempo que clama por responsabilidade, não pode ser abarcado e totalizado pelo Eu<sup>(2)</sup>.

Esses encontros são ocasiões propícias à expressão de subjetividades, ao recrutamento de recursos individuais e de habilidades, que levam à ação e configuram uma interação.

Um dos fenômenos que emerge dessas ocasiões é o cuidado, tanto como cuidado de si quanto como potencialidade de cuidado com outrem. O cuidado é um comportamento que decorre de um envolvimento, fundamentado na afetividade<sup>(3)</sup>.

Ao longo da trajetória temporal e histórico-social, que serve de pano de fundo para nos construirmos como seres humanos, necessitamos cuidar e sermos cuidados. No entanto, o cuidado não é somente uma necessidade ou uma imposição da vida, mas pode ser entendido como intrínseco à existência, algo que naturalmente existe antes que o ser humano faça qualquer coisa<sup>(3)</sup>. Ele se expressa como uma forma de se relacionar<sup>(4)</sup> com o Outro, mas nem sempre se conforma abrangendo as dimensões ética e estética<sup>(4)</sup> nesse relacionamento com o Outro.

Desse modo, é oportuno recorrer às concepções filosóficas que fundamentem a reflexão sobre a importância do Outro coexistente nos encontros face a face para o cuidado. Numa perspectiva heideggeriana, o cuidado é uma possibilidade de ser. O *ser-em-si* (Dasein) constitui-se como *ser-no-mundo*, ao perceber outros Dasein com a mesma capacidade e ao se relacionar com o mundo que o rodeia. Na medida da coexistência do "*Outro Dasein*," com o qual se relaciona e compartilha o mundo, Dasein converte-se em Mitsein, vindo a tornar-se

*ser-com-os-outros*. Somente no caráter Mitsein um ente encontra Outros num mundo compartilhado<sup>(5)</sup>.

Assim como Buber postula os conceitos de *relação* (expresso no "Eu-Tu") e de *relacionamento* (expresso no "Eu-Isso")<sup>(6)</sup>, Heidegger concebe a distinção entre *ocupação* (o encontro de um ente com outros intramundanos) e *preocupação* (relação entre entes com os mesmos atributos). É na *preocupação* que Dasein se expressa como *ser-com-os-outros*. Desse modo, a *preocupação* traduz-se por cuidado do *ser-com-os-outros* e por consequente do *ser-em-si*. Retirando-se dele o cuidado, retira-se dele a possibilidade de ser<sup>(5)</sup>.

Num cotejo das concepções em referência, a imposição do Rosto nos encontros face a face demanda cuidado e instiga o Eu a sair de si mesmo. Em Lévinas, esse movimento essencial ao cuidado guarda coesão com os conceitos de *relação* em Buber e de *preocupação* em Heidegger, fundamentado muito mais na Ética como filosofia primeira, diante e a partir da presença do Outro, do que na atitude de encontro, reciprocidade e confirmação mútua (*relação*) ou mesmo de cuidado do *ser-com-os-outros* (*preocupação*) como movimento indispensável à afirmação do *ser-em-si*.

Se é verdade que nas grandes metrópoles do nosso país convive-se com desigualdades de natureza diversa e com a diversidade radical de formação de seu povo, no contexto da Amazônia Legal brasileira isso é tão ou mais verdadeiro, mormente no que tange aos povos indígenas e seus contextos multiétnicos e multiculturais, que configuram a coexistência com Outros e seus distintos modos de estarem num mundo-da-vida, com suas concepções de saúde e de doença, seus valores, suas crenças, suas práticas de prevenção, tratamento e cura, propiciando o ambiente para o despontar de Alteridades.

Nesse âmbito, a ancoragem das práticas profissionais numa epistemologia da saúde constitui-se em recurso de valor, visto que, da interface dos modelos biomédico e da medicina tradicional indígena, emergem múltiplas e distintas concepções individuais e coletivas de saúde e doença multifacetadas, as quais necessariamente terão de dialogar na medida de seus níveis de complexidade e dos diversos planos de emergência envolvidos<sup>(7)</sup>.

