

Série Saúde & Amazônia, 9

RESPEITE AS INDÍGENAS

Imagem: Grafiteiros Raiz Campos e Trampo

SAÚDE INDÍGENA:

práticas e saberes por
um diálogo intercultural



ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt
Joana Maria Borges de Freitas Silva
Bahiyeh Ahmadpour

ORGANIZADORES:

Júlio Cesar Schweickardt
Joana Maria Borges de Freitas Silva
Bahiyeh Ahmadpour

SAÚDE INDÍGENA: práticas e saberes por um diálogo intercultural

1º Edição
Porto Alegre/RS 2020
Rede UNIDA



COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA

Túlio Batista Franco

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.

editora



redeunida

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Ángel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Artigo Martini - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Erica Rosalba Mallmann Duarte - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Héider Aurélio Pinto - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Leonardo Federico - Universidade de Lanús, Argentina

Lisiane Bõer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Bezerra Gomes - Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Augusta Nicoli - Azienda Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália

Paulo de Tarso Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rodrigo Tobias de Sousa Lima - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Rossana Staeve Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edi Chaves - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Terezinha Goi Barrios - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjagolianian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Maria da Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Gabriel Calazans Baptista

Márcia Regina Cardoso Torres

Projeto gráfico Capa e Miolo

Beast de Design

Diagramação / Arte da Capa

Junio Pontes

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

S413s

Schweickardt, Júlio Cesar (org.); et al. Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural / Organizadores: Júlio Cesar Schweickardt, Joana Maria Borges de Freitas Silva e Bahiyeh Ahmadpour.

1.ed. - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020.

ISBN: 978-65-87180-10-6

302 p.: - (Coleção Saúde & Amazônia, v.9) E-book: PDF.

DOI: 1018310/9786587180106

1. Interculturalidade. **2.** Práticas em Saúde. **3.** Saúde Coletiva. **4.** Saúde Indígena. **I.** Título. **II.** Assunto.

III. Organizadores.

20-30180009

CDD 610:306.089

CDU 61=1-82

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina; Grupos indígenas.

2. Medicina; Indígenas.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA

Rua São Manoel, Nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252 - www.redeunida.org.br

Saúde e Amazônia, 9

A Série Saúde & Amazônia é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA)/ Fiocruz Amazônia e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: Dr. Júlio Cesar Schweickardt (Fiocruz Amazônia); Dr. Alcindo Antônio Ferla (UFRGS) e Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (UFPA).

Esta publicação foi feita através de uma chamada pública em parceria Editora da Rede Unida e Laboratório de História Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia, contando com a colaboração de alunos e pesquisadores de diferentes instituições para a realização dos pareceres dos manuscritos. E-mail: lahpsa.fiocruz@gmail.com

SAÚDE INDÍGENA: práticas e saberes por um diálogo intercultural

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM),
Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMDFiocruz Amazônia

REVISORES:

Júlio Cesar Schweickardt, Joana Maria Borges de Freitas Silva, Bahiyyeh Ahmadpour

AVALIADORES:

Reidevandro Machado da Silva Pimentel, Taís Rangel Cruz Andrade, Naila Miriam Las-Casas Feichas, Maria Audirene de Souza Cordeiro, Ana Elizabeth Sousa Reis, Marília de Jesus da Silva e Sousa, Ricardo Moebus, Evelynne Mainbourg, Maria Rosineide Gama Feitosa, Ivamar Moreira da Silva, Gladson Rosas Hauladou, Alcindo Antônio Ferla, Sílvio Marques Sousa Santos, Marluce Mineiro Pereira, Camila Soares Teixeira, Adriana Duarte de Sousa, Michele Millena Gomes da Silva Santos, Gabriela Duan, Tania Esmeralda Rodríguez Vargas, Márcio Mariath Belloc, Débora Cristina Bandeira Rodrigues, Júlio Cesar Schweickardt, Bahiyyeh Ahmadpour

FOTOGRAFIA DE CAPA:

Grafites Raiz Campos (AM) e Trampo (RS)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar (org.); SILVA, Joana Maria Borges de Freitas (org.); AHMADPOUR, Bahiyyeh (org.). Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.9). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-10-6.

1º Edição
Porto Alegre/RS 2020
Rede UNIDA

SUMÁRIO

- 01** **A Saúde indígena no contexto da interculturalidade no cotidiano do trabalho** - *Júlio Cesar Schweickardt, Joana Maria Borges de Freitas Silva, Bahiyyeh Ahmadvour* **08**
- 02** **As práticas de atenção à saúde das mulheres Kaingang no período gravídico puerperal na aldeia indígena Kondá/SC** - *Francielli Girardi, Laura Cecilia López* **25**
- 03** **Práticas e cuidados durante o parto de mulheres da etnia Kambiwá** - *Leonildo Severino da Silva* **46**
- 04** **Parto indígena: contribuições de enfermeiros para pensar a produção de cuidado no contexto hospitalar** - *Vitória Cruz Lana, Bruna Hellen Vaz Pires, Paulo Sérgio da Silva, Cintia Freitas Casimiro* **60**
- 05** **A magia das ervas medicinais tradicionais da Comunidade Indígena Kyikatêjê** - *Mauricio Martins Cabral, Alexandre Silva dos Santos Filho, Rikpàrti Kôkaprôti* **76**
- 06** **Práticas tradicionais de cura dos povos Karipuna do Amapá: uma perspectiva a partir do olhar dos curadores** - *Ana Paula Martins Mendes, Midiã Ferreira do Rosário* **110**
- 07** **Rituais Tenetehar-Tembé associados a práticas de cuidados demarcadores de desenvolvimento e de crescimento** - *Miriam Dantas de Almeida, Carla Andréa Avelar Pires, Greice de Lemos Cardoso Costa, Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto* **125**
- 08** **Quando a cultura faz laço: a importância dos rituais Tenetehar-Tembé em análise interdisciplinar** - *Izabella Paiva Monteiro de Barros, Miriam Dantas de Almeida* **150**
- 09** **Desafios na produção de saúde com os Kaiowá e Guarani em Dourados - Mato Grosso do Sul** - *Janaina Mazzuchelli Pereira, Cátia Paranhos Martins* **169**

10	Competência cultural e a atuação profissional no contexto da atenção à saúde dos povos indígenas: um olhar sobre o Parque Indígena do Xingu (PIX) - Evelin Placido dos Santos, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek, Clayton de Carvalho Coelho	186
11	Como foi que isso se tornou necessário? Sobre relações entre o Kaiowá e a Saúde Indígena - Leandro Lucato Moretti	201
12	Conhecimento de mulheres indígenas da etnia Javaé quanto à importância do exame de prevenção do câncer de colo uterino - Wanderlene Bixoa Javae, Juliana Maria Barbosa Bertho de Oliveira, Ângela Lima Pereira	219
13	Suicídio em povos indígenas no Brasil: dados epidemiológicos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, fatores sócio-históricos e decoloniais - Fernando Pessoa de Albuquerque, Livia Dias Pinto Vitenti	233
14	Mutirão prótese em 1 dia / aprender brincando reabilitação e prevenção do edentulismo: relato de experiência em Aldeia Velha (BA) - Almenara de Souza Fonseca Silva, Lucia Helena Inocentinni Mei, Thiago Moraes Bute, Frank Elton Silva Carvalho, Jeriel Silva Santos Junior, Flavia Martão Flório	249
15	O Programa Mais Médicos e seus encontros com o cuidado indígena no DSEI Alto Rio Solimões: anotações do campo de pesquisa - Júlio Cesar Schweickardt, Alcindo Antônio Ferla, Joana Maria Borges de Freitas, Rodrigo Tobias de Sousa Lima, Tais Rangel Cruz Andrade, Jerfeson Nepumuceno Caldas, Bahiyeh Ahmadpour	271
16	Sobre os autores e as autoras	294

A Saúde indígena no contexto da interculturalidade no cotidiano do trabalho

01

Júlio Cesar Schweickardt
Joana Maria Borges de Freitas
Bahiyeh Ahmadpour

▲ Introdução

No início da colonização, estimava-se que as populações indígenas no Brasil somavam cerca de cinco milhões de pessoas, porém sofreram drásticas reduções no decorrer dos séculos, em virtude do acometimento por doenças trazidas pelos brancos e/ou durante os conflitos com colonizadores. Do mesmo modo que as disputas por terras, a mão-de-obra escrava e a total depreciação da cultura indígena, também contribuíram tanto para o genocídio de povos inteiros como o epistemicídio dos saberes e práticas. No entanto, nas últimas décadas ocorreu a chamada “revolução demográfica” indígena no Brasil, revelando alterações que indicavam um evidente crescimento desses povos em ritmo superior à média nacional (Coimbra & Santos, 2000; Garnelo, 2003).

Nas últimas décadas, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) tem aprimorado sua investigação sobre a população indígena no país. A partir de 1991 foi incluída a categoria “indígena” no questionário da amostra, como mais uma opção de resposta para a pergunta sobre a “cor/raça”. No Censo de 2010, o quesito de “cor/raça” passou a ser pesquisado no questionário da amostra e no básico. Além disso, passaram a ser feitas perguntas adicionais sobre pertencimento étnico e línguas faladas, quando a pessoa informava ser indígena (IBGE, 2012).

Análises preliminares desse Censo (2010) registraram 896,9 mil indígenas, consistindo em 305 etnias que falavam 274 idiomas. Desses, 36,2% residiam na área urbana e 63,8% na área rural. As terras indígenas ocupavam em torno de 12,5% do território nacional (106,7 milhões de hectares) onde residiam 517,4 mil indígenas (57,7% do total). Nos estados da Amazônia Legal brasileira (Acre, Amapá,

Amazonas, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins e parte do Maranhão) a população indígena é de cerca de 430 mil (48,3% do total). A terra indígena com maior população é a Yanomami, localizada no estado do Amazonas e Roraima, representando 5% do total das áreas indígenas, e onde vivem cerca de 25,7 mil indígenas. Esses dados também revelam que a população indígena possui altas taxas de fecundidade, que há mais mulheres nas áreas urbanas e mais homens nas rurais, apesar do declínio no predomínio masculino nas áreas rurais entre 1991 e 2010, especialmente no Sudeste (de 117,5 para 106,9) Norte (de 113,2 para 108,1) e Centro-Oeste (de 107,4 para 103,4) do país (IBGE, 2012).

Ao tomar por base a pirâmide etária, o Censo de 2010 revelou que os indígenas residentes fora das terras indígenas possuem baixa fecundidade e mortalidade. Já para os indígenas residentes nas aldeias, essa pirâmide ainda é resultante de uma alta natalidade e mortalidade. Metade da população indígena tinha até 22,1 anos de idade. Sobre os dados referentes à morbidade, estudos apontam que as doenças infecciosas e parasitárias têm sido predominantes nessa população. Entre elas, podem-se destacar: malária, tuberculose, leishmaniose, oncocercose, hepatite, esquistossomose, tracoma e hanseníase (Coimbra & Santos, 2000; Santos, 2003).

Apesar da diversidade linguística dos povos indígenas no Brasil, somente 25 povos tem mais de 5 mil falantes da sua língua (ISA, 2019). Alguns povos são multilíngues, como por exemplo na região do Alto Rio Negro, pois os casamentos são exogâmicos, ou seja, necessitam casar com alguém que fala outra língua, sendo assim as pessoas são falantes da língua da mãe, do pai e, em alguns casos, o nheengatu (língua geral). No Brasil convivemos com uma grande diversidade étnica, linguística, cosmológica, social e cultural. Significa dizer também que os modos de compreender o corpo, a origem e causa das doenças, tratamento e de saúde são bem diversos. Não há, portanto, política de saúde que consiga responder a tanta multiplicidade de visões de mundo, no entanto, compete às equipes locais a responsabilidade para compreender que está se relacionando com um público bem diverso.

Estamos apresentando, nessa coletânea, uma diversidade de estudos, experiências e práticas de saúde com as populações indígenas. Temos uma representação bem significativa de regiões e de povos. Assim, temos manuscritos sobre os Kaingang (Estado de SC); Ticunas (região do Alto Rio Solimões/AM); Kyikatêjê; Warao (indígenas que migraram da Venezuela para RR, AM e PA); Yanomami (Estado de RR); Kaiowá e Guaraní (Estado do MS); Tenetehar-Tembé (estado do Pará); Kariyuna (Estado do AP); Xokós (Estado do SE); Kambiwá; Potiguara. Ainda temos estudos sobre regiões, DSEI; Estados e no Parque Nacional do Xingu.

Davi Kopenawa, juntamente com o antropólogo Bruce Alber, escreveram no livro "A queda do céu", que os brancos escrevem livros porque tem o pensamento



cheio de esquecimento. Diz isso porque a tradição indígena é da oralidade, do mito e do encantamento das coisas. “Nossos pensamentos se expandem em todas as direções e nossas palavras são antigas e muitas. Elas vêm de nossos antepassados.” Ainda diz que, “não precisamos, como os brancos, de peles de imagens pra impedi-las de fugir da nossa mente. Não temos de desenhá-las, como fazem com as suas. Nem por isso elas irão desaparecer, pois ficam gravadas dentro de nós. Por isso nossa memória é longa e forte” (2015, p. 75). Do mesmo modo, Ailton Krenak, líder e pensador indígena, diz que a “humanidade que esqueceu quem é” (2019b, p. 14). Ainda diz que a comunicação com outros entes da natureza é uma forma de “distendemos um pouco o lugar que habitamos” (2019b, p. 13).

Krenak afirma ainda que o princípio epistemológico é que o “povo indígena quer viver colado na terra e não admite a propriedade privada como fundamento”. Os “brancos”, com o discurso da civilização, pisam “duro sobre a terra. A nossa é pisar leve, bem leve, sobre a Terra” (2019b, p. 17). Ainda diz, no livro “Ideias para adiar o fim do mundo”, que os povos indígenas ao “cantar, dançar e viver a experiência mágica de suspender o céu é comum em muitas tradições. Suspender o céu é ampliar o nosso horizonte; não o horizonte prospectivo, mas existencial” (2019a, p. 32). Desse modo, a cosmologia dos povos indígenas inclui a natureza, enquanto a “civilização” a exclui, servindo de justificativa de exploração do capital. Esse colonialismo da natureza e da vida, continua bem presente nos projetos políticos e econômicos quando a terra, os rios, os animais e minerais são transformados em meras mercadorias.

Philippe Descola (2016) e Eduardo Viveiros de Castro (2002) nos apresentam o perspectivismo ameríndio que desconstrói a relação dicotômica natureza e cultura para mostrar que não há uma separação entre essas duas dimensões. Segundo esse pensamento, “a maior parte das plantas e dos animais são pessoas como nós”, “os seres da natureza possuem uma alma análoga a dos humanos que lhes permite pensar, raciocinar, ter sentimentos, comunicar-se à maneira dos humanos, fazer que vejam a si mesmos como humanos, apesar da aparência animal ou vegetal” (Descola, 2016, p. 13).

Essa ideia muda radicalmente a visão que temos da natureza ou da relação que temos com ela, porque “os animais são gente, e se veem como pessoas”, como se tivessem uma roupagem para “esconder a forma interna humana, normalmente visível apenas aos olhos da própria espécie ou de certos seres transespecíficos, como os xamãs.” O espírito do animal, vegetal ou mineral estaria oculto nessa aparência, tendo “uma intencionalidade ou subjetividade formalmente idêntica à consciência humana, materializável, digamos assim, em um esquema corporal humano oculto sob a máscara animal” (Castro, 2002, p. 351). Por isso, na relação não é possível simplesmente explorar a natureza sem consequências, pois estamos lidando com outras gentes que habitam o universo social.

Segundo Catherine Walsh (2008), temos diferentes dimensões da colonialidade que se iniciou no século XVI com a invasão europeia nas Américas, mas que ainda estão presentes nos nosso cotidiano. A primeira é a colonialidade do poder que se fundamenta no estabelecimento de um sistema de classificação social baseada na hierarquia racial e sexual, na distribuição de identidades sociais de superior e inferior que classifica brancos, mestiços, índios e negros. A segunda dimensão é a colonialidade do saber que tem a sua referência no eurocentrismo como a perspectiva única do conhecimento, descartando a existência e viabilidade de outras racionalidades epistêmicas e outros conhecimentos. A terceira é a colonialidade do ser que exerce a inferiorização, subalternização e a desumanização do outro. Por último, a colonialidade da “mãe natureza” e da vida. A relação dessa colonialidade está fundada na divisão binária natureza/sociedade, descartando as concepções mágicas, espirituais e sociais do mundo, assim como a relação milenar entre os mundos físicos, humanos e espirituais, que inclui os ancestrais, dando sustentação aos sistemas integrais da vida e da humanidade (Walsh, 2012).

Assim, falar de saúde indígena é também entrar para os modelos de civilização e de humanidade que o pensamento colonial construiu nesses últimos cinco séculos. O sentido amplo de saúde que pregamos para as políticas de saúde está vinculado às nossas cosmovisões e os mitos fundadores dos humanos e não-humanos. Assim, como podemos aprender dos saberes indígenas para pensarmos uma saúde ampliada, ou como podemos descolonizar nosso pensamento para podermos olhar para a saúde de modo ampliada, problematizando as nossas formas de ver a saúde descolada das formas de ver a vida? Não temos respostas, mas perguntas que problematizam as nossas formas de construir o conhecimento e de refletir sobre as práticas.

Por fim, o Edital da Rede Unida, lançado em 2019, com a temática “A Saúde Indígena no Brasil: diálogos, interculturalidade e cuidado”, recebeu manuscritos envolvendo estudos, experiências e práticas de saúde indígena. Os manuscritos aprovados geraram dois livros: o primeiro congregou os textos que abordam as práticas das equipes e os saberes dos indígenas sobre diferentes áreas do cuidado em saúde; e o segundo reuniu textos que tratam da gestão, educação e trabalho.

▲ Política de saúde indígena no cuidado da população: desafios

A Constituição Federal de 1988 foi uma conquista do povo brasileiro, sendo um marco alcançado através de muitas lutas e movimentos. Nesta constituição foram assegurados os direitos dos povos indígenas, reconhecendo suas especificidades interétnicas, além de afirmar o compromisso do Estado para a garantia da saúde como direito de toda a população brasileira.



Através dos movimentos indigenistas, o Congresso aprovou a Lei Arouca (Lei n. 9.836/99) em homenagem ao grande sanitarista brasileiro Sérgio Arouca, o qual contribuiu significativamente para o alcance da saúde para os povos indígenas. A partir desta lei, foi criado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI/SUS), pois não constava no Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) a atenção diferenciada, considerando a pluralidade e particularidades culturais que abrangem os povos indígenas no Brasil.

Através do SASI/SUS, a Atenção Básica de Saúde (ABS) foi implementada, sendo organizada pelos 34 Distritos Especiais Indígenas (DSEI) espalhados no Brasil. A saúde indígena conta com um controle social fortemente atuante em suas comunidades, contribuindo para a organização dos serviços de saúde juntamente com os profissionais da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI).

O Ministério da Saúde (MS), em 2002, criou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), contendo diretrizes que integram ações e serviços de saúde indígena de forma diferenciada e respeitando as especificidades culturais, geográficas, econômicas e de saúde desses povos. Inicialmente, a gestão da PNASPI foi delegada para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Em 2010 essa responsabilidade foi transferida para a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) criada pelo MS no mesmo ano.

As políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas no Brasil reconhecem que os indígenas articulam saberes relativos à saúde e à doença, apontando a estreita relação entre estes saberes e a dimensão sociocultural e geográfica de cada povo. Destacamos a relevância destes saberes no enfrentamento das enfermidades cotidianas, entretanto, as políticas de estado operam reproduzindo uma imagem caricatural e estereotipada do que identificam como medicina indígena (Scopel, 2014).