Lévinas, a partir da compreensão do mundo-da-vida e do Outro, propõe o resgate do humanismo como ordenador dos relacionamentos humanos, fundamentado na Ética da Alteridade. O outro, um não-Eu, escapa à compreensão, impõe-se pela riqueza de conteúdo, assim como pela ausência de significados<sup>(8)</sup>, constituindo-se em um desafio a partir do Rosto, parte mais desnuda do corpo do Outro, que não somente concentra a totalidade dos seus sentidos, mas que se apresenta expressando ou não sentimentos.

Para Lévinas, a manifestação do Outro perpassa a forma e os contornos do Rosto e se configura num primeiro discurso,

antes mesmo da fala<sup>(2)</sup>. É na exposição do Rosto e na ausência do discurso que o encontro face a face ganha significado<sup>(2)</sup> na medida em que desafia o Eu a sair de si mesmo em busca de uma compreensão que nunca se realizará, que o questiona em tudo e que o leva a esvaziar-se de si mesmo<sup>(2)</sup>.

O Rosto do Outro nos encontros face a face, ao mesmo tempo em que apela por Alteridade, clama por responsabilidade, em vista do desafio inicial e do conseqüente movimento do Eu em direção ao Outro. A responsabilidade desse Eu, uma resposta ao apelo do Outro a partir do Rosto, subordina sua liberdade.

Assim, ao subordinar a liberdade à responsabilidade<sup>(9)</sup>, o Eu constrói seu modo de ser e de existir, estruturado numa Ética da Alteridade. Em consequência, constrói sua liberdade moldada nessa Ética, configurando assim um distinto modo de se relacionar com o mundo e com os Outros. Desse modo, resgata o humanismo, em cujo contexto sua liberdade o conduz à justiça.

Apesar dos avanços verificados com a criação do Subsistema de Saúde Indígena e da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)<sup>(10)</sup>, no âmbito do alto Rio Negro, no noroeste do estado do Amazonas, região do país que abriga numerosos povos indígenas, muito ainda há de se implementar para ratificar os Princípios Básicos da Integralidade e da Equidade, especificamente no que se refere às relações entre os profissionais de saúde e os usuários indígenas das diversas etnias.

No cotidiano da assistência no hospital e nos postos de saúde daquela região, as relações e intervenções dos profissionais de saúde não indígenas obedecem a um modelo compartimentalizador do cuidado e excludente da alteridade, denotando, sem muito esforço, a não capacitação e o despreparo desses profissionais para o trabalho em contextos de multietnicidade e interculturalidade, especialmente com populações indígenas.

Por outro lado, profissionais de saúde indígenas oriundos da região, que trabalham e residem na cidade-sede do município, não são maioria quando comparados ao grupo de profissionais não indígenas; contudo, apesar disso e do fato de terem incorporado as práticas profissionais do modelo vigente, ainda conservam, total ou parcialmente, saberes tradicionais da etnia a que pertencem e mesmo os saberes de outras etnias da região, configurando-se tal conformidade como potencial fator positivo para a implementação de atitudes integralizadoras e equitativas.

Assim, tem-se a seguinte questão norteadora: De que forma os comportamentos dos profissionais de saúde poderão ser influenciados por uma filosofia, para a realização de uma assistência integral, equitativa e humanizada, nos contextos multiétnicos e multiculturais da saúde indígena?

Considerando-se que pressupostos teórico-filosóficos sustentam a concepção e a realização do cuidado, o objetivo é o de refletir, a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas, sobre os comportamentos sensíveis dos profissionais que atuam na saúde indígena, como meio de ratificar a integralidade, a equidade e a humanidade na assistência à saúde.

Acerca da realização do cuidado nos encontros entre profissionais de saúde e usuários, mister se faz refletir sobre conceitos e práticas envolvidos na relação entre aspectos técnicos e aspectos humanistas<sup>(11)</sup>.

Desde já, destaque-se a atitude do homem em face do mundo: a de relação, presente no conceito "Eu-Tu", na reciprocidade

entre parceiros; e a de relacionamento, presente no Eu-Isso, onde o ser se defronta com um objeto e se constitui num sujeito de conhecimento. Na relação pelo diálogo, o Eu e o Tu estão respectivamente presentes como pessoa e como o outro. A responsabilidade por este outro está presente tanto na filosofia de Buber, a partir da autocontemplação transcendente, que remete ao desprendimento e superação do egoísmo, quanto na de Lévinas, por meio da Ética que se anuncia ante a presença e diálogo primordial, não verbal, estabelecido nos encontros face a face<sup>(2-6)</sup>.

Em que pese a evolução científico-tecnológica no campo da saúde e os recursos por ela gerados, a aplicação dos mesmos deve se revestir de sentido e refletir significado para o projeto de vida de profissionais de saúde e de usuários<sup>(11)</sup>.

O tema se justifica primeiramente pelo fato da autora ser indígena e ter vivido os avanços e retrocessos do processo de construção do SUS, o qual se deu e ainda se dá sob influências diversas, ao sabor de interesses múltiplos e caracterizado por desigualdades regionais, culturais, sociais e econômicas. A vivência teve início na infância e pré-adolescência no interior do Amazonas, quando, ao buscar serviços de saúde, deparava-se com as dificuldades do acesso à finalização do atendimento. Estendeu-se pela idade adulta, como enfermeira especialista em saúde indígena, prestando cuidados e se deparando com outros óbices e desafios. Portanto, dois enfoques sobre problemas encontrados vivendo os dois lados do sistema de saúde, respeitados o tempo em que ocorreram, o espaço geográfico e os demais condicionantes.

Justifica-se também em função do valor e do significado dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade do SUS, os quais têm mobilizado a sociedade civil no sentido de reivindicar do Poder Público a formulação, proposta e implementação de políticas que atendam a população nacional nas suas necessidades por serviços de saúde em todos os graus de complexidade; bem como proporcionem e facilitem a acessibilidade especialmente àquelas parcelas consideradas vulneráveis e/ou que demandem atenção diferenciada: indígenas, mulheres, deficientes, idosos, crianças, adolescentes, lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros.

A relevância deste assunto deve-se ao fato de a saúde dos povos indígenas constituir-se em subtema da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, especificamente no que tange ao item "1.1.4 – Investigação das práticas socioculturais relacionadas ao autocuidado em saúde no sentido lato (reprodução social e física da comunidade) e, no sentido estrito, das práticas relacionadas ao processo saúde-doença", e a seus subitens "1.1.4.1 – Estudos sobre formas de organização sociopolítica dos povos indígenas e suas interfaces com a saúde" e "1.1.4.2 – Investigação sobre sistemas de saúde indígenas, práticas de autocuidado e de cura indígena, com ênfase no contexto da transição epidemiológica"<sup>(12)</sup>; a temática é relevante também porque as práticas assistenciais nos diversos níveis de complexidade carecem de ajustes para contemplarem o que se encontra disposto na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena<sup>(10)</sup>.

## REFLEXÃO

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena<sup>(10)</sup>, ao abordar o preparo de recursos humanos para atuação em contextos

indígenas, recomenda que agentes de saúde sejam formados, capacitados e se apropriem dos recursos e técnicas do modelo biomédico vigente, de forma a incorporá-los ao arsenal terapêutico que a cultura e a medicina tradicional indígena dispõe. Também recomenda a realização pelo SUS de cursos destinados aos seus profissionais nas diversas esferas de atuação, a fim de capacitá-los para trabalhar nos distintos cenários da saúde indígena.

Os agentes de saúde, moradores de comunidades indígenas, são formados para atuação local com base no modelo biomédico vigente e integram a Equipe Multiprofissional em Saúde Indígena (EMSI). Em consequência, levam um conjunto de conhecimentos e de práticas que disseminam e aplicam naquelas comunidades, sob a orientação e supervisão dos demais integrantes da EMSI — médica(o), enfermeira(o), dentista e técnica(o) de enfermagem.