No que cerne a diretriz da PNASPI, foram instituídos os DSEI como protagonistas para orquestrar a ABS num território etnoculturalmente dinâmico. O termo território é objeto de diversos campos do conhecimento, porém para a saúde pública refere-se aos elementos contextuais no que tange o processo saúde-doença, a organização a rede de serviços e em relação a estruturação do cuidado em saúde (Gondin & Monken, 2018). Em 2006 com a criação da Política Nacional de Atenção Básica instituiu-se o termo território no processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), desempenhando um importante papel na construção dos planejamentos em saúde. Portanto, quando se trata de um território dinâmico e culturalmente diferenciado como é o caso da saúde indígena, merece um acompanhamento das ações e serviços de saúde nos diversos cenários destas populações, com vistas a registrar os esforços conduzidos na implementação de uma atenção diferenciada.

Neste sentido, os modelos de gestão e de atenção à saúde indígena estão em fase de construção. Encontram-se em um processo de negociação entre os diferentes atores sociais que fazem parte deste subsistema. Sabemos que este subsistema abrange os princípios do SUS, porém o que se torna específico é a atenção diferenciada. Portanto, devendo articular as práticas indígenas de autoatenção às rotinas dos serviços de saúde. Para isso faz-se necessário uma formação adequada dos profissionais de saúde a fim de que desenvolvam competências culturais no exercício profissional na saúde indígena, pois isto reflete na qualidade da atenção em saúde (Ferreira, 2015).

Se por um lado há tensões para profissionais de saúde para atuarem em contextos comunitários indígenas culturalmente diferenciados, há o desafio do Agente Indígena de Saúde (AIS) em mediar o conhecimento biomédico e saberes indígenas locais que desempenham dentro da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) (Ferreira, 2015). Vale destacar que a Portaria N. 1.317 de 2017 do MS ressalta a composição da equipe mínima da EMSI que é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e os AIS.

▲ Discussão sobre a interculturalidade do cuidado

Os saberes e as práticas dos cuidados em saúde indígenas são plurais, diversos e diferentes, pois dependem da cosmologia, dos mitos e das tradições de cada aldeia e etnia. As imagens e percepções sobre o corpo, sobre as doenças e os processos de cura também são diversos, pois estão ancoradas na tradição e nas relações com os saberes biomédicos. Assim, temos uma tarefa nada fácil de nos aproximarmos desses universos simbólicos, crenças e prática para o exercício de um diálogo intercultural ou diferenciado, como propõe da política nacional de saúde indígena. Roberto da Matta diz que a atenção e o estudo das sociedades indígenas necessitam estar fundamentadas “na troca igualitária da experiência humana”, quando “podemos realmente *aprender e nos civilizar* com elas” (1991, p. 13, grifo no original). No entanto, Langdon, afirma que “a tolerância, a humildade, a esperança e a generosidade que fazem parte da capacidade de ‘enxergar nossa humanidade no ‘outro’; e o ‘outro’ dentro de nós mesmos’, estão pouco evidenciados no cotidiano dos serviços de saúde” (Langdon, 2001).

Buscaremos discutir as dimensões teóricas e políticas da interculturalidade a partir das contribuições da pensadora equatoriana Catherine Walsh e de outros autores brasileiros que têm refletido sobre esse conceito na saúde indígena. Segundo Walsh (2008) os termos multi, pluri e interculturalidade tem genealogias e significados diferentes. O pluricultural e o multicultural são termos descritivos que servem para caracterizar a situação diversa e indica a existência de múltiplas culturas em um determinado lugar, exigindo seu reconhecimento, tolerância e respeito. O “multi”



tem suas raízes nos países ocidentais, no relativismo cultural que apresenta a dimensão relacional e esconde a permanência das desigualdades e iniquidades sociais. O “pluri”, por outro lado, é o termo de maior uso na América do Sul, refletindo a particularidade e realidade da região onde os povos indígenas e negros tem jogado um papel significativo. Enquanto o multi aponta para uma coleção de culturas singulares sem relação entre elas, o pluri indica a convivência de culturas no mesmo espaço territorial, ainda que sem uma profunda interrelação equitativa.

A interculturalidade, segundo Walsh, ainda não existe, sendo algo a ser construído. Vai muito além do respeito, tolerância e o reconhecimento da diversidade. O intercultural assinala e alenta para um processo e projeto social político dirigido à construção de sociedades, relações e condições de vida novas e distintas. Tem a ver com a cosmologia da vida em geral, incluindo os conhecimentos e saberes, a memória ancestral, a relação com a mãe natureza e a espiritualidade. A interculturalidade, portanto, é um projeto político que passa por uma transformação social e política mais ampla da sociedade. “É reconceitualizar e refundar as estruturas que põem em cena e em relação equitativa lógicas, práticas e modos culturais diversos de pensar, atuar e viver” (Walsh, 2008, p.141). Por isso, a interculturalidade é um processo ativo e permanente de negociação, em que o particular e o próprio não se perdem na diferença, pois as interrelações precisam ter capacidade para aportar, a partir da diferença, a construção de novas compreensões, convivências, colaborações e solidariedades. “(...) a interculturalidade não é um fato, senão algo em permanente caminho, insurgência e construção” (Walsh, 2008, p. 141). Precisamos pensar, segundo a autora equatoriana, a interculturalidade a partir do lugar político de enunciação, de um movimento que envolva as dimensões do social, do político e do epistêmico. Assim, a interculturalidade traz consigo uma visão radical nas relações de dominação do poder, do saber, do ser e da relação com a natureza.

A interculturalidade busca negociar complexas relações na tentativa de desenvolver interações entre pessoas, conhecimentos, práticas, lógicas, racionalidades e princípios de vida culturalmente diferentes. A ideia é de que o “outro” possa ser considerado um sujeito com identidade, diferença e agência, com capacidade de atuar. A interculturalidade, nesse sentido, “pretende confrontar os racismos e as desigualdades nos intercâmbios culturais, entre as culturas e como parte das estruturas e instituições da sociedade” (Walsh, 2009, p. 45). “A interculturalidade é inseparável da identidade e da diferença. O fato de relacionarmos de maneira simétrica com pessoas, saberes, sentidos e práticas culturais distintas requer um autoconhecimento dos elementos que se formam e se destacam, tanto no nível do próprio como do diferente” (Walsh, 2009, p. 46). Sem dúvida que esse é um espaço de fronteira de relações e de negociação que faz emergir estratégias para as práticas interculturais.

A interculturalidade, segunda Walsh (2012) pode ser compreendida a partir

de três perspectivas diferentes: a primeira é a relacional, que tem como referência o contato e o intercâmbio entre culturas, entre pessoas, práticas, saberes, valores e tradições culturais distintas, o que pode dar-se em condições de igualdade ou desigualdade. O problema desta perspectiva é que oculta ou minimiza o conflito e os contextos de poder e dominação contínua em que se constrói a relação. Ao mesmo tempo que não há um questionamento epistêmico sobre as relações do saber. A segunda perspectiva é funcional, que reconhece a diversidade e a diferença cultural com metas de inclusão no interior da estrutura social estabelecida. Essa perspectiva busca “o diálogo, a convivência e a tolerância, e interculturalidade é ‘funcional’ ao sistema existente. Não toca nas causas da assimetria e desigualdade social e cultural, nem questiona ‘as regras do jogo’” do sistema neoliberal (2012, p. 63). A terceira perspectiva é a interculturalidade crítica, que aponta para o problema estrutural, colonial e racial na relação com o capitalismo de mercado. Aponta para a construção de sociedades diferentes, para outra ordem social. A perspectiva crítica da interculturalidade, segundo a autora, é algo a ser construído nos governos e países.

Vimos, portanto, que a interculturalidade não envolve somente uma relação entre dois sujeitos de culturas diferentes que se encontram, mas traz consigo um projeto ético-político e uma postura epistêmica diante da diferença. O termo intercultural pode assumir a conotação de que o movimento é somente do lado da etnia em direção ao nacional, ou da especificidade para o geral e hegemônico, ou seja, um movimento unidirecional. No entanto, o que estamos dizendo é que esse é um processo de aprendizagens inter-epistêmicos, ou seja, os envolvidos na relação precisam aprender com a diferença com a reflexão sobre as suas identidades na construção de algo novo.

A tendência do pensamento hegemônico do poder é disciplinar ou controlar a diferença e a diversidade, isto é, a tentativa de incorporar ou cooptar para dentro de suas práticas. Desse modo, utiliza-se a diferença para dominá-la e inserir no modelo dominante, para que a diferença se torne algo próximo das formas de pensar hegemônicas, sem problematizar essas formas de pensar. O que normalmente vemos nas práticas da saúde indígena, na relação do pensamento biomédico com outras formas de conceber a saúde.

As práticas tradicionais do cuidado em saúde dos pajés, rezadores, parteiras e outros especialistas em plantas e recursos naturais fazem parte do cotidiano das populações. No entanto, esses saberes e práticas foram sistematicamente silenciadas pelo processo de colonização que se iniciou no século XVI, mas que continua exercendo a sua influência no cotidiano da vida nas comunidades. Temos ainda uma colonização cognitiva que está presente nos diferentes territórios étnicos, quando outras formas de “organização de vida são tratadas como pré-modernas, atrasadas e equivocadas” (Bernardino-Costa; Maldonado-Torres & Grosfguel, 2019, p. 12).



Na PNASPI o conceito de interculturalidade na atenção à saúde para as populações indígenas não está suficientemente desenvolvido, mesmo que esteja uma preocupação com a prática de uma atenção diferenciada, fundamentadas nas especificidades culturais, geográficas, econômicas e sociais (Ferreira, 2015). Na prática das equipes há um entendimento de que ainda falta um aprendizado permanente dos valores e das práticas sobre a saúde, doença e cura dos povos indígenas. A Política entende que “os sistemas tradicionais de saúde” se “apresentam numa grande diversidade de formas”, considerando que as pessoas estão “integradas ao contexto de suas relações sociais e com o meio natural”. Há um entendimento de que esses recursos utilizados pelas populações indígenas através dos seus saberes são importantes para a “preservação ou recuperação da saúde” (Brasil, 2002, p. 8).

As orientações da PNASPI esbarram nos problemas da rotatividade dos profissionais e da educação permanente desses nas temáticas da saúde indígena. O Programa Mais Médicos, no período em que contava com os médicos cubanos, conseguiu responder ao primeiro problema e que surtiu efeitos para o restante da equipe. Por outro lado, a educação permanente tem o importante papel não somente de compreensão do universo indígena sobre saúde-doença-cuidado, mas também relativizar o próprio saber biomédico, para que se possa fazer uma articulação entre os serviços de saúde e os sistemas tradicionais.

Temos alguns exemplos de diálogos entre os saberes e os cuidadores, mas ainda está restrito aos locais e à disponibilidade do profissional em construir a relação. Pontes; Rego & Garnelo (2018) e Scopel; Dias-Scopel & Langdon (2015) apresentam o conceito de intermedicalidade como uma forma de articulação entre diferentes formas de autoatenção, com a utilização das plantas um dos primeiros itinerários reproduzidos nos domicílios destes. Ferreira (2015, p. 221) afirma que a atenção diferenciada é mais do que somente incorporar as práticas tradicionais nos serviços oficiais de saúde, mas é necessário criar estratégias para que “as práticas indígenas de autoatenção” possam estar presentes nas “rotinas dos serviços de saúde”.

Algumas pesquisas mostram que há uma articulação ou a incorporação das práticas indígenas de parteiras, por exemplo, no cotidiano das equipes no acompanhamento de mulheres grávidas (Schweickardt et al, 2019, p. 149)¹. Mas isso não significa que há um diálogo intercultural, algo que os autores (que incluiu os profissionais de saúde e as parteiras) concluem que o aprendizado é mútuo e permanente:

1 - As atividades com parteiras tradicionais fazem parte do projeto: “Redes Vivas e práticas populares de saúde: Conhecimento tradicional das Parteiras e a rede cegonha no Estado do Amazonas”, no período de 2017-2020, coordenado pelo Lahpsa/ILMD - Fiocruz Amazônia e a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), com apoio financeiro do Ministério da Saúde. O objetivo do projeto é fortalecer a rede das parteiras tradicionais no Estado do Amazonas.

A integração do trabalho das parteiras nas ações de saúde no acompanhamento às gestantes tem beneficiado tanto à equipe como as parteiras, pois ambos estão colocando em contato os seus saberes que precisou ser negociado, deixando aberto para as possibilidades de trocas. Na visão da equipe houve uma melhora no processo de adesão ao Pré-natal e de monitoramento de possíveis riscos presentes no parto. Enquanto na visão da parteira, é um acontecimento que cria espaços de diálogo e de reconhecimento de seu saber que, em outros momentos, poderia ser entendido como um problema para o “bom” trabalho da equipe.

Entendemos que as equipes reconhecem o valor das práticas tradicionais no cuidado e a postura quase sempre é de respeito. No entanto, essa relação precisa ser problematizada, pois ainda permanecem as visões e práticas que hierarquizam o conhecimento, colocando o saber tradicional no lugar do exótico ou do folclore. Assim, a questão da participação é importante para a promoção do diálogo, principalmente nos espaços de formação, do controle social, nas reuniões de planejamento das ações e nos encontros com a comunidade e lideranças.

Menendez (1992) afirma que o cuidado diferenciado deve considerar os modelos de diferentes grupos sociais para buscar formas de prevenir, diagnosticar, tratar ou aliviar um problema de saúde. Ainda discute que o modelo médico hegemônico precisa ser problematizado porque a sua lógica e estrutura desconstrói outros saberes e práticas de saúde. Sugere que precisamos desconstruir o modelo biomédico para criarmos a possibilidade de construção de modelos mais híbridos e compartilhados entre as diferentes lógicas de realizar o cuidado.

A articulação de saberes, com diversas estratégias e graus de tensionamento, é um efeito relevante da organização do sistema de saúde indígena. Foi observado no estudo no DSEI do Alto Rio Solimões que o Agente Indígena de Saúde (AIS) e o técnico de enfermagem desempenham o papel de tradutores de todo processo de atenção e, ao mesmo tempo, desenvolvem o lugar de intérprete no processo de comunicação intercultural. No entanto, os demais membros da equipe de saúde não têm total confiança na “tradução”, apesar de dependerem dela para passar as orientações.

A maior parte dos profissionais de saúde de nível superior que atuam em contextos interlinguísticos não dominam os códigos e símbolos linguísticos. Esses entendem importância de compreender a língua indígena para auxiliar no entendimento das concepções de saúde e doença da cultura. Mais recentemente, os profissionais dentistas, médicos, enfermeiros, psicólogos estão acessando as vagas nas universidades, por sistema de cotas, mudando o cenário das práticas profissionais nas áreas indígenas.

Segundo Garnelo (2003) e Langdon (2001), os povos indígenas que estão



em contato interétnico também incorporaram noções, concepções e práticas biomédicas do mundo não indígena. Isso não significa que há uma simples apropriação dos conhecimentos biomédicos, pois também acontece um processo de tradução cultural desses conhecimentos. Os AIS podem, por exemplo, utilizar os medicamentos como um objeto de saber/poder, trazendo prestígio social na comunidade porque dominam um saber dos brancos, mesmo que também tem o conhecimento sobre o manejo das plantas e remédios caseiros.

As parteiras, pajés, rezadores, curandeiros têm um papel fundamental no processo saúde-doença. Neste sentido, cada grupo indígena constrói seus próprios métodos terapêuticos e seu itinerário terapêutico. A relação entre as parteiras e pajés com a EMSI apresentam algum tipo de tensão, sendo que muitas vezes, a queixa das parteiras é que não têm participação na realização dos partos no Polo Base ou no hospital do município de referência. O parto e nascimento na casa, como na cultura Ticuna, tem um papel importante na socialização da criança na cultura desde o nome e o clã que participará. Por diversos motivos, a atuação das parteiras e as tensões provocadas pelas suas práticas com o saber biomédica de assistir ao parto também estão presentes também nas áreas não indígenas (Schiffler et al, 2016; Santos; Silva; Merhy, 2016; Pereira et al., 2016).

Nas sociedades indígenas, o pajé é “o único com poder de curar doenças e infortúnios cuja causa seja definida a nível mítico, o que equivale a dizer que ‘dentro de sua teoria etiológica, o xamã é o único capaz de curar a causa última’” (Langdon apud Erthal, 1998, p. 115). Sendo assim, o “xamanismo tem sido de vital importância na manutenção da visão de mundo desses grupos, assim como de sua identidade étnica” (Jara; Castaño apud Erthal, 1998, p. 115). Apesar da presença da política de saúde nas áreas indígenas com a atuação das equipes multidisciplinares em diferentes dimensões no país, os pajés ainda permanecem com uma referência importante para aquelas doenças e problemas relacionados ao domínio da mitologia e cosmologia indígena.

O tratamento do pajé considera os aspectos da cultura e a crença na eficácia da abordagem xamânica. Segundo Langdon (2001, p. 161), os sistemas indígenas de saúde, em geral, tem uma perspectiva “holística e podem ser caracterizados como sistemas xamânicos, nos quais a doença e a saúde fazem parte de um sistema cosmológico e os fatores físicos, sociais e espirituais interagem no processo saúde/doença e cura”. O sistema epistemológico é bem diferente da biomedicina. Os xamãs realizam “uma luta constante para manter as manifestações do caos sob controle e possibilitar a continuidade dos cosmos” (Garnelo, 2003). Os pajés fazem a intermediação entre diferentes mundos para realizar a explicação e a cura das doenças, colocando ordem na vida social. O trabalho do pajé é buscar a causa última da doença e explicar o seu significado (Buchil-

let, 1991). Por fim, o xamã “procura fora do corpo biológico o entendimento e a cura da doença” (Langdon, 2001, p. 162).

A articulação entre saberes e práticas tradicionais e biomédicos não é nem igual nem simultâneo nos 34 DSEI do país. Há uma tendência das equipes em reconhecer a necessidade de se fazer alianças com pajés e parteiras, principalmente nas regiões que esses atores são referências de cuidado. A relação não deixará de ser tensa porque sempre estamos falando de racionalidades e lógicas diferentes, portanto, todo diálogo intercultural necessariamente mobiliza os pensamentos e as práticas que são culturalmente construídas.

A interculturalidade faz parte do campo de lutas simbólicas, com relações de poder, que, na maioria das vezes é assimétrica, e que pode representar uma forma de fazer a gestão das diferenças étnicas e culturais (Ferreira, 2015). Os juízos sobre a eficácia do tratamento xamânico passa pelo conhecimento biomédico, utilizando os parâmetros da nossa compreensão de saúde e de cultura. Segundo Langdon (2001, p. 163), precisamos relativizar três questões em relação à medicina indígena: “a cura, a eficácia e a realidade biológica da doença”. Toda cena do cuidado tem presente uma micropolítica de poder e de gestão do cuidado, envolvendo disputas de narrativas e interpretativas sobre o ato em si. Por fim, entendemos que as relações interculturais fazem parte da dinâmica da micropolítica nos encontros entre diferentes culturas, saberes e concepções de saúde-doença-cuidado. Como discutimos acima, a interculturalidade é um processo, ou seja, algo que precisa ser construído de modo permanente e de modo participativo e dialógico.

A interculturalidade, sugere Langdon (2001), passa pela relativização dos diferentes saberes, problematizando os limites da biomedicina. A medicina indígena também pode ser considerada uma ciência, que através de suas lógicas epistêmicas possuem a sua eficácia e cura. Mas para isso, temos que pactuar os critérios e os parâmetros dos encontros entre as diferentes cosmovisões e os diálogos entre as culturas. Para isso, precisamos construir caminhos para a descolonização os saberes para a promoção de outras formas de poder e de ser.

▲ Os lugares de fala em sua diversidade

Os capítulos iniciais nos convidam a refletir sobre a interculturalidade e sua influência e confluência em torno do parto, momento considerado especial e cercado de crenças e costumes em diversas culturas, sejam elas, indígenas ou não indígenas. Nos **capítulos dois, três e quatro**, os autores, imersos no universo das populações indígenas por meio da assistência à saúde e aprendendo no cotidiano dos serviços as limitações da biomedicina, analisam as práticas de atenção à saúde de mulheres indígenas durante a gestação, parto e puerpério. Os autores e autoras



tecem análises e reflexões a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas (PNASPI) e as vivências nos serviços da atenção básica e hospitalar, evidenciando a necessidade de um olhar ampliado para as questões etnoculturais.

O **quinto** e o **sexto capítulos** trazem para a cena um tema de relevância indiscutível, o conhecimento tradicional. A busca por soluções para o mal-estar, seja corporal, físico ou espiritual é a força que mantém vivas as práticas tradicionais de cura nas sociedades indígenas. Nesse sentido, o primeiro texto compartilha a experiência realizada em uma escola indígena para estimular os alunos a se interessarem pelo conhecimento ancestral para o cuidado. Realizam um levantamento das ervas medicinais e seus usos, produzindo um acervo com registros feitos pelos mesmos e que ilustram o texto. No segundo capítulo, as autoras apresentam as práticas tradicionais de cura realizadas por indígenas Karipuna do Amapá. A investigação teve como objetivo analisar a política de saúde indígena na articulação entre as ações de saúde do sistema de saúde e os saberes e práticas dos povos indígenas. Ambos os textos ratificam a importância e conseqüentemente a necessidade imperativa da valorização e transmissão dos saberes tradicionais indígenas.

Os rituais são estruturantes e carregados de significados no universo socio-cultural indígena. Os **capítulos sete e oito** apresentam reflexões sobre os rituais Tenetehar-Tembé pelas lentes da psicologia, antropologia e da medicina. A contribuição dos textos é compreender que os cuidados de saúde estão relacionados com a cosmovisão e mitos que dão sentido ao ambiente físico e social desse povo.

No **capítulo nove** o autor compartilha os resultados de um estudo feito com indígenas Guarani -Kaiowá, no qual direcionou sua atenção para as relações produzidas entre os conhecimentos e concepções dos Kaiwoá e a constituição da política de saúde indígena. Para tanto, foram acompanhadas situações relacionadas ao campo da saúde indígena e a saúde mental indígena considerando as percepções desse povo sobre a saúde, práticas de cuidado. Do mesmo modo que analisa as transformações provenientes das relações com os não indígenas.

O **capítulo décimo** nos traz reflexões acerca dos Guarani-Kaiwoá através de um relato de experiência sobre a atuação profissional no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com ênfase em Saúde Indígena da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). No texto são compartilhadas as inquietações e sentimentos das autoras ao vivenciar práticas de saúde, no serviço, permeadas pela institucionalidade, mesmo sendo a política de saúde indígena constituída sob a necessidade de uma atenção à saúde diferenciada. Considerando a importância e o que é necessário para o alcance de uma assistência à saúde como determina a política, o **capítulo décimo primeiro** traz a competência cultural como fator essencial para os profissionais que atuam na

saúde indígena, conceito que se refere a um grupo de características que incluindo o conhecimento, habilidade, comunicação e consciência culturais resultam em intervenções contextualizadas e em cuidados efetivos.

O **capítulo décimo segundo** apresenta os resultados de um estudo que investigou o conhecimento de mulheres indígenas da etnia Javaé sobre o câncer de colo uterino e sua prevenção. Segundo a Organização Pan Americana de Saúde, o câncer de colo uterino é o 3º mais comum entre as mulheres, configurando-se como um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo que apesar de haver ferramentas para tratamento e prevenção, ainda causa milhares de mortes todos os anos. O ponto de tensão é que os aspectos econômico, social e cultural influenciam diretamente na saúde das populações, sejam indígenas ou não indígenas. Desta forma não basta somente pensar nas estratégias de tratar e prevenir sem pensar nas questões mais amplas dos grupos. Nesse sentido e pela reconhecida vulnerabilidade das populações indígenas por sua condição histórica e social, as autoras realizam uma discussão pertinente para a saúde pública.

Um estudo realizado para descrever o perfil epidemiológico de mortes por suicídio é discutido no **capítulo décimo terceiro**. Neste, os autores apresentam dados da população indígena assistida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena entre os anos de 2010 e 2017. Para além do apontamento dos dados, os autores convidam os leitores a desconstruir noções comuns como “aculturação”, “perda de identidade”, “cultura”, “perda de tradições e de valores” e analisam o fenômeno do suicídio com o intento de desnaturalizá-lo entendendo que o mesmo é atravessado pelas interações entre os povos indígenas e o Estado. Os autores utilizam referências da descolonização, especificamente, a ideia do bem-viver, para problematizar os processos sócio-históricos que conduziram e conduzem a população indígena à situação de vulnerabilidade, num processo de violência colonizadora e o epistemicídio.

O **último décimo quarto** traz a saúde bucal em um relato no qual os autores descrevem uma experiência de intervenção quanto a um problema muito comum, o edentulismo. A perda dos dentes constitui um dos principais agravos à saúde bucal e causa danos para além das funcionais, sendo a utilização de próteses a principal alternativa para resolução do problema, cujo processo de fabricação envolve uma logística quase que inviável para o contexto das populações indígenas aldeadas. Foi pensando nisso que o grupo realizou o “Mutirão prótese em 1 dia”, como resultado de um projeto que criou a técnica da Prótese em 1 Dia. O tratamento de indígenas edêntulos mostrou-se viável e vantajosa visto que todas as fases, clínicas e laboratoriais, são realizadas em suas próprias aldeias, em 1 dia. Estrategicamente também desenvolveram atividades de promoção em saúde para a manutenção da saúde bucal desde a infância.



Por fim, o **capítulo final** apresenta as impressões de um trabalho de campo realizado no DSEI do Alto Rio Solimões sobre os efeitos do Programa Mais Médicos na saúde indígena. A pesquisa trouxe os resultados sobre a produção da equipe e a integração com os saberes tradicionais de parteiras e xamãs. A proposta dos autores foi colocar, de um modo livre, aquelas ideias que não entram em relatórios e artigos sobre o trabalho de campo, ficando atento às palavras, aos pequenos gestos e aos sinais que os lugares apresentam aos pesquisadores. Os autores e autoras assumem que o PMM foi uma grande política de inclusão e foi uma conquista do povo brasileiro, fazendo uma enorme diferença para a qualidade da saúde dos povos indígenas. Assim, o texto mostra que devemos a nossa gratidão aos médicos cubanos que se somaram ao trabalho das equipes no compromisso pela saúde nos mais diferentes espaços do país, especialmente nos 34 DSEI que historicamente sofrem com a rotatividade dos profissionais de saúde.

Referências

Bernardino-Costa, J.; Maldonado-Torres, N. & Grosfguel, R. (2019). **Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico**. Belo Horizonte: Autêntica.

Brasil (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

Buchillet, D. (1991). **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/Cejup/UEP.

Coimbra Jr. CEA, Santos RV. (2000). Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 5:125-32.

Da Matta, R. (1991). **Relativizando: uma introdução à Antropologia Social**. 3 ed. Rio de Janeiro: Rocco.

Descola, F. (2016). **Outras naturezas, outras culturas**. São Paulo: Editora 34.

Erthal, RMC. (1998). O suicídio Ticuna no Alto Solimões/AM. **Tese de doutorado**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ferreira, LO. (2015). Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Langdon, EJ; Cardoso, MD. **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: Editora UFSC.

Garnelo, L. (2003). **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Gondim, GM; Monken, M. (2018). O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: Mendinça, MHM. et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2012). **Os indígenas no censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro.

Langdon, E. (2001). A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: Grupioni, LDB; Vidal, LB. & Fishmann, R. (Orgs.). **Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade**. São Paulo: Edusp.

Kopenawa, D; Albert, B. (2015). **A queda do céu: palavras de um xamã Yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras.

Krenak, A. (2019a). **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras.

Krenak, A. (2019b). O tradutor do pensamento mágico. **Entrevista**. Revista Cult, n. 251.

Menendez, E. (1992). **La Antropología Médica en México**. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

Pereira, MGA. et al. (2016). A parteira-fina e seus relatos: histórias de si. In: Feuerwerker, LCM; Bertussi, DC; Merhy, EE et al (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. V. 2. - Rio de Janeiro: Hexis, p. 308-317.

Pontes, ALM; Rego, S; Garnelo, L. (2018). La actuación de los agentes indígenas de salud en la Región del Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención e biomedicina. **Desacatos**, n 58.

Santos, JGW; Silva, ALS; Merhy, EE. (2016). "Andarilhagens" agenciadas pela Rede Parteiras na cidade de Bujaru-PA. In: Feuerwerker, LCM; Bertussi, DC; Merhy, EE et al (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. V. 2. - Rio de Janeiro: Hexis, p. 174-187.

Schweickardt, JC; Silva, CF; Fermin, JMG; Lasmar, AT; Melo, CFS; Silva, GM; Ferla, AA. (2019). O diálogo intercultural entre equipe de saúde e parteiras tradicionais no acompanhamento das gestantes indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões - DSEI ARS/AM. In: Schweickardt, JC; Kadri, MR; Lima, RTS. (Orgs). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Porto Alegre: Rede Unida.

Scopel, D; Dias-Scopel, R; Langdon, J. (2015). Intemedicalidade e protagonismo: atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da terra indígena Kawatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n. 12.

Scopel, RPD. (2015). A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Munduruku. **Tese de Doutorado**. Universidade Federal de Santa Catarina.

Schiffler, ACR et al. (2016). Encontros: experienciando espaços de trocas e compartilhamentos dos saberes e práticas das parteiras tradicionais. In: Merhy, E. E. et al (Org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. v. 1. Rio de Janeiro: Hexis, p. 179-184.

Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las Insurgencias políticoepistémicas de refundar el estado. **Tabula Rasa**. Bogotá - Colombia, n.9, p. 131-152.

Walsh, C. (2012). Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas. **Visão Global**, Joaçaba, v. 15, n. 1-2, p. 61-74.

Walsh, C. (2009). **Interculturalidad, Estado, sociedad. Luchas (de) coloniales de nuestra época**. Universidad Andina Simon Bolivar. Ecuador.

As práticas de atenção à saúde das mulheres Kaingang no período gravídico puerperal na aldeia indígena Kondá/SC

02

Francielli Girardi
Laura Cecilia López

▲ Introdução

As populações indígenas, na América Latina, vêm estabelecendo lutas políticas de longa data para articular a saúde com um amplo leque de garantia de direitos de cidadania, principalmente com as reivindicações coletivas relacionadas aos territórios e aos patrimônios culturais (Sandes; Freitas; Souza & Leite, 2018). As questões reprodutivas entram nessas lutas, tendo como protagonistas as mulheres indígenas, e sendo entrelaçadas a noções de justiça social e de enfrentamento às barreiras de acesso aos serviços de saúde, marcadas pelas desigualdades que interseccionam etnicidade e gênero (Conklin, 2004).

No Brasil, a assistência à saúde nas comunidades indígenas atualmente é orientada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAS-PI) (Brasil, 2002), a qual propõe um “modelo complementar e diferenciado” para assistência aos povos indígenas. O modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), é uma forma de organizar os serviços de saúde, a fim de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em “todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações” (Brasil, 2002, p. 8).

A atenção diferenciada parte do pressuposto do pluralismo assistencial, articulando diversas práticas de cuidado e apresenta-se em conformidade com a proposta antropológica de Menéndez (2003), a qual reconhece as múltiplas práticas de atenção à saúde utilizadas pelos grupos sociais a partir das suas

particularidades socioculturais, para prevenir, diagnosticar e tratar os problemas de saúde.

No contexto da assistência à saúde indígena e às mulheres indígenas no período gravídico-puerperal, a pluralidade dos saberes está interconectada com diversas formas do cuidar. A antropologia das sociedades indígenas no Brasil evidencia a diversidade de experiências do gestar, parir e nascer, e das práticas de atenção em saúde orientadas pelos sistemas locais indígenas (Conklin, 2004; Dias-Scopel, 2014; Moliterno; Borghi; Orlandi; Faustino; Serafim & Carreira, 2013; Ferreira, 2012). Nesse sentido, a diversidade dos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam, relacionando-se com preceitos religiosos, étnicos, econômicos/políticos, técnicos e científicos (Menéndez, 2003).

No caso do Brasil, a atenção à saúde diferenciada, mesmo constando nas diretrizes da PNASPI, necessita ser reconhecida e efetivada pelos profissionais que executam a assistência nas comunidades. Para participar de forma produtiva dessa articulação, esses profissionais da saúde devem ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de autoatenção praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros prestadores de cuidados, formais e informais, de saúde (Garnelo; Langdon, 2005). Essas interações e usos das diferentes formas de atenção permitem uma discussão acerca dos processos de hegemonia da biomedicina, ao mesmo tempo em que visibilizam a autonomia dos usuários por meio das práticas de autoatenção (Menéndez, 2003).

A valorização da biomedicina na saúde indígena em território brasileiro vem sendo reforçada nos procedimentos técnico-burocráticos dos DSEI, que legitimam a hegemonia unilateral do modelo biomédico, como aponta o estudo de Pontes; Rego & Garnelo (2015).

Na perspectiva da saúde indígena, ocorre a assistência à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal, porém, a própria PNASPI (2002) deixa lacunas sobre a assistência diferenciada às gestantes indígenas, sem traçar diretrizes específicas para a condução das ações assistenciais diferenciadas, dificulta a garantia ao direito da atenção à saúde diferenciada para essas mulheres. Como evidência um estudo sobre os partos entre a população indígena em Santa Catarina, mesmo que o tipo de parto predominante fosse o vaginal, com 57,40% dos nascimentos e as cesarianas se apresentassem em 45,18% dos casos, o local para a realização do parto predominante foi o ambiente hospitalar, concentrando 100% dos partos ocorridos (Brustolin; Girardi & Bernardelli, 2017). Isto demonstra o impacto da biomedicina nas práticas de saúde da mulher indígena.

Cabe mencionar, que a assistência às mulheres no período gravídico-puerperal está orientada pela Estratégia Rede Cegonha (ERC) desde sua aprovação no ano de 2011. Nesse sentido, deve-se analisar como ocorre a articulação das diversas formas de atenção à saúde e assistência às mulheres indígenas.

Neste trabalho, abordamos como ocorrem as práticas de atenção à saúde das kaingang durante a gestação, parto e puerpério na Aldeia Indígena Kondá/SC, assim como reconstruímos os itinerários de cuidado dessas mulheres. São apresentados resultados da pesquisa de doutorado da primeira autora, realizada durante o ano 2018.

No percurso de pesquisa foi observado que as mulheres kaingang têm um papel singular na organização da comunidade, elas detêm uma teia dinâmica de saberes e práticas singulares sobre cuidado em saúde, auxiliando a coletividade. Essas práticas de cuidado ocorrem paralelamente (e muitas vezes invisíveis para) a equipe de profissionais de saúde que atua na atenção primária no seio da comunidade. Indagamos como e em que medida essa teia está presente nos itinerários de cuidado durante o período gravídico-puerperal e como se articula com os saberes e práticas biomédicas.

▲ A Aldeia da Terra Indígena Kondá e o Percurso Metodológico

O presente estudo é um recorte de uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, realizada para a elaboração da tese de doutorado da primeira autora, que investiga o itinerário de cuidado e as práticas de atenção à saúde das mulheres kaingang da Aldeia Kondá/SC durante o período gravídico-puerperal.²

A Aldeia Kondá localiza-se no Oeste no Estado de Santa Catarina, no município de Chapecó/SC e está situada na região rural do município, há cerca de 8 km do centro da cidade. A população que habita é composta por 1.278 kaingang, sendo 610 do sexo feminino e 668 do masculino (SIASI, 2018).

A população indígena no Brasil representa 0,4%, do total da população, ao passo que a etnia Kaingang corresponde ao o grupo mais populoso vivendo em território brasileiro. Estimam-se 30 mil indivíduos pertencentes a esse grupo (IBGE, 2012). Os Kaingang estão espalhados pelos estados do Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Pertencem à família linguística Jê, sendo que as línguas que compõem essa família estão localizadas nas regiões do cerrado do

2 - O projeto de pesquisa que originou esse artigo foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS.

Brasil, em particular ao sul do estado do Pará e do Maranhão, e nos estados do sul do país (Duarte, 2016).

Estudos da etnologia indígena referem ao dualismo cosmológico como uma forma central na organização social Kaingang (Rosa, 2011; 2014). O mundo dual está descrito no estudo de Veiga (1994), sendo que as diferenças entre as metades exogâmicas *Kamê* e *Kanhru* são respeitadas nas práticas diárias da comunidade. Essas formas duais são visualizadas nas relações dos Kaingang com a natureza, ou seja, os indígenas observam essa dualidade na pele dos animais, nas cascas, nas folhas ou nas flores das plantas e a estampam em grafias, nos artesanatos.

Os estudos de Tommasino (1995; 2002) mostram que a relação estabelecida entre os Kaingang com os espíritos se dá no mato, sendo espaço importante para as atividades realizadas pelo *Kujá* (xamã) e seus *Jagré* (espírito guia/auxiliar). Os remédios do mato permitem que os Kaingang continuem vivendo e resistindo ao longo dos anos. Retomaremos, nas categorias de análise, esses modos de organização sociocosmológicos kaingang para entender o cuidado com o gestar, o parir e o resguardo.

A aldeia do Kondá traz marcas históricas de luta pela demarcação de suas terras, pela garantia de seus direitos, do bem viver conforme seus preceitos culturais. Anterior à demarcação de suas terras, as famílias indígenas moravam em acampamentos nas proximidades da igreja central, nos bairros Palmital e Santo Antônio no município de Chapecó/SC. Atualmente a aldeia Kondá divide-se em duas áreas: uma central, localizada na linha Gramadinho, onde estão situadas estruturas públicas de assistência à comunidade, como a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Escola Indígena Sape-ty-kó (significa em português Chapéu de Palha) que atende crianças do Ensino Fundamental e a Pré-Escola que recebe crianças de 4 meses a 6 anos. Também há igrejas evangélicas, campo de futebol, barzinho e um aglomerado de casas dos indígenas. E a outra área, chamada de Praia Bonita, é um local mais distante da área central, localiza-se nas proximidades das margens do Rio Uruguai. Nesta área existem as moradias dos indígenas e seus pequenos roçados.

A principal fonte de renda provém da venda de artesanatos. Poucos indígenas possuem trabalho formal e renda fixa. Estes trabalhadores possuem empregos vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e à escola. Os indígenas com mais de 60 anos são aposentados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Percorrendo a comunidade, observando a dinâmica diária das famílias, percebe-se o envolvimento, dedicação e engajamento das famílias indígenas na extração dos materiais para a confecção dos artesanatos. A extração dos materiais como

taquara e cipós é realizada na própria comunidade. Os materiais estão presentes na vida da comunidade, observa-se constantemente nas residências: taquara, cipó, panela de tingimento, facas, linhas, agulhas, miçangas e penas coloridas. A trama dos artesanatos mais “delicados” é executada pelas mulheres, as crianças ajudam com a colocação das miçangas e sementes para a confecção de pulseiras. Os homens ficam responsáveis pela produção de cestaria, destinadas para a agricultura.

A venda dos artesanatos é realizada em diversos municípios da região Oeste. Os indígenas deslocam-se para o centro da cidade de Chapecó, para as cidades turísticas da região, como Itá, Piratuba, Palmitos (Balneário de Ilha Redonda) e algumas famílias viajam no período de verão para o litoral de Santa Catarina. As cesterias maiores, como balaies, são comercializadas para os agricultores da região.

A assistência à saúde nesta comunidade está sob a responsabilidade do DSEI Interior Sul. O polo-Base-Chapecó é responsável pela supervisão e apoio à equipe de profissionais e à comunidade na atenção à saúde indígena.

Na aldeia do Kondá, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi construída em 2005 permitindo o acesso dos indígenas aos serviços de saúde, sendo a UBS, a principal porta de entrada nos serviços da rede de referência do SUS. A UBS é uma edificação, uma casa pequena, adaptada para prestar assistência à saúde na comunidade. Apresenta-se, contudo, inadequada para as práticas de saúde e em condições precárias: as paredes sujas, sem integridade na pintura e com mofo, teto com goteiras. Em relação aos insumos, há falta de equipamentos e mobiliário. Os resíduos produzidos pelos serviços de saúde são armazenados de forma inadequada, trazendo riscos para a comunidade e equipe.