Dessa forma, tais conhecimentos e práticas alcançam distintas populações em localidades remotas e acabam sendo incorporados ao cotidiano de produção de saúde local, passando a coexistir como recursos complementares aos conhecimentos e práticas da medicina tradicional indígena.

A busca ativa para detecção de doenças prevalentes, a coleta de material para exame e o emprego de medicamentos da indústria farmacêutica, facilmente utilizáveis e cujos efeitos benéficos muitas vezes se fazem sentir num curto período, de tal modo que passam a dispensar ritos e práticas da medicina tradicional os quais demandam um tempo maior, são recursos usuais do modelo biomédico incorporados em muitas comunidades indígenas, a tal ponto que já se observa terem se tornado recursos de primeira eleição no tratamento dos males físicos.

Em contrapartida, povos indígenas concebem alguns outros males, para os quais os recursos do modelo biomédico não se aplicam: são “doenças de índio”, que envolvem saberes e intervenções de pajés, raizeiros/ervateiros e benzedeiros, especialistas da medicina tradicional indígena. Em muitas comunidades, os recursos e as práticas da medicina tradicional, ainda são hegemônicos, dos quais aqueles especialistas se utilizam para promover saúde, tratar doenças e curá-las.

As concepções de saúde e de doença emergem de um modo de ser e de existir próprios — construídas com base na cultura e sociedade de um povo — e se vinculam a uma identidade bem como afirmam uma Alteridade.

Enquanto saberes e práticas do modelo biomédico se mesclam àqueles da medicina tradicional nas comunidades indígenas — coexistindo ora como recurso complementar, ora como recurso principal a ser utilizado na prevenção, tratamento e cura — nos ambientes do hospital e dos postos de saúde os conhecimentos e as práticas do modelo biomédico seguem hegemônicos.

Apesar das recomendações da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena<sup>(10)</sup>, os profissionais de saúde não indígenas que já trabalham naqueles ambientes, e mesmo os que são contratados para neles trabalhar, usualmente não recebem qualquer capacitação para o convívio com populações indígenas no contexto de multiétnicidade e de interculturalidade. As capacitações e adequações, quando promovidas para o trabalho com essas populações, abordam prioritariamente assuntos técnicos de aplicação prática nas ações de saúde, ao passo que aspectos conceituais teórico-filosóficos ora são reputados como

secundários e citados sem maiores aprofundamentos, ora nem mesmo isso ocorre.

Contudo, há de se considerar que as práticas de promoção da saúde e o processo de adoecimento são fenômenos complexos por envolverem múltiplas variáveis e que os cuidados demandados nesses casos também adquirem um caráter complexo, no qual singularidades despontam e necessitam ser levadas em conta nos planos individual, familiar e coletivo no contexto indígena na Amazônia.

Muito tem sido identificado em estudos produzidos no país acerca do desconhecimento dos profissionais de saúde não indígenas sobre a organização social-econômica, produção de conhecimentos, cultura e medicina indígena<sup>(11)</sup>, mormente nos serviços de saúde de maiores complexidades<sup>(13)</sup>, onde o atendimento às singularidades tanto se traduz como imperitante ao modelo biomédico hegemônico quanto como um questionamento à sua capacidade em dar conta da totalidade das necessidades por saúde. Em síntese, isso acaba por expor as limitações desse modelo. Tais cenários eventualmente ratificam a desigualdade e a invisibilidade de alguém que busca cuidados de saúde, na medida em que suas singularidades se tornam diluídas em casos, números, índices e estatísticas<sup>(14)</sup>.

Práticas e saberes indígenas cultuados por seus ancestrais e transmitidos às gerações seguintes, que se originam do mundo da vida e que expressam olhares distintos, não têm espaço nesses cenários. Isso muito se deve ao apego dos profissionais do hospital e dos postos de saúde à objetividade científica, porquanto tal apego não deixa espaço para a dimensão estética do cuidado, pois requer o desenvolvimento de sensibilidade, disponibilidade e flexibilidade para entender outras lógicas que não encontram respaldo na ciência e na razão, mas que ao mesmo tempo não deixam de ter razões próprias e não são menos verdadeiras numa lógica distinta da lógica científica. Na maioria das vezes, o apego à objetividade científica está na estrutura da dificuldade que os profissionais de saúde têm para entender a expressão daqueles olhares e que não raramente resulta em conflitos com os usuários indígenas<sup>(11-13)</sup>.