Os serviços de saúde disponíveis para o atendimento da comunidade são a Unidade de Pronto Atendimento Centro (UPA) e o Hospital Regional do Oeste (HRO), ambos fora da comunidade. Nestes espaços de referência para o atendimento dos indígenas não há nenhum profissional de saúde indígena presente para fazer o acolhimento do indígena e de seus familiares.

O presente estudo foi conduzido através de metodologia qualitativa de abordagem etnográfica, para a realização da tese de doutorado da primeira autora, que investigou o itinerário de cuidado e as práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas durante o período gravídico-puerperal. As técnicas de pesquisa utilizadas para a produção dos dados foram: observação participante com registro no diário de campo e entrevistas individuais e coletivas abertas (dialogadas), orientadas por um roteiro guia com questões amplas relacionadas à temática do estudo. A opção pelas entrevistas abertas foi no intuito de flexibilizar o diálogo com as mulheres, buscando preservar formas de comunicação da comunidade. Foi



organizada uma roda de conversa com gestantes, coordenada pela primeira autora e conduzida pela parteira da comunidade, que funcionou como uma entrevista coletiva. O período do trabalho de campo ocorreu de junho a dezembro de 2018.

No que diz respeito à observação participante, ela permitiu a ambientação e o reconhecimento do campo pela pesquisadora, buscando observar as dinâmicas da comunidade e a sua relação com a assistência à saúde das gestantes. A observação perdurou por 60 dias. Neste período, foram observadas as atividades de rotina da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) na Unidade de Saúde da aldeia Kondá durante as atividades assistenciais, como consultas médicas e de enfermagem, atividades de promoção à saúde (palestras, grupo de gestante, etc.), imunização, testes rápidos e outras atividades que aconteceram na comunidade que reportaram a relação com as gestantes Kaingang da comunidade.

Quanto às entrevistas individuais e coletivas abertas, participaram mulheres indígenas gestantes, puérperas e a parteira da comunidade e sua família. Foram entrevistadas individualmente quatro gestantes, a parteira foi entrevistada com a sua família, e na roda de conversa (que funcionou como uma entrevista coletiva) participaram oito gestantes e a parteira. As mulheres que estavam no período gravídico-puerperal foram identificadas pela profissional enfermeira da EMSI. Após a identificação das mesmas, foram contatadas com o apoio dos Agente Indígena de Saúde (AIS) para a realização das entrevistas individuais e coletivas abertas. No período puerperal, no qual ocorre o retorno das mulheres para a comunidade após a alta hospitalar, foram realizadas entrevistas de forma aberta através de um roteiro-guia e de observação participante, com objetivo de identificar quais as práticas de atenção à saúde estão sendo utilizadas neste momento. A indicação da parteira da comunidade ocorreu através de um AIS.

Em relação à roda de conversa, foi organizada seguindo o conceito ampliado, dos cuidados de saúde proposta por Langdon (2015). O intuito foi o de visibilizar saberes e práticas kaingang em relação aos cuidados com a gestação, parto e puerpério. Utilizou-se como metodologia a roda de conversa como uma estratégia de interação dialógica entre os atores sociais, interlocutores deste estudo, para que pudessem vivenciar e trocar conhecimentos sobre as práticas de atenção e cuidados gestacionais, parto e puerpério com a parteira tradicional da comunidade. A roda de conversa foi conduzida pela parteira indígena, que se comunicou na língua kaingang, com as gestantes da comunidade.

Cabe destacar que muitas das mulheres indígenas são bilíngues, comunicam-se intra-comunidade na língua Kaingang, e nos momentos que necessitam dialogar com os fóg (brancos), elas utilizam a língua portuguesa. Porém, durante a imersão no campo de pesquisa, perceberam-se algumas barreiras com relação à língua portuguesa para realizar as entrevistas. Diante desta dificuldade, em al-

gumas entrevistas, contamos com a presença de uma kaingang da comunidade, a fim de facilitar a tradução do português para a língua Kaingang.

Destaca-se ainda, que o contato inicial da primeira autora com os indígenas Kaingang ocorreu no ano de 2006, ano em que atuou como enfermeira em uma aldeia indígena de Irai/RS, sendo que a imersão nesta comunidade perdurou por sete anos. Neste período conheceu algumas palavras e frases na língua kaingang, utilizadas pelos indígenas, mas não suficientes para se comunicar em kaingang.

A análise dos dados ocorreu durante as transcrições, organização e leitura minuciosa das entrevistas e das notas de campo. Na primeira etapa da análise foram realizadas leituras gerais da produção de campo, objetivando identificar eixos de discussão. No segundo momento, para a tradução dos diálogos da roda de conversa em kaingang, contamos com o auxílio de uma indígena da comunidade, ouvindo junto a ela os trechos das falas e transcrevendo para o português. No terceiro momento ocorreu a seleção dos trechos e das narrativas do diário de campo mais relevantes para tais eixos. Para esse trabalho foram construídas três categorias: (I) Os tensionamentos nas práticas de cuidado com as gestantes kaingang (II) “E quando amadurece a fruta cai”: os partos das mulheres do Kondá; e (III) itinerários de cuidado: entrelaçando os cuidados indígenas e os cuidados biomédicos.

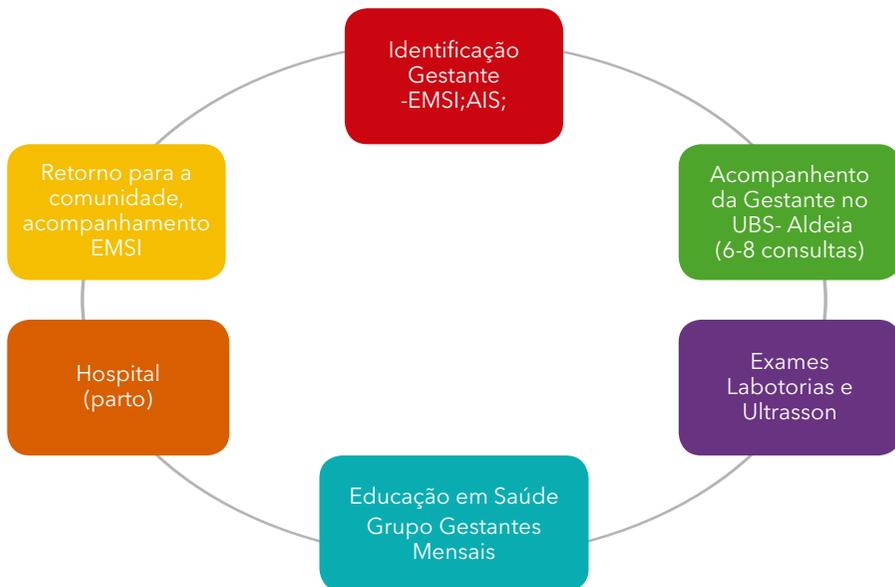
O projeto de pesquisa que originou esse manuscrito foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS. Para mantermos a privacidade e o anonimato das participantes utilizou-se nomes fantasias, relacionados com o contexto mítico kaingang, para nominar as gestantes, puérperas e parteira tradicional entrevistadas de forma individual ao longo do trabalho de campo. Para as gestantes participantes da roda de conversa, utilizou-se um código geral (GRC), para identificar as narrativas destas participantes, pois não foi possível resgatar suas narrativas individuais.

▲ Os tensionamentos nas práticas de cuidado com as gestantes kaingang

No decorrer do trabalho de campo fomos perseguindo as diversas formas, atores e espaços envolvidos nas práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas no período gravídico-puerperal. Diante deste contexto iremos primeiramente analisar as práticas, os atores e os espaços envolvidos no cuidado das mulheres, identificados como “oficiais” já que são vinculados à política pública de saúde indígena, para depois entrelaçar as práticas “tradicionais”, que envolvem uma trama comunitária complexa. Reconstruímos no gráfico a seguir, o itinerário “oficial” de cuidado.



Figura 01: Fluxo de Atendimento das Gestantes Indígenas Baixo Risco, na Aldeia Kondá.



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2019.

Durante a imersão no campo de estudo observou-se a presença diária da EMSI, sendo esta a responsável pela assistência prestada à saúde na comunidade. A equipe é composta pelos seguintes profissionais: um médico, que atua 20 horas na UBS, uma enfermeira, que atua 40 horas, um odontólogo (20h), duas técnicas de enfermagem indígena (40h), quatro AIS (40h) e um Agente Indígena de Saneamento (AISAN). Esses profissionais desenvolvem as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde na comunidade Indígena. As práticas observadas durante a assistência às gestantes e puérperas indígenas foram: consultas médicas; consultas de enfermagem; imunização; acompanhamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); práticas de educação em saúde; visitas domiciliares dos AIS e AISAN e consultas odontológicas.

O primeiro contato das mulheres kaingang na UBS da comunidade acontece através do “acolhimento”, onde as técnicas de enfermagem indígenas recebem-nas comunicando-se através da língua Kaingang, no momento em que as mulheres chegam com uma dúvida sobre gravidez, serão essas técnicas de enfermagem indígenas que as acolherão.

A primeira consulta pré-natal da gestante é realizada pela enfermeira. Foi percebido que as indígenas participam dessa consulta sozinhas, desacompanhadas de seus companheiros ou familiares. Nessa consulta, a profissional solicita o exame de gravidez (BHCG), em alguns casos as indígenas fazem testes vendidos na farmácia, mas conforme relatos, as indígenas percebem o atraso menstrual e procuram o atendimento na UBS: “percebi que estava grávida quando não veio minha menstruação, daí eu descobri que eu tinha engravidado” (Estrela, 20). A enfermeira preenche vários formulários no sistema de informação SIS-PRENATAL, solicita os exames de rotina, realiza os testes rápidos (HIV, Sífilis e HEPT C), dispensa medicamentos (ácido fólico e sulfato ferroso) e orienta as gestantes quanto aos cuidados biomédicos durante o pré-natal.

Pode-se notar que a gestante é exposta a uma série de práticas protocolarizadas. O foco do pré-natal parece ser o número de consultas realizadas, os achados clínicos, os exames laboratoriais e os testes rápidos, que aparecem como os aspectos de maior relevância durante a consulta.

As consultas de pré-natal são intercaladas mensalmente pela enfermeira e pelo médico. Na atualidade a comunidade é assistida por um profissional médico brasileiro. As indígenas relataram que até o ano de 2017, a comunidade era assistida por um médico cubano, oriundo do Programa Mais Médicos (PMM), e esse profissional realizava diversas visitas domiciliares, tinha diminuído a prescrição de medicamentos, conversava mais com os e as indígenas durante as consultas, respeitava as formas de viver e as práticas de atenção à saúde presentes na comunidade. A dificuldade que a comunidade tinha era em relação ao idioma espanhol. Porém, quando elas referem ao atual profissional, parece se descortinar uma conduta biomédica mais fechada, sem abrir-se às práticas indígenas, tensionando a relação com a comunidade, conforme mostraremos mais adiante.

As práticas assistenciais do pré-natal são normatizadas pelos Manuais, protocolos orientadores do Ministério da Saúde (MS). Essas orientações chegam aos profissionais de forma centralizada e verticalizada, ressaltando a hegemonia das práticas biomédicas, na atenção às mulheres indígenas. Porém, dependendo do profissional, estes estão mais ou menos abertos a outras possibilidades de práticas de cuidado.

A atenção diferenciada se faz presente na assistência às mulheres indígenas de maneira circunscrita aos momentos onde elas são assistidas pelos profissionais indígenas de saúde: na composição da EMSI da comunidade observaram-se duas técnicas de enfermagem indígenas, e quatro AIS, que residem na comunidade. Nestes momentos de interação mais fluida, percebe-se o entrelaçamento de proximidade sociocultural, destacando-se a língua Kaingang como um diferencial no atendi-



mento no serviço de saúde, visto que a comunidade indígena do Kondá se comunica na língua tradicional. A identificação e a procura pelos profissionais indígenas são evidenciadas durante o acolhimento da UBS e na recepção durante as visitas domiciliares realizadas pelos AIS na comunidade. Cabe notar que os profissionais de saúde não-indígenas (fóg) não falam kaingang.

Ao analisar na perspectiva da atenção diferenciada, vemos que existem muitos vazios, já que existe uma trama de saberes e práticas de cuidado kaingang que parece invisível para os profissionais biomédicos.

Na comunidade, os indígenas buscam tratamento espiritual e físico através das práticas tradicionais de cura que são realizadas pelo Kujá (Pedrinho). Um Kujá é um sábio tradicional conhecedor das práticas de cura da medicina tradicional indígena. A partir das plantas existentes na mata da comunidade, fazem as xaropadas, benzeduras e defumação, denominados os “remédios do mato”, permitem que os Kaingang continuem vivendo e resistindo ao longo dos anos. Eles estão presentes nos cuidados com o gestar, o parir e o puerpério ou resguardo.

Durante o trabalho de campo, conhecemos uma parteira kaingang de 64 anos que naquele momento fazia quatro anos que não realizava partos na aldeia, em grande medida porque ela não era credenciada no Programa de Parteiras Tradicionais³. Essa invisibilidade das parteiras indígenas agrava-se pela inserção verticalizada das políticas públicas de saúde indígena, reforçadas pela hegemonia do modelo biomédico frente às práticas da medicina tradicional indígena. Existem várias práticas de cuidado que algumas mulheres têm acesso, ou por ser próximas a parteira, ou porque alguma parente mais velha indicou, que passam “despercebidas” para os profissionais biomédicos.

Os cuidados tradicionais com o gestar e o nascimento fazem parte da construção do corpo e da pessoa kaingang. Nesse sentido, uma série de cuidados específicos e de tratamentos corporais conhecidos como “remédios do mato” contribuem para essa construção. A parteira como detentora dos saberes e das práticas de cuidado para as gestantes relata que:

Vai tomando o remédio, eu tava dizendo pra elas que nem quando a fruta amadurece né, ela sai de lá, ela cai [...] com oito, sete mês por já pode tá tomando o remédio [...] E no momento que dá aquelas dor, ele já estora e já vem junto. [...] Eu tava dizendo pra elas que com oito, sete mês já pode tomar, toma até o dia de sentir as dor.

3 - O Programa busca oficializar a profissão de parteira através da integração dos saberes empíricos das parteiras e saberes técnicos biomédicos, propiciando a aproximação entre o universo das parteiras tradicionais e dos profissionais de saúde (Brasil, 2003).

Esses cuidados ocorrem de maneira paralela (mas imperceptível) às práticas biomédicas de assistência pré-natal, como relatou uma gestante: “comecei a tomar agora chá de guabiroba [remédio do mato] fiz os oito mês agora, eu tomo uma xícara de manhã e outra de noite, é pra não sentir muita dor na hora do parto” (Sol, 29).

Os remédios do mato também são usados durante as práticas de cuidado puerperal, para evitar a recaída da mulher, como relata uma gestante:

Ela [parteira] prepara um, depois que ganha, depois de sete dia, ela prepara um chá pra mim toma também, pra não pegar recaída. Daí já tomo o remédio pra fazer as coisas né [...] ela dá o remédio pra limpar por dentro, que daí elas dão remédio do mato também. E daí em mulher que fica dentro de casa também, só dentro de casa, daí eles têm medo de pegar recaída (Sol, 29).

As práticas pós-parto das Kaingang descritas por Sagas (2016) relatam o uso de remédio do mato, como o capim de pinhão, para que a parturiente não fique fraca e consiga se alimentar bem. Também é descrito no estudo de Rosa (2011) que, entre as kaingang, há a presença de banhos de assento, quando a mulher fica fraca, inchada ou o leite do peito “seca”. As restrições alimentares estão associadas à não ingestão de carne de porco e a comer comida fria. Após o oitavo dia puerperal, a indígena já retorna às atividades diárias domésticas e na comunidade.

Foi narrado como autocuidado, a realização de uma coreografia no culto evangélico, que ajudaria a aliviar as dores no corpo durante a gravidez “ela faz uma coreografia [...] evangélica, primeiro eles fazem os gestos né, com os pé” (Lua).

As gestantes relataram manter as atividades cotidianas durante o período gestacional “quando a gente vai lavar roupa também, dói um pouco aqui na cintura(gestantes) [...] porque do mais velho eu não me cuidava assim, eu caminhava pra lá e pra cá, fazia muita coisa e eu ganhei ele bem [...] e agora que eu me cuido mais sinto mais dor” (GRC). As indígenas realizam suas atividades de rotina de cuidado com a casa, crianças, família, e ainda vendem artesanatos na cidade, percorrendo longas distâncias. Diante desta realidade elas relatam algumas dificuldades e desconfortos durante a gravidez, pois em algumas situações, os homens “não compreendem” as transformações nos seus corpos neste período. Destacamos as histórias narradas na roda de conversa

Foi buscar lenha de manhã e fez muita força e começou a sangrar, as vez a gente sente dor e eles nem acreditam [maridos] (risos), quando a gente faz alguma coisa daí a gente reclama, eles fala que tá com preguiça de fazê, daí quando a gente fica bastante de pé, às vezes dói o pé também né (GRC).



As indígenas indicaram que seria bom que os homens participassem do pré-natal, para entender as condições delas durante a gestação e compreender os cuidados gestacionais, conforme a narrativa “daí eles vão valorizar mais a gente, nem o meu marido, ele tem medo de ir no hospital, quando ele foi comigo ficou tremendo lá fora, subi até a pressão”(GRC).

Devido ao fato de que todas as mulheres indígenas são encaminhadas para realizar seus partos no hospital (como analisaremos no tópico seguinte), as mesmas só retornam à atenção primária após receberem alta, então são novamente acompanhadas pela EMSI.

No momento puerperal, as indígenas retornam para a aldeia, e a EMSI assiste a mulher e o bebê através das práticas preconizadas no pré-natal. As práticas orientadas pela parteira da comunidade são utilizadas concomitantemente às orientações biomédicas, embora os profissionais da EMSI não visualizem esse fato. Essas práticas de tradicionais de cuidado na comunidade ganham destaque: “que nem essa aqui quando ela tá amamentando, até os cinco mês ela [mãe] não come laranja, carne de porco, guaraná, porque o refrigerante, ele em vez de fortalecer os ossos, ele deixa mole a criança, não caminha logo daí” (Lua).

Observaram-se ainda, as diferentes formas de cuidado que ocorrem dentro do arranjo familiar kaingang, narrados pelas indígenas:

Que nem o meu [marido], quando eu fui sábado pro hospital, desde que nós chegemos, ele que tá fazendo as coisa, tá lavando roupa” “que nem cuida do bebê, eles [marido] não sabem ainda né, eles não se envolvem muito. O meu tinha medo de pegar o nenê no colo, de machucar o bebê, pequeninho, a cuidar, só pegar mesmo” (GRC).

Percebeu-se que a organização do cuidado no núcleo familiar é diverso no contexto kaingang, mas constatou-se uma nova configuração do cuidar após a gestação e na distribuição das tarefas com a inserção do pai da criança neste cenário.

Dentre as práticas kaingang enfatizam-se os cuidados com o umbigo dos bebês indígenas realizados na comunidade:

Antes de cair? O gazezinho. e o álcool, daí depois que caiu já comecei a usar remédio do mato pra não pegar ar. Tem uns que eles fazem que nem um, eles colocam um remédio do mato que eles botam no fogo pra virar brasa. Daí a mãe começa a passar, saí uns farelinho bem pretinho, daí coloca em cima do paninho, dobra o paninho e coloca o paninho em cima do umbiguinho, daí enrola outro pano por cima, daí fica mais quentinho (Sol, 29).

O cuidado com o cordão umbilical para as indígenas tem uma dimensão ritual,

pois o umbigo passa “coisas”, faz parte da construção do corpo e da pessoa kaingang (Rosa, 2011). Para a parteira da comunidade, o rito do umbigo faz com que o bebê tenha um bom crescimento e desenvolvimento, fazendo-o ficar “forte” “o imbigio (umbigo) que nem quando a gente corta né, daí a gente cava na madeira mais forte né pra criança ser forte, já sai como já digo que nem uma simpatia, né”. Nos estudos sobre os Kaingang é destacado que o umbigo é feito nas “coisas” do pai, ele fica aqui no mundo dos parentes, e deve ser enterrado na terra onde a criança nasceu (Rosa, 2011).

No sistema “oficial”, para além das práticas assistenciais, temos a dimensão organizacional dos serviços de saúde. A organização da gestão da saúde indígena ocorre a partir do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), mas no decorrer do campo percebeu-se um movimento paralelo na organização da gestão no serviço de saúde, a liderança indígena. A liderança local, na Aldeia Kondá é uma forma de organização social dos Kaingang, e tem como objetivo direcionar e organizar internamente a comunidade local. Na comunidade, a liderança indígena é composta exclusivamente por homens e está dividida em: cacique (força da decisão final), os conselheiros (orientam e discutem as situações) e os policiais (executores da decisão). Esse poder social interno das lideranças, mantém a ordem e orienta a vida dos indígenas residentes na comunidade. Diante desta forte liderança, abre-se um canal para os indígenas da comunidade expressar suas opiniões, fiscalizar, sugerir e reclamar para seus líderes sobre os serviços ofertados e desenvolvidos em prol da saúde da comunidade.

Durante o trabalho de campo, ganhou destaque um episódio de descontentamento da comunidade com o atendimento do profissional médico da equipe de saúde. Segundo relatos dos indígenas, o mesmo não estava cumprindo a carga horária de 20 horas semanais e os atendimentos estavam sendo conduzidos de forma “superficial” e muito rápida. Desta forma, a liderança reuniu-se em frente a UBS para conduzir uma “reunião” com o profissional médico para estabelecer novos acordos frente à situação vivenciada pela comunidade, buscando reorganizar e melhorar a qualidade da assistência de saúde. Este fato nos mostra um protagonismo das lideranças locais frente à construção das políticas públicas e da assistência à saúde, baseada na necessidade local da comunidade.

Ainda ressalto, a forma mais ampliada de inserção das lideranças indígenas em outras instâncias gestoras da saúde indígena, como o polo-base Chapecó. A enfermeira coordenadora da EMSI, enfatizando o papel da liderança indígena na resolução de problemas da saúde local, ressaltou:

Quando falta carro para o deslocamento dos indígenas para os serviços de referência em saúde, ou diante da precarização e falta de insumos básicos nos serviços de saúde, os caciques tomam a frente para buscar uma solução (Céu).



Na comunidade Kondá a liderança é forte ponto de apoio para a comunidade na coordenação e na fiscalização da assistência da saúde. Para além de mediar à organização social da comunidade, a liderança indígena intervém em prol do direito do acesso das comunidades indígenas aos serviços de saúde de qualidade propostos pelas políticas públicas de saúde.

Mesmo com vários tensionamentos e com o predomínio da biomedicina como guia dos cuidados com as gestantes e puérperas, a atenção primária parece abarcar melhor as experiências das mulheres, como uma das entrevistadas falou: “aqui eles entendem, mas lá no hospital não” (Sol, 29). A proximidade com suas vidas nas aldeias, com os cuidados de outras mulheres experientes, e as possibilidades de acionar as redes comunitárias para demandar algumas melhoras em relação às EMSI, colocam o cuidado pré-natal numa relação mais acolhedora na experiência das mulheres. Esta diferença será notada em relação ao hospital, narrado pelas mulheres como espaço de desrespeito com o seu corpo.

▲ **“E quando amadurece a fruta cai”: os partos das mulheres do Kondá**

Abrimos esta seção com a metáfora usada pela parteira da comunidade, para expressar o momento em que o bebê está pronto para nascer. Todas as gestantes da comunidade são encaminhadas para o Hospital Regional do Oeste (HRO) para parir. Como já mencionamos, fazia quatro anos que a parteira não assistia partos na aldeia.

As indígenas são conduzidas para assistência fora da aldeia pelo serviço de transporte disponibilizado pela SESAI, no qual motorista e veículo permanecem disponíveis 24hs para a comunidade, inclusive nos finais de semanas e feriados, para deslocamentos dos indígenas para as referências de saúde no município de Chapecó/SC. Nestes espaços de referência para o atendimento das indígenas, não há nenhum profissional de saúde indígena presente para fazer o acolhimento do/da paciente indígena e de seus familiares. Este fato dificulta o acesso e o atendimento diferenciado para as mulheres da comunidade. Como destacado no relato de uma gestante Kaingang que participou da roda de conversa:

Chega lá e eles atenderem a gente bem, mas eles descobre que a gente somos índio [...] quando eu cheguei lá de manhã, daí fiquei lá por altas horas até as oito horas que eu fiquei desde cedo. Só que eles invés de dar alguma coisa para comer, e eles davam para as outras [...] daí uma hora eu disse para doutora, eu desde de cedo não comi nada. Meu marido também queria entrar lá, só que não deixaram (GRC).

Na chegada ao HRO, as gestantes aguardam para serem avaliadas pelo mé-

dico plantonista, esse profissional é um desconhecido para as indígenas, pois elas nunca tiveram contato com ele, desestruturando o elo de confiança e vínculo que deveria ocorrer no acolhimento. Esse contato de estranhamento, desconfiança e medo se estabelece no momento da chegada da gestante. O “desconhecido” expõe e toca seu corpo, respaldado pelas necessidades das práticas biomédicas, produzindo uma invasão da sua intimidade: “às vezes o doutor me xingou também [...] que eu não queria me mostrar para o médico, ele queria fazer o toque” (Estrela, 20).

Após avaliação, se a parturiente estiver clinicamente com os sinais de evolução do trabalho de parto, ela é encaminhada para o setor obstétrico. Este setor é caracterizado como um ambiente inóspito, onde as indígenas não se sentem acolhidas. O primeiro contato da parturiente com o setor obstétrico ocorre na sala de “preparo para o parto”, onde são realizados exames físicos, analisam a carteira de gestante para verificar como foi realizado o pré-natal e realizar testes rápidos. As parturientes são acomodadas em boxes pequenos, separados apenas por cortinas, sem privacidade e conforto, separadas de seu companheiro e familiares. A forma de cuidar dos profissionais centra-se sua atenção nas suas intervenções protocolarizadas, rotineiras, que são sentidas como violentas para suas concepções de parir, mesmo algumas práticas que são tidas pelos profissionais como “humanizadas” (como o uso do chuveiro para aliviar a dor das contrações). Como narra uma gestante, que havia gestado anteriormente, e que participou da roda de conversa:

Uma vez eu lá no hospital eles fazem aqueles exercícios com um ferro, a mulher fica de croque, para fazer força, com outros né, [...] fazem tomar banho no chuveiro, a gente passa muito frio, a gente fica muito tempo sem roupa, é uma vergonha (Lua).

Interessante notar a presença de práticas tradicionais como os chás para aliviar a dor e facilitar o parto, serem totalmente negligenciadas pelos profissionais biomédicos: “eles colocam aquele soro pra gente sentir dor [...] eu prefiro toma o remédio caseiro” (GRC). No contexto de cuidado kaingang, durante a assistência à parturiente, nas primeiras contrações, é oferecido a gestante um chá, com o objetivo de garantir força aos músculos pélvicos. O chá é composto de folhas de Guaxuma, preparado pela mãe da gestante ou mulher mais sábia (Rosa, 2011).

Em se tratando das mulheres indígenas, no espaço hospitalar evidencia-se a supremacia da formação técnica e intervencionista do profissional médico que desconsidera o preparo da indígena e sua escolha para o parto natural. No hospital, as mulheres indígenas perdem a possibilidade de participar ativamente de seus partos, visto que os profissionais são os únicos responsáveis pela decisão dos procedimentos a serem implementados no decorrer da internação (Molitero et al., 2013).



Ainda durante o trabalho de parto, as indígenas ficam desacompanhadas de seu companheiro ou familiares relatam que apenas no quarto o companheiro pode ficar junto: “só lá no quarto que eles deixam né, quando a gente ganha” (GRC). Foram narradas também algumas experiências positivas, dependendo mais do profissional que atendeu as mulheres do que de uma linha de cuidado hospitalar, “o meu [marido] aprendeu rápido porque eu fiz cesária né, daí eu fiquei deitada e ele cuidava assim, troca, limpa, de vez em quando, a doutora, ela falava assim pra ele ajudar, daí ele aprendeu rápido” (GRC).

As indígenas permanecem no hospital em torno de 24 horas após o parto. Neste período ficam alojadas em quarto coletivo no HRO, em alojamento conjunto com o recém-nascido. O recém-nascido recebe nas primeiras doze horas de vida, ainda em ambiente hospitalar, as duas primeiras vacinas que é a Bacilo Camette- Guérin (BCG) principal proteção das formas graves de tuberculose e a Hepatite B (recombinante).

Cabe mencionar que o HRO possui o certificado e o incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas destinado aos hospitais que adaptaram as regras de atendimento, acesso diferenciado, com alojamento e internação individualizada, respeito à assistência dos cuidados tradicionais e valorização às práticas tradicionais de saúde e qualificação dos profissionais para atendimento (Brasil, 2017). Porém, os relatos das mulheres não vislumbram um atendimento diferenciado, muito pelo contrário, percebe-se uma dificuldade, por parte dos profissionais, de estabelecer uma relação de respeito à diversidade, assim como um desconhecimento sobre as especificidades kaingang em relação ao corpo, a sexualidade, a reprodução e a intimidade. Esse tensionamento provoca uma dupla discriminação, baseadas no racismo e no sexismo, vivenciada pelas mulheres indígenas (Conklin, 2004).

▲ Itinerários de cuidado: entrelaçando os cuidados indígenas e os cuidados biomédicos

Através da ideia de itinerários terapêuticos proposto pelo antropólogo Menéndez (2003), perseguirei os percursos de assistência de uma indígena kaingang entrevistada, para analisar as articulações entre as diversas práticas de cuidado no período gravídico-puerperal, sejam elas do sistema de saúde “oficial” ou sejam pelas práticas de cuidado kaingang observadas no cotidiano dessa mulher. Os sistemas pessoais, sociais e culturais interagem com as formas de cuidado e com a nossa saúde (Erdmann; Mello; Meirelles, & Marino, 2004). Essa rede que se forma de atores sociais, frente ao cuidado de um indivíduo, produz o que podemos chamar de percurso terapêutico, que são os caminhos percorridos durante as práticas de cuidado com o corpo e a saúde (Menéndez, 2005).

Amora, gestante kaingang de 20 anos, estrutura mediana, cabelos longos e lisos, olhos castanho escuros, de sorriso tímido e fácil. Mãe de três filhos, narrou as suas experiências em ser mãe em uma comunidade indígena. Teve a sua primeira gestação solteira, sendo que o pai do bebê era indígena, e residia em outra aldeia Kaingang, por esse motivo, a jovem relatou que tentou realizar um aborto, pois não queria ser “mãe solteira”: “minha mãe me deu um chá só que não saiu, eu só sangrei”.

Atualmente a jovem é casada com um indígena da comunidade. A pressão social de casamento na comunidade Kaingang é narrada como uma regra interna, no qual as lideranças acordam com as famílias o casamento, mantendo a tradição entre as duas metades clânicas Kamê e Kanhrú. “A gente se casaram aqui na comunidade, foi bonito, em Kaingang, aconselharam sobre o Kamê e Kairu, um parente do meu marido que aconselhou ele e o meu parente me aconselhou, que a gente não podem mais anda por aí [...] assim.”

Ainda destacou o envolvimento da liderança na organização da família na comunidade. A possibilidade de separação do casal é desaconselhada pelas lideranças indígenas, apenas aconselhada em casos de violência doméstica: “a gente não pode separar, que a gente que já tem filho, se ele tivesse me surrado assim, aí que a gente ia se separar, só que ele não me batia”.

Após o casamento a jovem foi morar com sua sogra, seu companheiro e dois filhos, do casal. O primeiro filho de Amora, fruto da relação anterior reside com seus pais. A família frequenta a igreja evangélica, e os preceitos religiosos evangélicos passaram a organizar de outra maneira seu modo de viver, conforme relatou:

Mudou a forma de se vestir, cabelo não pode cortar o cabelo, mandamento de Deus, é o nosso véu que ele deu para nós. [...] eu casei no civil, eu aceitei Jesus, daí eles falaram para mim que a gente tem que fazer o civil [...] está escrito na bíblia, daí a gente fez, não pode ser juntado (Amora).

O culto evangélico apareceu de maneira forte no contexto da aldeia Kondá, tanto na presença de igrejas dentro da T.I., quanto nas práticas moldadas nesses preceitos religiosos, que se entrelaçam com práticas kaingang consideradas “tradicionais” formando uma trama cultural complexa. Como mencionamos anteriormente, a realização de uma coreografia evangélica foi destacada como uma prática de cuidado com o corpo grávido.

As gestações foram relatadas como “tranquilas”, foram assistidas pela EMSI na comunidade, mas todos os nascimentos ocorreram no hospital, mesmo sendo partos vaginais. O marido a acompanhou até o hospital, mas não acompanhou a gestante durante o trabalho de parto. A indígena relata sobre as violações à sua



intimidade sofridas durante a assistência prestadas pelos profissionais de saúde: “eu tinha vergonha, é a primeira vez que um homem [médico] entre comigo, daí eu tinha vergonha de mostrar também”. A exposição corporal pareceu minimizada no último parto, que ela relata que foi assistido por uma médica.

Após parir a última filha, Amora foi hospitalizada por um dia, retornando depois para a aldeia. Na comunidade reside com sua sogra, que ajuda nos cuidados com o bebê, “o bebê acorda a cada minuto, quando mama não quer mais soltar [...] eu tô colocando a faixinha e o remédio da folha no umbigo, para quebranto e dou um chá para ela tomar daquela folha, depois que caiu o umbigo, meu marido guardou na carteira, para enterrar em algum lugar”.

Outra prática de cuidado durante o período puerperal, orientada pela sogra, foi o uso de um chá para não engravidar “minha sogra sabe bem, eu tava tomando os pouquinhos, para não engravidar, não é para engravidar, só quando a criança cresce de novo”.

Como podemos destacar nesse itinerário, diversas práticas de cuidado acompanharam as gestações de Amora. Porém, as práticas, assim como certos significados e valores que tem a ver com a trama comunitária, parecem não ser visibilizadas pelas equipes de saúde da rede “oficial”.

Corroborando com Ferreira (2012), a invisibilidade das vozes das mulheres indígenas na construção das políticas públicas dificulta a adequação dessas políticas às realidades vivenciadas por elas. Cabe resgatar o propósito da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, de atenção diferenciada, ao promover uma relação intercultural mais simétrica que fortaleça saberes e práticas legitimadas no seio das comunidades.

Considerações Finais

Nesse estudo analisamos como ocorrem as práticas de atenção à saúde das kaingang durante a gestação, parto e puerpério na Aldeia Kondá/SC. Reconstruímos os itinerários de cuidado dessas mulheres. No campo de pesquisa foi observado o papel das mulheres kaingang na organização da comunidade e nas dinâmicas dos saberes e práticas do cuidado em saúde. Esses cuidados tradicionais ocorrem nas margens da comunidade, e são invisibilizados pela equipe de saúde.

O modelo de atenção da saúde indígena, proposto pela PNASPI (2002), pressupõe a atenção diferenciada. Neste contexto, encontramos essas práticas de atenção diferenciada inseridas na assistência dos profissionais de saúde, mas circunscritas aos/às técnico/as indígenas de enfermagem e os/as agentes indígenas

de saúde, que desenvolvem sua assistência respeitando a singularidade, língua kaingang e conhecimentos do seu povo, e reconhecendo os diversos atores e as formas práticas de atenção em saúde dentro do cenário do cuidado para com as mulheres indígenas durante o período gravídico-puerperal. Entretanto, percebeu-se ainda uma tensão entre as práticas da medicina tradicional indígena com as utilizadas pelo modelo oficial.

Destaca-se a assistência ao parto, que ocorre em ambiente hospitalar, produzindo marcas nos corpos das parturientes indígenas, mudando a dinâmica e a trama coletiva existente nas práticas de cuidado do parto tradicional indígena. Percebemos também que as lideranças indígenas são como uma força fiscalizadora da saúde indígena no contexto local, articulada com o sistema oficial na resolução dos problemas da saúde de sua comunidade.

Concluimos que a construção do cuidado na perspectiva da atenção diferenciada às mulheres no período gravídico-puerperal demanda um olhar ampliado para as questões etnoculturais, sua relação com a família e comunidade para toda a rede de atenção em saúde que atende a comunidade indígena. Diante disso, faz-se fundamental para reconstruir, de forma coletiva, novos caminhos que insiram as práticas da medicina tradicional indígena no cenário do cuidado gravídico-puerperal a serem percorridos por essas mulheres durante a sua atenção à saúde.

Referências

Fundação Nacional de Saúde. (2002). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**.

Ministério da Saúde do Brasil (2003). **Programa trabalhando com parteiras tradicionais**. http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=28&Itemid=32.

Ministério da Saúde do Brasil. (2011). **Rede Cegonha**. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Presidência da República do Brasil. (2016). **Decreto de 29 de abril de 2016**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/dsn/Dsn14377.htm

Brustolin, P.X.; Girardi, F. & Bernardelli, M. (2017). **Prevalência dos partos na população indígena de Santa Catarina**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 10, Chapecó.

Conklin, B. (2004). O conceito de direitos reprodutivos: na interseção de saúde,

gênero e etnicidade indígena. In: Monteiro, S.; Sansone, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 175-188. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000154&pid=S0104-5970201300010001100010&lng=en

Dias-Scopel, R.P. (2014). A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios mundurucu. **Tese (Doutorado) - PPGAS**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Duarte, F.B. (2016). **Diversidade linguística no Brasil: a situação das línguas ameríndias**. https://www.researchgate.net/publication/316714176_DIVERSIDADE_LINGUISTICA_NO_BRASIL_A_SITUACAO_DAS_LINGUAS_AMERINDIAS

Erdmann, A. L.; Mello, A. L. S. F.; Meirelles, B. H. S. & Marino, S. R. A. (2004). As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 4, n. 57, p. 467-471. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16.pdf>

Ferreira, L.O. (2012). Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. 2012. 261 f. **Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia**, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103269/278498.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Garnelo, L.; Langdon, J. (2005). A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: Minayo, M.C.; Coimbra JR., C. (Orgs.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Fiocruz.

Menéndez, E.L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14.

Menéndez, E.L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207.

Moliterno, A.C.M.; Borghi, A. C.; Orlandi, L. H. S. F.; Faustino, R. C.; Serafim, D. & Carreira, L. (2013). Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 293-301, abr./jun.

Pontes, A.L.M.; Rego, S.; Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210. <http://www.scielo.br/>

pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3199.pdf

Rosa, P.C. (2011). "Para deixar crescer e existir": sobre a produção de corpos e pessoas Kaingang. 2011. 186 f. **Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Antropologia Social**, Universidade de Brasília. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/10104>

Rosa, R.R.G. (2014). O xamanismo Kaingang: a relação dos Kujà com os espíritos animais/vegetais da floresta e dos santos do panteão do catolicismo popular. In: FLECK, E.C.D. **Religiões e religiosidades no Rio Grande do Sul: manifestações da religiosidade indígena**. Anpuh.

Sagas, Y.S. (2016). Práticas tradicionais Kaingang: gestação, parto e pós-parto. **Revista Santa Catarina em História**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 28-40.

Sandes, L.F.F; Freitas, D. A.; Souza, M. F. N. S. & Leite, K. B. S. (2018). Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42.

Tommasino, K. (1995). A história Kaingang da bacia do Tibagi: uma sociedade Jê meridional em movimento. São Paulo: Tese de doutorado. **Programa de Antropologia Social**, Universidade de São Paulo.

Tommasino, K. (2002). Homem e natureza na ecologia dos Kaingang da bacia do rio Tibagi. In: Medri, M. et al. **A bacia do Rio Tibagi**. Medri.

Veiga, J. (1994). Organização social e cosmovisão Kaingang: uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Jê meridional. **Dissertação (Mestrado) - PPGAS**, Campinas: Unicamp.