É preciso, então, que os profissionais de saúde transcendam nos seus relacionamentos com o usuário<sup>(13)</sup>; que realizem um movimento para além do corpo biológico, buscando entender distintas concepções de saúde e de doença, de prevenção, tratamento e cura<sup>(13)</sup>.

As abordagens e intervenções terapêuticas a partir das concepções de saúde e doença do Outro, que reflipam sentidos e significados para os projetos de vida individual e coletivo dos usuários, trazem o caráter do desafio e da inovação aos profissionais de saúde, sobretudo no que se refere à concepção e realização do cuidado na perspectiva dos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Um cuidado cuja elaboração se fundamenta na razão, balizada pelas evidências clínico-epidemiológicas e técnicas consagradas de intervenção terapêutica, se faz imprescindível. Entretanto, é necessário que se crie espaço para agregar saberes e práticas indígenas de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e práticas de cura, já que, para atender as necessidades e especificidades de um grupo populacional diferenciado, cada um dos saberes não deve se sobrepor ao outro, pois ambos são complementares.

Não obstante a transcendência dos profissionais de saúde vir a ocorrer, o que se observa no cotidiano do atendimento do hospital e dos postos de saúde é uma dificuldade de adaptação do usuário indígena, principalmente quando este precisa ser internado no hospital, para permanecer por um período prolongado<sup>(13)</sup>.

Nessas condições, o descontentamento do indígena ao sentir o peso de um tratamento prescritivo em regime de internação, que limita sua liberdade de transitar e de agir e que não considera práticas culturais do cuidado de si, significadas e conformadas na participação de seus familiares e de sua comunidade, acaba por resultar na sua não adesão às orientações e tratamentos ofertados<sup>(11)</sup> e por se traduzir como evasões hospitalares e abandono terapêutico.

No entanto, o cotidiano do acolhimento e da realização de cuidados nos cenários do hospital e dos postos de saúde devem ser considerados como as ocasiões mais propícias ao exercício da ética, na medida em que o encontro Eu-Outro é o encontro da Subjetividade com a Alteridade<sup>(8)</sup>.

É certo que a filosofia se propõe a pensar e a discutir as dúvidas e as inquietações humanas sob diversas concepções, independentemente do tempo e do lugar em que vivem. Aspectos triviais que perpassam o cotidiano de vida e que marcam a singularidade de um alguém ou de um grupo encontram-se distantes de serem examinados pelos profissionais de saúde. Essas questões demandam reflexões desses profissionais sobre suas práticas de cuidar, sem que reduzam o Outro a um objeto<sup>(8)</sup> ou que apaguem a singularidade dele<sup>(9)</sup>.

Para realizar ações de saúde em contextos multiétnicos e multiculturais indígenas é preciso que o profissional se disponha a trabalhar em si a admissão de distintas formas de pensar e de se conduzir na vida; desenvolver sua sensibilidade para além do que pode ser apreendido pelos sentidos<sup>(9)</sup> no encontro com o Outro.

Lévinas afirma que o sentido é a priori, ou seja, ele sempre virá antes do “entender como”<sup>(9)</sup>. Se ter consciência de algo ou de alguém remete à maneira pela qual ambos são “entendidos como”, então, no pressuposto lévinasiano, antes de se ter consciência é preciso que se haja desenvolvido a sensibilidade<sup>(9)</sup>.

Tem-se a sensibilidade para admitir como legítimas, por exemplo, a conduta e decisão de pais indígenas ante a agonia e óbito de sua jovem filha, apesar do expresso inconformismo de alguns profissionais pela não autorização daqueles pais para que fossem realizadas intervenções clínicas intensas e de efetividade, muito além das medidas de suporte e conforto instituídas. Estas, afora o alívio proporcionado naquele momento, poderiam reverter uma condição adversa à vida e talvez viabilizar a cura. Os pais concebiam que o padecimento físico da jovem seria decorrente da quebra de ritos de proteção, condição que, naquele caso, levaria a um desfecho fatal esperado para a jovem. Entretanto, se mostravam confortados, porque sabiam que muito antes haviam obtido a cura do espírito da jovem indígena por meio dos representantes da medicina indígena e que, apesar daquela agonia e do óbito, seu espírito estava a salvo. Os pais se mostravam certos e seguros de suas concepções.

No âmbito das ações da saúde indígena, muito além de pensar a partir de um modelo biomédico hegemônico, torna-se necessário desenvolver a sensibilidade para dar significado a algo a partir de outros modos de conceber vida, mundo e tudo

mais, porque um Outro se apresenta ao Eu como Alteridade radical<sup>(9)</sup>, a qual se impõe e não se esgota ante à tentativa de compreensão e totalização do Eu.

A partir de um modelo referencial de dominação, o Eu totalizador não indígena passa a significar a Alteridade indígena e sua indissociável insubmissão por atributos tais como primitivismo, ignorância e preguiça. O desenvolvimento da sensibilidade em admitir modos distintos de vida que não se submetem à totalização pela compreensão torna-se indispensável à imersão no conceito lévinasiano de Infinito.

A multiétnicidade e a interculturalidade indígenas configuram múltiplos Rostos e, conseqüentemente, múltiplas Alteridades. A Alteridade, conceito lévinasiano básico, se expressa a partir do Rosto, o qual se configura como a primeira linguagem, o primeiro discurso antes do diálogo, o instante inicial onde o Outro se revela ao Eu; donde se pode inferir que, no contexto da assistência à saúde indígena, os encontros face a face que afloram são intensos, em parte por conta da multiplicidade de Rostos distintos, que se harmonizam “com” e “na” diversidade amazônica e que acabam por definir sua característica.

Desses encontros, por exemplo, emergem a um só tempo a capacidade humana de se adaptar para viver e sobreviver em ambientes hostis à vida e a necessidade por cuidados em saúde em função dessa adaptação. A capacidade de adaptação (potencialidade para a vida) e a necessidade de saúde (limitação para a vida) podem servir de convite ao profissional de saúde à reflexão sobre como as mesmas são opostos que coexistem porque são inerentes à vida; do mesmo modo, a Subjetividade e a Alteridade são opostos que também coexistem por fazerem parte da vida, mas que podem viabilizar um caminho para a humanização, na medida da saída do Eu (Subjetividade) de si em direção a um Outro (Alteridade) que se apresenta como Infinito<sup>(8)</sup>, pois jamais poderá ser totalizado pela compreensão.

Na perspectiva totalizadora, o Eu-em-si-mesmo busca abarcar pela compreensão o Outro indígena, partindo do estereótipo exótico desse Outro, cujas crenças e saberes não têm fundamento científico e cujos problemas de saúde decorrem de hábitos que carecem do cuidado de si e do cuidado dos seus e com os seus.

Esse Outro precisa assimilar, num curto período, os cuidados concebidos pelo profissional, como se fosse possível descartar-se, num átimo, de saberes e práticas assimilados há gerações e nesse mesmo tempo substituí-los por novas concepções em bases biomédicas. Disso resulta o abandono do tratamento, o qual termina por reforçar as iniquidades.

Na perspectiva da sensibilidade para a Alteridade, o Outro se propõe ao Eu numa relação ética, demandando transcendência. Nesse modo de relação, membros da família de algum doente indígena e lideranças de sua comunidade são convidados a participar das discussões e decisões sobre as condutas terapêuticas que contemplem suas crenças e valores. O processo decisório passa a ser compartilhado e respeitado, deixando de caber somente ao profissional de saúde. A liberdade do profissional, nesse caso, é finita, justa e humana: é justa porque é finita, da mesma forma que é humana porque é justa.

São as demandas do Outro, a partir das suas questões e necessidades, que vão determinar a liberdade do Eu. Nessa lógica, as respostas suscitadas pelo Outro, subordinam a liberdade do

Eu à responsabilidade, ou seja, regulam sua liberdade a partir da responsabilidade que passa a assumir.