Práticas e cuidados durante o parto de mulheres da etnia Kambiwá

03

Leonildo Severino da Silva

Introdução

A saúde da população indígena não pode ser compreendida sem a avaliação do contexto sociocultural e ambiental no qual ela se insere. Sendo assim, os eventos ligados à saúde reprodutiva de mulheres indígenas estão inscritos em uma complexa rede que envolve os saberes profissionais e as tradições, além da compreensão do processo saúde-doença no contexto sociocultural (Azevedo, 2009).

Nesse contexto, Conklin (2004) enfatiza que as mulheres indígenas lidam com dificuldades no que se refere aos direitos reprodutivos, pois enfrentam a discriminação étnica e de gênero presentes na prestação dos serviços de saúde baseados no modelo biomédico. A autora cita que diversos fatores contribuem para a referida inadequação, tais como: precária infraestrutura, desconhecimento da saúde reprodutiva indígena em suas diferentes concepções e a associação da imagem das indígenas como parte da natureza.

Em revisão bibliográfica recente, as autoras Zucco e Ril (2018) concluíram que há uma precariedade de produções científicas sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher indígena, restringindo-se basicamente a estudos epidemiológicos. Consideraram ainda, a limitação desse campo em incorporar e traduzir realidades diferentes e diferenciadas mesmo que exista um norteamento político, nesse aspecto a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002).

As especificidades das mulheres indígenas pouco apontadas nas produções científicas corroboram com a crítica feminista já enunciada: faz-se necessária uma renovação científica. Sendo assim, espera-se ampliar e ilustrar o olhar das múltiplas opressões que criam condições de desigualdades em contextos específicos, onde as mulheres são vistas como objetos destituídas de subjetividade e

necessidades (Zucco; Ril, 2018; Harding, 2002).

Dentro do contexto local desta pesquisa, verifica-se a escassez de estudos sobre os aspectos da saúde reprodutiva das mulheres indígenas que habitam a região nordeste, particularmente no Estado de Pernambuco. Destaca-se esse local tendo em vista a expressiva população indígena que reside no estado (Maçêdo, 2007; Souza, 2002; Wakanã; Gil, 2007).

A população indígena Kambiwá, foco desse trabalho, mantém sua comunidade territorialmente afastada do centro da cidade de Ibimirim (Gaspar, 2009), fala a língua portuguesa e vive em aldeias numa área demarcada localizada na zona rural, representando 5,5% da população indígena do estado de Pernambuco (IBGE, 2012). A etnia Kambiwá habita os municípios de Inajá, Floresta, Cabrobó e Ibimirim, sendo que no último município habitam 49% desse povo (IBGE, 2010).

Considerando as características da etnia Kambiwá, partimos do pressuposto de que as práticas e cuidados relacionadas ao trabalho de parto e parto dessas mulheres são influenciadas pelos diferentes contextos culturais (tradicional e profissional); e de que o atendimento adequado das demandas de saúde, implica na adoção de cuidados culturalmente congruentes direcionados a essa população por parte de serviços e de profissionais de saúde.

Questiona-se então: Como se dão as práticas e cuidados durante o parto de mulheres da etnia Kambiwá? Existe influência dos serviços de saúde nos cuidados em saúde reprodutiva das mulheres indígenas Kambiwá? Assim, este estudo tem como objetivo analisar as práticas e cuidados durante o parto de mulheres da etnia Kambiwá considerando suas especificidades étnicas.

Método

Trata-se de um recorte da dissertação de mestrado denominada *Práticas e Cuidados em Saúde Reprodutiva de Mulheres da Etnia Kambiwá*. O estudo é descritivo de abordagem qualitativa e se utilizou da etnoenfermagem como proposta metodológica, além da teoria transcultural do cuidado. Aqui, apresenta-se aspectos da saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá correspondentes principalmente, ao período do parto.

O estudo foi realizado na aldeia Baixa da Alexandra, habitada por indígenas da etnia Kambiwá e situada em Ibimirim, município pertencente ao Sertão do Moxotó, Pernambuco. A coleta de dados foi realizada em três fases no período de setembro de 2012 a maio de 2014. Na primeira fase procedeu-se o levantamento de aspectos populacionais, conhecimento da cultura, crenças e modos



de vida, e a seleção de informantes-gerais. Esse momento também auxiliou no estabelecimento do vínculo com a população.

Na segunda fase realizou-se entrevistas nas residências das informantes-gerais, estas indicaram as informantes-chave. Considerou-se como informante-chave, aquelas detentoras de informações e experiências sobre os aspectos relevantes da cultura e do fenômeno da pesquisa (Leininger; McFarland, 2006). Vale ressaltar que se fez uso de um roteiro contendo perguntas abertas e fechadas, e de um gravador de voz.

Contou-se com a participação de vinte mulheres, maiores de 18 anos, com parturição maior ou igual a 1. As mesmas foram identificadas por uma representação numérica, preservando o anonimato. Na terceira fase de coleta, se esclareceu as dúvidas derivadas das entrevistas e da observação-participação-reflexão com as mulheres participantes.

A análise dos dados, segundo Leininger e McFarland (2006), tratou-se de uma sistemática, profunda e rigorosa etapa da pesquisa qualitativa que foi da transcrição das entrevistas, passando pela categorização dos resultados e avançando para novas formulações teóricas sobre o fenômeno.

A pesquisa foi desenvolvida conforme todas as normatizações contidas na resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012), e pelas normatizações da Resolução 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2000) referentes a pesquisas com populações indígenas. Apesar da realização ser anterior a resolução 510/2016, destaca-se que o presente estudo está em conformidade com tal resolução (Brasil, 2016). Ademais, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o protocolo de número 632.512.

Resultados e discussão

a) Caracterização das participantes do estudo

As mulheres do estudo têm entre 22 e 85 anos de idade, falam somente o idioma português; sete não sabem ler. Dentre as demais, dez têm ensino fundamental, sendo que nove não completaram esse grau de instrução, e três cursaram até o ensino médio, concluído por uma delas. Quinze mulheres são casadas ou convivem com parceiro sexual; uma é viúva e quatro são solteiras ou separadas.

As índias do estudo residem em domicílios ocupados por cinco ou seis pes-

soas em média, que incluem casal com filhas/os (10) e com familiares (5); cinco mulheres são separadas e convivem com filhas/os e familiares.

Quanto aos rendimentos e ao tipo de trabalho realizado, a maioria das mulheres têm renda pessoal proveniente de programas de transferência direta da renda do Governo Federal (Bolsa Família e Bolsa Escola), pensão e aposentadoria, à exceção de uma, que é merendeira na escola local. Esses programas têm prestado papel relevante no combate às desigualdades de gênero, assim como afirma pesquisa do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), onde relataram que o benefício aumentou sua autonomia (Soares; Sátyro, 2009).

Em relação aos aspectos da vida reprodutiva, todas eram múltiparas, de forma que, 12 mulheres tiveram entre 4 e 6 gestações, cinco entre 10 e 14, e o restante três gestações. Os partos são predominantemente naturais, entretanto houve registro de cinco cesáreas. Nesse contexto, cinco mulheres reportaram pelo menos um aborto.

Apesar da frequente multiparidade observada nas participantes da pesquisa, o número médio de filhos/as por mulher foi de aproximadamente seis. O referido valor é inferior ao relatado na Amazônia indígena, cujas taxas chegam a 8,8 por mulher (Pagliaro; Martins; Coelho et al., 2011).

Quanto ao local do parto, as mulheres da etnia Kambiwá variavam entre parir na aldeia, ou em instituições hospitalares. Em alguns casos eram encaminhadas para a instituição mais próxima (localizada em Ibimirim-PE), demais encaminhamentos ou indicações de cesariana eram remetidas para Arcoverde, município que atende média complexidade. O atendimento às gestações de alto-risco, ou casos que demandam maior complexidade eram realizados no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), localizado em Recife.

Sobre as participantes do estudo, sete mulheres tiveram pelo menos um parto domiciliar assistido por familiares, colegas ou parteiras locais. Já os outros partos foram hospitalares. Dez mulheres relataram experiência apenas com partos no ambiente hospitalar e três tiveram todos os seus partos em casa. Destaca-se que, dentre as que possuem apenas partos domiciliares, todas possuíam mais de 60 anos no momento da entrevista.

b) Práticas e cuidados durante o parto

A partir da análise das experiências das mulheres Kambiwá sobre o parto, observou-se uma mudança de paradigma transgeracional. Algumas concepções sobre o parto permanecem, outras sofreram adaptações, mas a vivência desse fe-



nômeno como parte de um evento fisiológico é um dos aspectos mais relevantes que perpassa em todas as gerações.

O parto é de domínio exclusivamente feminino, às vezes sem apoio de outra pessoa no período expulsivo ou auxiliado pelas mulheres “experientes” e “inteligentes” que possuem uma relação de parentesco com estas parturientes, bem como com a criança que ajudam a pôr no mundo.

Para parir em casa, vinham as mulheres experientes, principalmente minha cunhada, uma mulher inteligente [...] [entrevista 2, 54 anos].

Quando eu tava sofrendo para ter menino, aí eu não dizia pra ninguém. Eu não! [...] Quando eu mandava chamar a parteira o menino já tinha nascido. Eu queria ficar só, que era pra não ajuntar muita gente, quem ia sofrer só era eu só. Nem o marido eu queria, eu dava graças a Deus quando ele ia pro mato [entrevista 5, 60 anos]

Tive sozinha [...] deu vontade de ir fora [no banheiro], quando chegou lá: tum!! Nasceu [entrevistada 6, 46 anos].

Considerando este domínio feminino como um empoderamento presente no sistema de parto tradicional, observa-se que isso é marcado pelo xamanismo⁴, que é utilizado também por outros povos indígenas da região norte e centro oeste do Brasil (Dias-Scopel, Scopel, Langdon, 2017). As mulheres experientes, sejam elas chamadas de parteiras ou assistentes, conhecem as práticas xamânicas (rezas e ervas) e as utilizam para solucionar problemas durante a gravidez e o parto.

Às vezes eu tomava uns chás, gengibre, de endro [...] essas coisas assim, a gente tomava. Acontecia da criatura tá aperriado [a criança], tinha o chá de erva cidreira ou um chá da pimenta do reino. Às vezes demora [o parto], mas o que a assistente [aqui considerada a parteira] fazia era rezar uma oração [...] [entrevistada 9, 85 anos].

Fazia um molho com pimenta pra esquentar. As parteiras que vinha pra me ajudar que fazia um caldo bem quente com tempero, pra gente tomar que era pra criança nascer, eu tomei dos dois que nasceu em casa. Pari deitada. Era tranquilo meus partos [Entrevistada 3, 40 anos].

Eu tinha medo de morrer. Quando foi nos meninos gêmeos, eu disse a madrinha que ela rezasse por mim, que eu tava com medo. Aí ela rezou n'eu e disse: não mulher, morre não. Mas eu sentia que ia ser dois, e ela lá viu, que ela é sabida. Ela lá viu que era dois [entrevistada 8, 56 anos].

Aí antes de ir pra rua [para parir no hospital] tomei um banho de erva cidreira [...] [entrevistada 19, 33 anos].

4 - O Xamanismo é produto de saber acumulado por tradição com base experimental e simbólica, fundado sobre a relação harmoniosa entre indivíduo, meio ambiente e cultura, em práticas ritualizadas de cura (Mello, 2010).

No momento do parto, a mulher, ciente de que é chegada a hora, possui a liberdade de decidir pela presença de quem quer que seja, inclusive de ficar sozinha, exercendo sua autonomia nesse processo. Tal fato é semelhante ao de indígenas do Acre e do Amazonas que dão à luz sozinhas ou acompanhadas de mulheres experientes, em geral mais velhas, com um papel marcado pelo caráter social: receber a criança ou cortar o umbigo, gerando uma relação especial entre estas pessoas (Gil, 2007; Dias-Scopel, Scopel, Langdon, 2017).

A erva cidreira foi a mais utilizada entre as Kambiwá, sendo inclusive de sabedoria popular, não necessariamente indicada pela parteira ou por outra mulher experiente como ocorre com o chá da pimenta. Essa erva, utilizada tanto no banho, quanto para beber o chá, tem a propriedade de acelerar o parto, principalmente quando a criança está “aperriada”, ou seja, quando tem algum impedimento para a progressão do parto. As propriedades farmacológicas da erva cidreira (*Lippia alba*) relatadas na literatura científica são: antiespasmódico, tratamento de enxaqueca em mulheres, atividade analgésica, anti-inflamatória e anestésica (Blanco, et al., 2013), o que significa que seu uso pelas mulheres da etnia Kambiwá possui relação com os efeitos que ajudam a parir, não necessariamente estimulando contrações uterinas.

O uso de ervas por meio de práticas xamânicas confere uma sabedoria popular que transcende o universo do parto medicalizado, pois parte da experiência vivida, e da comprovação da eficácia, não pela ciência, mas pela vivência de cada mulher neste processo junto àquelas nas quais ela confia pela alteridade que possuem, logo, as parteiras ou assistentes. Assim como a erva cidreira, de acordo com levantamento feito no estado de Pernambuco, a pimenta prescrita por parteiras tradicionais foi outro recurso mencionado para acelerar o trabalho de parto (Melo; Müller; Gayoso, 2013). Basicamente o uso de bebidas consideradas “quentes”, como o gengibre e a pimenta, de acordo com a dicotomia entre alimentos quentes e frios, também presentes em outras partes da América Latina, podem ajudar durante o trabalho de parto (Yajahuanca, 2009). A outra erva mencionada, o endro (*Anethum graveolens*), tem sido relatado contra dores (Souza; Medeiros, 2013).

As rezas foram outro recurso utilizado como práticas xamânicas. As parteiras rezam sobre as mulheres, dando-lhes condições para o seguimento do parto sem maiores problemas. Essa prática também foi relatada entre indígenas do Alto Juruá, para preservar a saúde da mãe e da criança durante o parto, caso esse apresente complicações (Gil, 2007).

Essas práticas utilizadas pelas mulheres indígenas Kambiwá podem ser classificadas dentro de um paradigma que a antropóloga norte americana Davis-Floyd classifica como modelo holístico de cuidado no parto, no qual há uni-



cidade entre corpo-mente e espírito no processo de parturição, a energia flui por meio da individualização dos cuidados. Tal modelo é contraposto ao que ela denominou de tecnocrático, no qual o excesso de medicalização, sobretudo hospitalar, destitui a humanidade das mulheres (Davis-Floyd, 2003).

Verifica-se que a condução fisiológica do parto, é presente nas experiências de parto dessas mulheres. Destaca-se que as mulheres que realizam práticas xamânicas fazem parte de uma geração anterior, que não tinham acesso aos serviços oficiais de saúde, de forma que os partos eram realizados na aldeia. Na geração mais recente os partos acontecem predominantemente no hospital ou no trajeto entre a aldeia e o mesmo. Ainda assim, existem mecanismos que permitem às mulheres da etnia Kambiwá exercer o controle sobre esse processo, sendo uma vivência marcada pela experiência das mulheres mais “velhas”.

Aí minha mãe chegou lá [no hospital] com um chá, feito de pimenta do reino, que eu não tava conseguindo comer nada, tudo que eu comia eu vomitava. [...] o chá acho que ajudou, porque se não fosse o ardoso dele eu tinha sofrido muito mais [entrevistada 14, 35 anos].

Sobre estes mecanismos de controle sobre o parto, verifica-se que mesmo no hospital, é possível a manutenção de práticas xamânicas. Este espaço de interseção foi discutido em estudo com povos do Alto Xingu, na relação de contato entre diferentes práticas curativas e de autocuidado (Novo, 2011). Observou-se que apesar de criar tensões e paradoxos, em muitos casos ocorrem a multiplicação das escolhas por itinerários terapêuticos, possibilitando assim, a concretização de “respostas híbridas”, das quais envolvem tanto elementos das terapêuticas tradicionais como do modelo hospitalar.

Esta hibridização tem ocorrido em diversas aldeias indígenas espalhadas pelo Brasil, e em muitas situações, gera conflitos no que diz respeito às diferentes expectativas que se criam a respeito do cuidado em saúde, felizmente não foi o caso da etnia Kambiwá, em que foi permitido no hospital o uso de tal prática tradicional sem relatos de proibições. Em casos de restrições, estas se acentuam quando orientadas por princípios tecnicistas da biomedicina, podendo estabelecer posturas etnocêntricas na contramão do cuidado transcultural (Novo, 2011).

Para designar o espaço de atuação de diferentes indivíduos, do qual emerge saberes “híbridos” voltados ao processo de saúde, doença e cuidado marcado por negociações na utilização de práticas sociais e culturais em processos de saúde-doença, tem sido referido o constructo intermedialidade, ou pluralidade terapêutica (Scopel; Dias Scopel; Wiik, 2012). Destaca-se que os termos supracitados não compõem realidades homogêneas, rotuladas como medicina tradicional indígena, ou biomedicina, mas, espaços de trocas, de recursos compartilha-

dos, contestados ou negociados (Vieira; Oliveira; Neves, 2013).

É nesse contexto de sistemas terapêuticos híbridos, que agentes sociais diferentes (profissionais de saúde e a população indígena) interagem na construção de um modelo de saúde. Dentro desse processo está inserido o cuidado, que é fruto do encontro entre concepções diferentes de saúde e doença e, dá-se num ambiente de interculturalidade, estando passível de uma assimetria histórica, que por sua vez é fruto de relações de poder entre o que se faz “científico” e o “tradicional”.

Considerando a intermedicalidade no âmbito do parto como um evento fisiológico, podemos afirmar que é definido e desenvolvido num contexto intercultural. Assim, os relatos seguintes fazem parte desse modelo, que pode ser considerado híbrido, acontecendo no ambiente hospitalar, mas auxiliado por parteiras tradicionais e/ou por enfermeiras, que também são chamadas de parteiras por algumas mulheres, ambas atuando no mesmo espaço. A faixa etária das índias que representam um modelo híbrido nesse estudo, não ultrapassou os 35 anos de idade, o que pode ser um fator de relevância para observarmos a mudança gradativa do cuidado tradicional.

Os meus partos sempre foi a parteira lá. Prefiro lá porque se a gente tiver fraco, faltar força, eles dão uma injeção de força [...]. Às vezes tem mulher que quando tem a criança dá hemorragia, e lá já tem o remédio adequado pra eles aplicarem e em casa não tem. Eu acho que é melhor lá [entrevistada 07, 27 anos].

Os meus sempre foram todos na rua [no hospital]. Eu tinha medo que acontecesse o pior, às vezes na hora do parto a pessoa não conseguir... O menino tá de ruim posição, não ter condição de sair, que podia levar até a morte né? A morte da criança, e principalmente da pessoa né? [entrevistada 13, 31 anos].

Pari deitada, só era eu e a enfermeira mesmo. Queria que alguém tivesse lá, mas não tinha. Faziam um tal de chá de cidreira, mas pra mim não achei resultado nenhum. Na hora lá só tomei o soro mesmo. Eu queria lá, porque minha pressão é muito alta desde a segunda gravidez. Aí por causa disso eu preferia na rua mesmo [em Ibimirim] [entrevistada 17, 31 anos].

[...] aqui o povo tem uma moda, que quando sabe que uma mulher tá buchuda pra ganhar menino, enche a casa todinha de gente [...] Eu mesmo preferia mais no hospital do que em casa. Tinha minha mãe comigo só depois, na hora do parto só a enfermeira mesmo. Não tomei chá, nem tomei soro. Só tomava a injeção de força [entrevistada 19, 33 anos].

Na etnia Kambiwá, o parto sofreu as interferências das modificações sociais e culturais por meio da inserção de um novo paradigma na saúde obstétrica. Com o tempo, o processo de parturição foi transformado do âmbito domiciliar,



no qual a mulher tinha um relativo domínio e controle para o social, mediado pela instituição hospitalar, na constituição de um espaço híbrido com a interface dos saberes (tradicional e profissional).