Considerando-se que o Rosto revela a infinitude do Outro, porquanto este não pode ser conceituado e totalizado pelo Eu, limitando a sua liberdade; que se o Outro é Infinito, então a responsabilidade do Eu perante o Outro também é infinita; que se as questões e necessidades daquele Outro determinam a responsabilidade do Eu, então estas também são infinitas, porque se referem à infinitude do Outro; que embora a responsabilidade do Eu seja infinita em função da infinitude do Outro, sua liberdade não o é, porque, para ser justa, precisa ser finita; logo, se a responsabilidade do Eu perante o Outro é infinita, porque precisa responder infinitamente às questões e necessidades do Outro, e sua liberdade é finita para ser justa, não haveria aí um desequilíbrio ou mesmo uma injustiça, ou seja, a liberdade do Eu não deveria também ser infinita?

Contudo, a liberdade do Eu é finita em relação ao Outro, porque este não é algo de que o Eu possa se apossar. No sentido da busca de respostas em decorrência da responsabilidade infinita do Eu para com o Outro<sup>(8)</sup>, a liberdade pode ser entendida como infinita.

## CONCLUSÃO

Este movimento de sair do Eu-em-si-mesmo em direção ao Outro, criado a partir de uma responsabilidade para com este Outro, configura a Ética da Alteridade. É a partir do Outro e da responsabilidade por ele clamada que o Eu constrói sua essência e sua existência. Esse movimento de sair de si, a partir da responsabilidade para com o Outro, com a liberdade de buscar respostas para as questões e necessidades por ele suscitadas, vai além daquela construção, pois ao ser uma prática que pressupõe justiça, no contexto da saúde indígena, poder-se-á traduzir como uma busca pela efetivação da integralidade e da equidade e pela ratificação das práticas de humanização previstas nas políticas do setor saúde.

Dessa forma, a Ética da Alteridade, fundamento da filosofia de Emmanuel Lévinas, é a referência a partir da qual poder-se-ão propor reflexões que possam influenciar a mudança de comportamentos de profissionais de saúde, cujas ações de cuidados em contextos multiétnicos e multiculturais indígenas ultrapassam a limitação do aspecto técnico-científico.

---

## REFERÊNCIAS

1. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
2. Lévinas E. O humanismo do outro homem. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
3. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
4. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto; 2001.
5. Heidegger M. Ser e Tempo: parte I. 15ª ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
6. Buber M. Eu e Tu. 10 ed. São Paulo: Centauro Ed; 2001.
7. Almeida Filho N. Epistemologia da saúde: do problema de Kant-Gadamer à teoria dos modos de saúde[Internet]. In: Almeida Filho N, (Org.). Teorias de saúde-doença: estudos sobre conceitos de saúde, doença, cuidado, risco (e correlatos). 2011[cited 2017 Sep 5]. Available from: <http://teorias-saude-doenca.blogspot.com.br/p/sumario-da-coletanea.html>
8. Almeida DV, Ribeiro Jr N. A sensibilidade e a humanização dos cuidados em saúde a partir da relação ética com o rosto do outro. Mun Saúde[Internet]. 2012[cited 2017 Sep 5];36(3):407-15. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/sensibilidade\\_humanizacao\\_cuidados\\_saude\\_partir.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/sensibilidade_humanizacao_cuidados_saude_partir.pdf)
9. Almeida DV. A filosofia levinasiana numa experiência de cuidar em enfermagem: a humanização decorrente da alteridade. Rev Enf Ref[Internet]. 2013[cited 2017 Sep 5];3(9):171-9. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239968001>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
11. Ayres JRCM. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. Cad. Saúde Pública[Internet]. 2011[cited 2017 Sep 5];27(7):1301-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/06.pdf>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência. Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
13. Pontes ALM, Garnelo L, Rego S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. Rev Bioét[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 5];22(2):337-46. Available from: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/867](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/867)
14. Pereira ER, Bírue EP, Oliveira LSS, Rodrigues DA. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. Saúde Soc[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 5];23(3):1077-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1077.pdf>