A inclusão de novos recursos terapêuticos no parto, de um lado trouxe possíveis benefícios, como: a capacidade resolutiva e a busca pela minimização de riscos à saúde, como apontado pelas entrevistadas 7 e 13. Entretanto, também se observou a presença de novos riscos e danos, como: uma dependência excessiva e certa perda da autonomia (Leão et al., 2013).

Nesse sentido, verificou-se que as interferências de acordo com o modelo de saúde acessado pelas mulheres no decorrer das gerações, proporcionou a incorporação de novas concepções culturais. Essas interferências provocadas pela “pluralidade terapêutica” disponível, implicaram numa remodelação do cuidado no parto, tendo em vista que no hospital, por exemplo, “tem o remédio adequado”. Quando se dispõem os dois sistemas de saúde (tradicional e profissional) em questionamento, o sistema tradicional tem “*um tal de chá de cidreira, mas pra mim não achei resultado nenhum*”, o que reitera uma desvalorização das práticas tradicionais.

No entanto, além de um desgaste no cuidado tradicional, há outros motivos que distanciam a mulher da prática de parir em casa. Dentre os mencionados estão, “*enche a casa todinha de gente*”, a possibilidade de uma cesariana ou “*a pressão é muito alta*”, sumariamente os anseios ora relacionam-se com a violação de privacidade, ora com os riscos à saúde. O itinerário terapêutico que tem como destino o hospital, atualmente é visto como a opção “*mais racional*”, tendo em vista que na aldeia, as informantes relataram que as parteiras estão se “*aposentando*”.

Nesse sentido, corroboramos com Helman (2009) quando salienta que na sociedade ocidental, os marcos naturais do ciclo vital (puberdade, menstruação, gravidez, parto e menopausa) tornaram-se gradativamente mais medicalizados e foram transformados em estados patológicos. Sendo assim, o modelo biomédico incentiva a transformação do parto em evento mórbido, que deve ser realizado preferencialmente nos hospitais. A adoção de tais práticas já é observada nas mulheres em idade reprodutiva da etnia Kambiwá, participantes deste estudo.

A medicalização incidente sobre as mulheres é refletida por Pereira e Moura (2008) quando questionam a compreensão do corpo humano como uma engenhosa máquina, mas com o funcionamento imperfeito do feminino, influenciando na percepção do ciclo vital [parto] como uma sucessão de fenômenos fisiopatológicos. Partindo da reflexão dos relatos das Kambiwá, corroboramos com essas autoras, quando afirmam ser a gravidez e o parto, interpretados como fenômenos fortemente predispostos a manifestações mórbidas e desfavoráveis,

necessitando de ações imediatas de controle e de artificialização, constituindo-se na instrumentalização do processo de nascimento humano, tal como vem se apresentando na sociedade moderna - hospitalar e tecnológico.

Por outros prismas, a mudança do sistema tradicional para um modelo híbrido, aponta também para concepções convergentes, pois enquanto no sistema anterior as mulheres preferiram parir em casa, de preferência sozinhas ou acompanhadas de uma mulher experiente, no novo modelo preferem ficar sem muita "gente", por isso vão ao hospital. Também há a crença da necessidade de auxílio para o "conseguir parir", sejam práticas xamânicas ou "*injeção de força*", que faz referência às intervenções medicamentosas.

Diante desse cenário terapêutico híbrido, observa-se uma série de contradições em relação ao paradigma dominante na atenção obstétrica. Ao institucionalizar o parto, valoriza-se o maior aparato tecnológico, como medicamentos e cesarianas com o objetivo de promover um processo com o mínimo de riscos, rápido e indolor, características assimiladas culturalmente por aquelas que dispunham desse serviço.

A partir do momento que evidências científicas apontam para os benefícios da condução fisiológica do trabalho de parto e parto, as classes sociais dominantes começam a cultivar o parto intimista e domiciliar (Leal et al., 2019). Por outro lado, as mulheres indígenas, que antes vivenciavam essa experiência, migram para o modelo hospitalocêntrico. Conseqüentemente as instituições públicas e os profissionais voltam a refletir sobre as intervenções obstétricas, com o objetivo de promover a autonomia das mulheres e também de diminuição das iatrogenias.

A construção coletiva de um cuidado transcultural é essencial a equipe multiprofissional, no sentido de evitar imposições institucionais ao atuarem junto às mulheres, e deve considerar seus próprios referenciais culturais, bem como os protocolos dos serviços. Demais julgamentos referentes às situações atípicas caracterizam uma atitude etnocêntrica, que é frequente nos cenários de atenção à saúde (Melo, 2010). Tais atitudes tendem a estabelecer as relações de poder entre profissionais e suas clientes, assim como a violência institucional/obstétrica descrita no seguinte relato:

Quando cheguei foi induzido o parto com soro para sentir dor. As parteiras que estavam no hospital disseram que "mulher nenhuma vai parir sem sentir dor" [entrevistada 1, 25 anos].

Versando sobre sistemas de saúde culturalmente apropriados, Conklin (2004) enfatiza que é necessário evitar a recriação de estereótipos típicos das culturas indígenas, tendo em vista a importante variedade de povos e costu-



mes. A autora ressalta que aspectos culturais (sem generalizações) e comportamentais desses povos são especialmente relevantes para o planejamento de ações em saúde.

Além disso, são substratos essenciais para o exercício do cuidado congruente com a cultura, proposto na teoria transcultural que norteia essa pesquisa. Entendo a teoria transcultural dentro de uma perspectiva de humanização do cuidado que por sua vez pode possuir diversos sentidos dentro do campo de atenção a nascimentos e partos (Diniz, 2005; Rattner, 2009).

▲ Considerações Finais

A análise das práticas e cuidados durante o parto de mulheres da etnia Kambiwá permite-nos afirmar que dentro do contexto cultural são construídos recursos terapêuticos com sentidos que lhes são peculiares. Essa especificidade confere aos povos indígenas uma atenção diferenciada que deve ser garantida por profissionais de saúde.

O parto, marcado por práticas xamânicas, por mulheres experientes e inteligentes, tem sido cada vez mais direcionado para sua artificialização. Com o tempo, passou para o controle hospitalar, na constituição de um espaço híbrido pela interface dos saberes (tradicional e profissional) e, portanto, definido e desenvolvido num contexto intercultural não necessariamente congruente às necessidades das mulheres (transcultural).

Deve-se ter cautela para não desapropriar o parto das mulheres indígenas, e torná-lo um ato de domínio profissional, susceptível de ocorrer apenas no hospital pela “segurança” idealizada que o mesmo oferece através do conhecimento, da tecnologia e dos medicamentos, haja vista que pode vir carregado de “violências” tutelando as indígenas e destituindo-as de subjetividades.

▲ Referências

Azevedo, M. M. A. (2009). Saúde Reprodutiva e Mulheres Indígenas do Alto Rio Negro. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477.

Blanco, M; Colareda, G.; Van Baren, C. et al. (2013). Antispasmodic effects and composition of the essential oils from two South American chemotypes of *Lippia alba*. **Journal of Ethnopharmacology**, v. 149, n. 3, p. 803-809.

Brasil. (2000). Ministério da Saúde. **Resolução nº 304, de 09 de agosto de 2000**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília.

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46.

Conklin, B. A. (2004). O conceito de direitos reprodutivos: na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: Monteiro, S.; Sansone, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Fiocruz.

Davis-Floyd, R. (2003). **Birth as an American rite of passage**. Berkeley: University California Press.

Dias-Scopel, R; Scopel, D.; Langdon, E.J. (2017). Gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. **Ilha Revista de Antropologia**. Florianópolis, v. 19, n. 1, pp. 183-216.

Diniz, CSG. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, pp.627-37.

Gaspar, L. (2009). **Índios em Pernambuco**. Fundação Joaquim Nabuco, Recife. http://basilio.fundaj.gov.br/pesquisaescolar/index.php?option=com_content&view=article&id=649&Itemid=188.

Gil, L.P. (2007). Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In: Ferreira, LO; Osorio, PS (Orgs). **Medicina tradicional indígena em contextos**. Anais da I Reunião de Monitoramento do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II, Coordenação Técnica, Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília. pp. 23-36.

Harding, S. (2002). **Existe um método feminista?** In: Bartra, Eli (org.). Debates em torno de uma metodologia feminista. 2ª Edição, p. 09-34. México/DF: UNAM.

Helman, C.G. (2009). **Cultura, saúde e doença**. Trad. Ana Rose Bohlen. 5ª Ed. Artmed.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

IBGE. (2012). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010**. Primeiras considerações com base no quesito cor



ou raça. Rio de Janeiro, RJ.

Leão, MRC; Riesco, MLG, Schneck, CA et al. (2013). Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8.

Leal, MC; Bittencourt, SA; Esteves-Pereira, AP et al. (2019). Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. e00223018.

Leininger, M.M.; McFarland, M.R. (2006). **Cultural care diversity and universality: A Worldwide Nursing Theory**. 2ª ed. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.

Macêdo, U. (2007). **A dona do corpo**: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra-BA. Dissertação (mestrado em ciências sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia.

Mello, G.B.R. (2010). Reflexões sobre a relação entre sistemas de crenças e terapêuticas tradicionais: O caso do Xamanismo. **Tempo da Ciência**, v. 17, n. 34, pp. 99-116.

Melo, J.M; Müller, E.; Gayoso, DB. (2013). Parteiras tradicionais de Pernambuco: saberes, práticas e políticas. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 10: desafios atuais do feminismo. **Anais Eletrônicos**. Florianópolis.

Melo, L.P. (2010). A contemporaneidade da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger: uma perspectiva geo-histórica. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, Campo Grande, v. 14, n. 2, pp. 21-32.

Novo, M.P. (2011). Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1362-1370.

Pagliari, H.; Martins, J.C.; Coelho, C.C. et al. (2011). Fecundidade de povos indígenas aldeados no Brasil Central, 2000-2007. In: Popolo, FD.; Cunha, EMGP.; Ribotta, B.; Azevedo, M. (orgs). **Pueblos indígenas y afrodescendientes em América Latina**: dinâmicas poblacionais diversas y desafíos comunes. Rio de Janeiro: ALAP Editor. http://www.alapop.org/2009/SerieInvestigaciones/Serie12/Serie12_Completo.pdf>.

Pereira, A.L.F; Moura, M.A.V. (2008). Ciência, natureza e nascimento humano: interfaces com o movimento de humanização do parto. **Revista Eletrônica de En-**

fermagem [Internet]. v. 10, n. 2, p. 537-543. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a25.htm>

Rattner, D. (2009). Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, pp. 595-602.

Scopel, D; Dias-Scopel, R.P; Wiik, F.B. (2012). Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1.

Soares, S; Sátyro, N. (2009). **O Programa Bolsa Família: desenho institucional, impactos e possibilidades futuras.** Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), N° 1424. Brasília.

Souza, J.P.C; Medeiros, VF. (2013). **Levantamento etnobotânico e etnofarmacológico da região do alto-oeste potiguar** - RN. In: IX Congresso de Iniciação Científica do IFRN.

Souza, J. (2002). **Mulheres Pataxó Hã-hã-hãe: gênero, sexualidade e reprodução.** 2002. Trabalho de conclusão de curso (graduação)- Departamento de Antropologia, Universidade Federal da Bahia.

Vieira, H.T.G; Oliveira, JEl; Neves, RCM. (2013). A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó-Pernambuco. **Saúde e Soc.**, v. 22, n. 2, p. 566-574.

Wakanã, G.S; Gil, L.P. (2007). Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa. In: Ferreira, LO; OSORIO, PS (Orgs). **Medicina tradicional indígena em contextos.** Anais da I Reunião de Monitoramento do Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Projeto Vigisus II, Coordenação Técnica, Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília. pp.37-47.

Yajahuanca, R.S.A. (2009). **Sem kutipa: Concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas Kukamirias, Peru.** 2009. 169 p. Dissertação (mestrado em saúde pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

Zucco, L. P.; Ril, S. Y. (2018). Mulheres indígenas e saúde: uma análise do discurso científico à luz da crítica feminista e dos estudos de gênero. **Gênero**, v. 18, n. 2. Niterói.



Parto indígena: contribuições de enfermeiros para pensar a produção de cuidado no contexto hospitalar

04

Vitória Cruz Lana
Bruna Hellen Vaz Pires
Paulo Sérgio da Silva
Cintia Freitas Casimiro

De saída, é oportuno contextualizar que este capítulo trata da produção de cuidado realizada por enfermeiros obstetras a mulheres indígenas que vivenciam o momento do parto na unidade hospitalar. Substancialmente, esta experimentação científica está diretamente envolvida por um potente discurso intercultural representado por padrões comportamentais indígenas, suas identidades territoriais, modelo de organização social, concepções sobre o viver e especificamente, as representações do parto para a mulher indígena.

A opção em dialogar as ações de cuidar realizadas por enfermeiros no território de Roraima aos povos indígenas, invariavelmente, posiciona esta investigação em campos de práticas e saberes desafiadores, como: buscar fundamentos para organização de uma escrita que seja capaz de contribuir para as modelagens tecnológicas e assistenciais no contexto hospitalar advindas do extremo norte do Brasil.

Nessa perspectiva, acredita-se que os desafios para pensar os cuidados hospitalares praticados por enfermeiros junto à mulher indígena no momento do parto, perpassam por dilemas dialogados na esfera multiprofissional e interdisciplinar. Enfrentamentos de situações multivariadas que envolvem modos operantes de produção de cuidado, cujas singularidades dos profissionais ou das pessoas cuidadas, não são apenas de ordem subjetiva, mas concretas, estabelecidas como marca regional de um povo (Carvalho & Silva, 2019).

Nesse particular, as contribuições apresentadas se abrem ao leitor como uma

tentativa de aproximação da realidade vivenciada por enfermeiros obstetras quando se encontram com as mulheres indígenas no momento do parto, em um serviço hospitalar de referência situado no município de Boa Vista - Roraima.

É preciso considerar as fundamentações de cunho transversal no campo da saúde, das ciências humanas e sociais que (in)diretamente alicerçam as práticas cotidianas de cuidado que são protagonizadas pelos enfermeiros com as mulheres indígenas, sobretudo quando são executadas ações de cuidar mediadas por elementos políticos da saúde indígena e pelos próprios princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dessa forma, os objetivos do atendimento em saúde aos povos indígenas em suas especificidades étnicas e culturais estão listados na Lei 9.836, criada no ano de 1999, que regulamenta o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), complementando a Lei 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços no interior do SUS. Marco histórico para a saúde indígena no Brasil, por promover um direcionamento das ações de cuidado destinadas a esta população considerando elementos culturais, sociais, históricos e epidemiológicos, de forma alinhada com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 1990, 1999a).

Cabe ainda destacar, a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços de saúde indígena. Nesse sentido, em 2002 foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que proporcionou uma reordenação e adaptação da rede de serviços de atenção à saúde indígena, promovendo diversos avanços para a saúde desta população. De maneira particular, a atenção básica em saúde atua por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e os atendimentos de média e alta complexidade funcionam a partir do sistema de referência para a rede ambulatorial e/ou hospitalar, todos vinculados ao SUS (Brasil, 2000, 2004; Marcolino, 2012; Nunes Neto & Silva, 2014).

Baseados nessas contextualizações, considera-se no interior destes serviços, a produção de cuidado em saúde protagonizada por vários profissionais. Aqui, destacam-se as ações de cuidar realizadas pelo enfermeiro como sendo integral, equânime e universal, sobretudo a mulher indígena no momento do parto na unidade hospitalar.

Em sua concepção ampliada, diga-se que as ações de cuidar protagonizadas por enfermeiros é irrestrita à especialidade de enfermagem hospitalar, significando um conjunto de intervenções desenvolvidas em situações de cuidado e dirigidas à pessoa sadia ou adoecida, às demais pessoas a ela ligadas, às comunidades e aos grupos populacionais, visando promover e manter conforto,



bem-estar e segurança, no máximo limite de possibilidades profissionais e institucionais. É uma ação incondicional do corpo que cuida, envolvendo impulsos de amor, ódio, alegria, prazer, esperança, desespero, energia, por ser um sujeito em situação que envolve disponibilidade do corpo para tocar, manipular humores e odores (Figueiredo et al, 2012).

Com esta concepção fala-se sobre a prática de cuidar realizada por enfermeiros ao corpo da mulher indígena no momento do parto, que seja capaz de reconhecer individualidades, singularidades étnicas e respeitar hábitos, crenças, costumes e códigos culturais específicos. Aqui, o esforço reside na identificação das contribuições deixadas como pistas qualitativas por enfermeiros capazes de tocar os desafios para escutar e ouvir discursos que não são indicadores de práticas estritamente biológicas, incompletas e seccionadas a mulher indígena em trabalho de parto no interior do hospital.

As palavras de ordem firmadas incidem no respeito às questões culturais, costumes, tradições e valores que permeiam as fases de vida da mulher indígena. Estes fatores influenciam diretamente o momento do parto, sobretudo quando o evento é considerado de evolução rápida e sem a necessidade de recursos especializados (Laudato, 1998; Belaúnde, 2005; Gil, 2007; Rozin, et al, 2009).

É preciso dialogar com os saberes e romper com a exclusividade dos conhecimentos fisiológicos envolvidos no parto. Essas inquietações quando contextualizadas com a mulher indígena na unidade hospitalar suscitam os seguintes questionamentos orientadores desta investigação: Quais são as ações de cuidar protagonizadas por enfermeiros obstetras no hospital, durante o parto de indígenas? Quais são as contribuições deixadas pelos enfermeiros de Roraima para as práticas de partejar mulheres indígenas no hospital? Mediante o exposto, emerge o seguinte objetivo desta investigação: descrever as contribuições dos enfermeiros obstetras do Estado de Roraima quando desenvolvem ações de cuidar a mulher indígena em trabalho de parto no hospital.

▲ Uma pausa para compreensão metodológica envolvida no percurso investigativo

Cabe aqui uma pausa para compreensão dos elementos metodológicos envolvidos neste percurso investigativo. Aqui, fala-se da apropriação do método qualitativo, descritivo com abordagem indireta da etnografia.

Este tipo de investigação possibilita ao pesquisador, responder questões mais particulares, a verdade da experiência e da vivência é orientada coletivamente para o que é plausível e prático. Os estudos qualitativos funcionam como uma

receita armazenada desde a infância que é utilizada ao longo dos anos e representam hábitos, condutas e ações (Minayo & Costa, 2019).

A opção pela seleção do método qualitativo destaca-se pela sua vitalidade no campo da saúde. Isso porque fornecem análises minuciosas das experiências humanas, ajudando os pesquisadores a adquirirem informações mais detalhadas sobre um fenômeno de interesse (Watkins, 2017). No que tange a abordagem da etnografia nesta investigação científica, sua escolha é justificada pela preocupação de análise holística da cultura, isto é, a cultura não é vista como um mero reflexo de forças estruturais da sociedade, mas como um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e as ações e interações humanas (Mattos & Castro, 2011).

O grupo social envolvido nesta investigação foi constituído por onze enfermeiros. A seleção desses participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: enfermeiro atuante no centro obstétrico, apresentar especialização *lato sensu* em enfermagem obstétrica e experiência com atenção obstétrica ou saúde indígena no mínimo de um ano. Foram excluídos da investigação, enfermeiros que se recusaram a participar do estudo ou não autorizaram a divulgação científica do conhecimento produzido, bem como, enfermeiros em período de férias, licença ou afastado das atividades laborais por motivo não identificado no período da produção dos dados.

O estudo foi realizado no período de março a novembro de 2016, em Boa Vista, capital do Estado de Roraima, localizado na Amazônia Legal. Foi selecionada uma unidade hospitalar de grande porte, referência na área ginecológica e obstétrica destinada a receber parturientes em evolução de trabalho de parto de todo extremo-norte do Brasil.

A pesquisa obedeceu às diretrizes previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi autorizado pela unidade hospitalar e está vinculado ao projeto investigativo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Roraima devidamente aprovado pelo parecer número 1.661.289. Toda a produção dos dados foi precedida pela leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Cabe destacar, que o anonimato dos participantes desta investigação foi mantido pelo uso da palavra identificadora “Enfermeiro,” seguida por um número arábico conforme a ordem de inclusão dos profissionais nesta investigação.

A produção dos dados foi realizada da seguinte forma. Inicialmente os participantes do estudo foram rastreados a partir da escala de serviço do centro obstétrico. Posteriormente, foi traçado um planejamento para realização das entrevistas no campo. Realizado o convite e de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros



ros, o momento do encontro para coleta dos dados foi agendado, de tal forma a não interferir na sua rotina de trabalho.

Cabe sublinhar, que o instrumento de coleta de dados adotado nesta investigação foi uma entrevista semiestruturada composta por questões abertas que versam sobre “parto indígena” e “ações de cuidar do domínio da enfermagem à mulher indígena no hospital”. Os eixos temáticos abordados no instrumento foram validados quanto à organização, clareza e compreensão das questões em um pré-teste, que contou com uma amostra de dez participantes que tinham características similares aos incluídos neste estudo. Isso proporciona um *feedback* do instrumento de coleta de dados e possibilita a correção de eventuais tensões científicas, oferecendo assim, segurança e precisão para o desenvolvimento da pesquisa (Gil, 2002; Lakatos & Marconi, 2004; Iraossi, 2006).

As entrevistas foram gravadas em recurso MP3 *player* e posteriormente foram transcritas para análise. Além disso, a produção dos dados contou com um diário de campo onde notas acessórias foram registradas pelo pesquisador durante as vivências e experiências captadas no campo de pesquisa. Foram realizadas documentações sobre o comportamento dos entrevistados quanto aos assuntos abordados e documentadas impressões subjetivas no decorrer da entrevista (Bastos, 2012; Flick, 2009; Minayo, 2014).

O processo de análise dos dados brutos seguiu o referencial teórico-analítico de conteúdo disposto em Laurence Bardin. Esta proposta de análise textual é caracterizada por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens que permitem a inferência, aqui, das contribuições sobre os cuidados prestados no momento do parto a mulher indígena no hospital. Todas as três etapas previstas nesta modalidade analítica foram percorridas: pré-análise, exploração do material, inferência e interpretação dos resultados (Bardin, 2006). Diga-se, que as unidades de conteúdo advindas do processo analítico foram organizadas no pilar reflexivo disposto a seguir:

Pilar reflexivo: contribuições de enfermeiros para pensar o respeito à cultura das mulheres indígenas no momento do parto

A atenção neste pilar reflexivo está voltada para o respeito à cultura da mulher indígena que vivencia os momentos do parto junto a uma equipe de saúde na unidade hospitalar. Sabe-se que as práticas em saúde, sobretudo as realizadas pela enfermagem, em sua natureza são intersubjetivas e envolvem obrigatoriamente um diálogo entre os corpos que cuidam e são cuidados.

Nesse sentido, é pulsante nos discursos dos enfermeiros as diferentes concepções sobre cuidado direcionados a mulher indígena. Fala-se de formas de saberes distintos que versam sobre a produção do cuidado em saúde. Nessa zona de intercessão entre os conhecimentos dos profissionais de saúde e os saberes indígenas, emerge o multiculturalismo, que precisa ser respeitado e valorizado na cena do cuidado.

No plano macropolítico, tecer considerações sobre o respeito à cultura da mulher indígena requer um resgate histórico que permeia este tema. Em 1986, a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio assegura todos os direitos constitucionais dos povos indígenas, com objetivo de aprimorar e garantir acesso adequado aos serviços de saúde, além de estabelecer o respeito à especificidade cultural e o reconhecimento dos seus saberes (Langdon, 2007).

Em 1997, a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) sugeriu a adoção de medidas que assegurem a igualdade na dignidade e nos direitos individuais e coletivos, em qualquer lugar que seja necessário. Desta forma, os grupos populacionais desfavorecidos economicamente, e as populações em situação de vulnerabilidade social, passaram a ter um olhar direcionado quanto a itens previstos em leis, tais como: emprego, saúde, e o respeito à autenticidade cultural (UNESCO, 1997).

Este respeito aos direitos e autenticidade da cultura indígena foi influenciado pelos países latino americanos, culminando em temas e diretrizes de organizações internacionais, como por exemplo, a Organização das Nações Unidas (ONU) e UNESCO, refletindo nas legislações de vários países, tendo como exemplo o princípio sobre a tolerância de 1995, no qual aborda o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas, além da necessidade do Estado em respeitar o caráter multicultural existente no mundo (UNESCO, 1997; Langdon, 2007).

Posteriormente, nasce a PNASPI, com objetivo de estabelecer o reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, além de considerar e estimular os sistemas tradicionais de saúde, sendo considerado um ato imprescindível ao profissional de saúde (Brasil, 2000). No plano micropolítico do cuidado em saúde, salienta-se que a vida da mulher indígena é marcada por inúmeras crenças e costumes culturais que precisam ser respeitadas e incentivadas pelo não indígena, de modo a contribuir com a preservação de sua identidade étnica (Rozin et al, 2009).

Análises de partos realizadas com mulheres indígenas Timbiras, no Maranhão e em Tocantins, descrevem o olhar holístico e humanizado como elementar na prestação da assistência singularizada e de qualidade à mulher indígena. Espe-



ra-se do enfermeiro que atua com populações indígenas, um trabalho pautado no respeito às crenças, valores e cultura do indígena (Ávila, 2009).

Nesta corrente discursiva, os enfermeiros obstetras envolvidos nesta investigação científica indicam contribuições sobre o respeito à vontade da mulher indígena com base na sua dimensão cultural. Essas afirmativas podem ser evidenciadas nos depoimentos ilustrativos a seguir:

[...] respeitar a vontade da indígena, se eu estou passando a visita e preciso examinar uma indígena, eu vou ver a vontade dela. Às vezes a gente vai fazer um toque, elas não deixam, eu tenho que respeitar: é o direito dela não querer. [...] Temos que respeitar as tradições indígenas, eles têm aqueles curandeiros: tem que ser respeitado. Eles acreditam na cura através do curandeiro, deixa que o curandeiro ajude, não vai deixar de usar o método do hospital, mas você vai conciliar, isso tem que ser respeitado, esses curandeiros, essa tradição deles, essa cultura deles. E atuamos conforme a vontade dela, o que elas querem, do jeito que querem, e respeitando isso." (Enfermeiro 1).

[...] tentamos trazer para o nosso lado, o nosso meio não indígena, mas tem essas particularidades, temos que aceitar a vontade delas, também não pode impor uma coisa que não é comum pra elas (Enfermeiro 4).

Estes depoimentos sinalizam que as práticas de cuidar desenvolvidas por enfermeiros com a mulher indígena parturiente no hospital, estão na origem de todos os acontecimentos da vida, na matriz cultural e nas diversidades regionais de Roraima. Os enfermeiros deixam como contribuições, a realização de ações respeitando a vontade e os aspectos culturais da parturiente indígena, ou seja, as especificidades culturais.

Outro ponto observado nos depoimentos diz respeito à integração dos métodos tradicionais indígenas e a medicina tradicional nas cenas de cuidado. Para Ávila (2009), o respeito cultural à mulher indígena acontece quando o profissional de saúde concilia o tratamento científico à medicina tradicional indígena. Sobre isso, Langdon (2007) enfatiza que nesta união de concepções de cuidado para atender as necessidades das mulheres indígenas, não deve haver desrespeito ou conflito entre os sistemas médicos, dos índios e o dos profissionais de saúde.

O debate em torno da integração entre os saberes indígenas e os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros obstetras no campo da saúde, ganha relevo quando eles afirmam realizar intervenções nas mulheres indígenas em trabalho de parto. Nota-se uma desestabilização do respeito à identidade cultural, marcada por uma tentativa de controlar o corpo da mulher indígena no hospital. Isso fica evidenciado nos depoimentos a seguir, que versam sobre intervenções de cuidar no domínio da enfermagem impactadas por valores culturais indígenas.

[...] quando uma paciente dessa chega, a primeira coisa que a gente tenta fazer é que ela tome banho pra poder tirar um pouco da sujidade que ela chega da comunidade, então já estamos intervindo na questão cultural delas, mas é um processo que tentamos fazer da melhor forma possível, com menor interferência em relação a nossa conduta com a paciente (Enfermeiro 10).

[...] então o profissional que assiste ao parto, ele por vezes não respeita a cultura indígena (Enfermeiro 11).

Observa-se nestes depoimentos, a valorização das práticas sanitárias ocidentais que assumem a tentativa de controlar o corpo indígena e, portanto, afeta diretamente os valores culturais sobre o que é construído como identidade de um povo. Isso expõe a sobreposição de saberes de uma cultura biomédica em detrimento dos saberes próprios sobre o parto, advindas de mulheres indígenas. Nesta corrente, o predomínio da biomedicina sobre outros saberes culturais limita a plena realização do respeito aos indígenas. Assim, as ações em saúde, a depender do contexto, podem ser realizadas sem o conhecimento adequado sobre os aspectos culturais indígenas, consequentemente impactando no respeito às especificidades da cultura das mulheres cuidadas (Langdon, 2007).

O SASI-SUS criado para complementar a Lei 8.080 de 1990, trouxe um direcionamento às ações de saúde destinadas a essa população, e como tais, devem seguir as mesmas diretrizes apresentadas pelo SUS, sobretudo por diferenciar aspectos culturais, sociais, políticos, históricos e epidemiológicos aos povos indígenas. Dentre os objetivos destacam-se: promover uma atenção culturalmente adequada; diminuir as desigualdades e iniquidades; e ofertar uma atenção integral, universal e igualitária na assistência à saúde, como disposto nas diretrizes da Lei 9.836 de 1999 que regulamenta o subsistema (Brasil, 1999b; São Paulo, 2008).

Segundo o artigo 19-F do SASI-SUS: “Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que deve estar pautado por uma abordagem diferenciada e global”. Dessa forma, é necessário que adaptações sejam empregadas quanto à estrutura e organização do SUS nas regiões de densidade populacional indígena para garantir integração e atendimento adequado em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 1999a).

Entretanto, apesar das considerações supracitadas quanto a assistência em saúde dispensada aos povos indígenas, ainda é desafiador atender culturalmente as especificidades e singularidades da mulher em trabalho de parto de forma integral no âmbito do SUS (Santos et al, 2008). Os principais desafios residem em práticas de cuidar roteirizadas, oferta de alimentos distintos dos indígenas; além da distância da família, de curandeiros e do seu ambiente ha-



bitual, o que acaba por comprometer o cuidado e as respostas terapêuticas desses povos (Ranzi, Ortiz & Santos, 2012).

Baseado nessas contextualizações, que versam sobre assistência em saúde no ambiente hospitalar aos povos indígenas, observou-se um distanciamento cultural durante a estadia da mulher indígena no hospital. As peculiaridades de cada parturiente, sua etnia e hábitos foram decodificados pelos enfermeiros dentro de uma estrutura organizacional cuja alimentação é padronizada, repouso do corpo é no leito e não há intérpretes para as línguas indígenas.

Muito embora o tratamento pela equipe de saúde valorize a igualdade e intervenções humanizadas, o que se atesta é conduzido em uma lógica de partear estritamente organicista e protocolar. Esses desafios para pensar a assistência em saúde à mulher indígena no contexto hospitalar são evidenciados nos depoimentos a seguir:

[...] A alimentação delas vem junto com as das outras pacientes, a mesma alimentação que as outras fazem, elas fazem. É uma porção de coisas que elas não têm tratamento diferenciado, de acordo com a cultura deles (Enfermeiro 1).

[...] vou recebê-la, acolhê-la da mesma forma que a não indígena, praticamente é a mesma coisa, receber, acolher, colocar no leito, tentar examinar, ver o que está acontecendo, quando a gente consegue. Não tem uma conduta diferenciada, porque fisicamente são iguais, não tem diferença. A gente trata como tratamos as pacientes da Venezuela, da Guiana e brasileiras, como uma parturiente normal (Enfermeiro 4).

[...] a gente não tem uma assistência diferenciada específica pra indígena. No geral ocorre de forma humanizada, porque tentamos atender na igualdade, todo mundo merece ser tratado igual, se têm uma norma específica pra atender a indígena separada ou diferenciada das outras não existe, ou eu não tenho conhecimento. Mas as indígenas têm uma diferenciação, às vezes não consegue entender o que eles estão falando, ou querendo, mas na medida do possível você consegue atender de forma igualitária nas condições que temos (Enfermeiro 6).

[...] O parto indígena aqui no hospital ele não difere de um parto da pessoa não indígena, são iguais, não leva as questões relacionadas à cultura, aqui não tem essa relevância de cultura, todas as pacientes são tratadas iguais, as indígenas são tratadas como uma paciente como outra qualquer, a avaliação, o trabalho de parto, as orientações, o tratamento, a conduta é tudo a mesma coisa, não adianta eu falar que vou pegar e tratar a paciente diferente, não tem diferença, não tem estrutura. Não estou sendo desumano, estou sendo técnico (Enfermeiro 8).

A lógica de cuidar no interior do hospital obriga a pensar numa fragilização do respeito à cultura indígena. Isso porque o corpo passa a ser visto como

um receptáculo de doenças, a assistência é fragmentada, roteirizada, regida por uma rotina nos componentes da vida humana, como alimentar, banhar, dormir. Olhar para a mulher indígena que está em processo de parto é ainda mais complexo, pois remexe com uma estrutura orgânica, o útero, cuja linguagem cifrada no corpo é estritamente clínica.

Nesse prisma, os depoimentos dos enfermeiros, jogam luz sobre a desvalorização clínica da história do corpo em trabalho de parto, seus costumes e hábitos, uma vez que parturientes indígenas são tratadas e acolhidas da mesma forma que parturientes não indígenas. Este discurso esteve presente (in)diretamente em todos os relatos dos entrevistados o que denota a fragilidade que os profissionais de saúde apresentam para acolher no plano intercultural as mulheres indígenas.

Sobre este assunto, a “Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS” aborda a existência de lacunas no que se refere à qualidade da assistência prestada, principalmente na garantia da integralidade e singularização do cuidado conforme as necessidades da população (Brasil, 2013). Alguns discursos demonstram o desconhecimento de condutas específicas ou normas que regulamentem o cuidado diferenciado que deve ser destinada a essas mulheres, além da importância da valorização e respeito cultural que tem grande representatividade no conforto e bem-estar da parturiente. Os depoimentos prezam pela palavra de ordem “igualdade”, utilizada de forma dissociada, em menor ou maior intensidade, do que é compreendido como integralidade da assistência às mulheres indígenas em trabalho de parto no hospital.

Dessa forma, o cumprimento ou não de determinadas ações pode afetar a saúde dos pais e das crianças, além de impactar sobre o desenvolvimento de uma pessoa, cujas habilidades e capacidades são produzidas desde a gestação. Sob essa perspectiva, foi sublinhado a partir de trabalho de campo etnográfico com os índios Munduruku, a centralidade da expectativa e intenção pragmática como um fator que transpassa as práticas de autoatenção à gestação, parto e pós-parto (Scopel, 2014).

O último aspecto a ser considerado neste pilar reflexivo diz respeito à compreensão dos direitos dos acompanhantes das mulheres indígenas parturientes em âmbito hospitalar. Direito garantido pela Lei 11.108 de 7 de abril de 2005 que dispõe sobre a garantia do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo o mesmo de escolha da parturiente (Brasil, 2005).

Diga-se que este direito afirma a necessidade de suporte continuado que deve ser prestado à mulher em todos os momentos do parto, de modo que ela não permaneça sem apoio físico e emocional. Certamente ter um acompanhante



ao lado no momento do parto é fundamental, sobretudo por considerar os desejos da mulher, que podem ser distintos entre parturientes de diferentes culturas, além de prevenir violências obstétricas no hospital (Oliveira, 2014).

O estímulo à participação do acompanhante ocorre com a finalidade de refletir sobre a humanização no parto e nascimento. Mulheres que tiveram ao seu lado o acompanhante de sua escolha sentiram-se mais seguras, se comparadas àquelas que vivenciaram sozinhas todos os eventos relacionados ao parto; mesmo sendo assistida por uma equipe que ofereça todo o conforto e cuidado (Dodou et al, 2014).

Nessa linha, Enkin e colaboradores (2005) afirmam que “os profissionais da saúde devem respeitar a escolha do suporte emocional e social da mulher durante o parto”. Dessa forma, os enfermeiros obstetras desta investigação salientam que as situações com as mulheres indígenas são multivariadas. Durante o trabalho de parto as mulheres indígenas são acompanhadas por uma pessoa idosa, por um integrante da aldeia que age como tradutor de mensagens, e por vezes, vivenciam todo o processo sozinha. Essas decodificações são identificadas nos depoimentos ilustrativos, a seguir:

[...] na maioria das vezes ela [paciente] vem acompanhado de uma pessoa mais velha, uma sogra, ou mãe, e ele acaba ajudando (Enfermeiro 7).

[...] porque a maioria não entende [português], têm um “bucado” que vem sem acompanhante. O que é pior, se torna mais obrigatório prestar mais atenção se elas estiverem sozinhas (Enfermeiro 4).

[...] geralmente vem com acompanhante que colabora, e tenta passar pra gente o que ela tá sentindo o que está acontecendo. Quando tem um acompanhante ou um intérprete, fica melhor, a pessoa tá dando aquela confiança, porque eles não têm confiança na gente (Enfermeiro 6).

[...] então quando elas vêm com acompanhante que é de dentro da aldeia, um familiar ou tradutor que ele sabe falar o português e o idioma dela, o dialeto, geralmente elas intervêm dentro do processo, ajudando, colaborando para que esse parto aconteça (Enfermeiro 10).

O direito da indígena em contar com um acompanhante no processo de internação é regulamentado pelo ministério da saúde, por meio do selo de hospital amigo do índio, no qual assegura o direito ao acompanhante, informações ao paciente, dieta especial, medidas de valorização das práticas de saúde direcionadas para as singularidades da população indígena, e criação de ambientes nos hospitais adequados a realidade cultural da mulher indígena (FUNASA, 2006).

É notória a valorização dos acompanhantes por parte dos enfermeiros obstetras quando assistem partos de mulheres indígenas. Para eles a presença do

acompanhante facilita a dinâmica assistencial do parto e contribui no processo de comunicação da equipe de saúde com a parturiente, potencializando uma relação de confiança com a indígena.

Em contrapartida, a ausência de acompanhantes no período da internação com a mulher indígena em trabalho de parto no hospital, dificulta a realização de uma assistência singularizada, sobretudo na compreensão e transmissão de mensagens clínicas. Para não finalizar, outro aspecto decodificado foi à frequência de acompanhantes do sexo feminino com idades avançadas. Este fato pode estar correlacionado aos costumes indígenas considerarem a presença da anciã como indispensável no trabalho de parto.

▲ **Uma pausa (in)conclusiva para a continuidade de investigações sobre a produção de cuidado à mulher indígena em trabalho de parto no hospital**

Com a certeza de que existem muitas inquietações sobre a produção de cuidado a população indígena, realiza-se aqui uma pausa nas construções das possíveis rotas científicas, que indicam saídas práticas para pensar em modos de cuidar que considere a mulher indígena em trabalho de parto no interior do hospital.

Essa pausa nos deixa a certeza de que o ambiente hospitalar, como potência do cuidar multiprofissional, precisa ser alimentado por discursos que incidem sobre o tema-problema “interculturalidade”. Isso porque neste território pulsa elementos de ordem subjetiva que tocam questões, desejos, valores, hábitos e costumes em saúde que são da esfera indígena.

Esta aventura científica em sua natureza foi e a sua continuidade será, desafiadora, na medida em que toca linguagens de cuidado que entram em um mesmo plano: a da produção de cuidado ao indígena. Isso requer a pré-disposição para escutar e ouvir discursos políticos direcionados para o índio, compreender os princípios doutrinários do SUS em sua dimensão prática e promover fluxos de vida quando se assiste a mulher indígena em trabalho de parto.

Os encaminhamentos investigativos tocaram em três elementos básicos quando o enfermeiro obstetra se encontrou com as mulheres indígenas em trabalho de parto: discursos de respeito à cultura, protocolização das práticas em saúde, e por fim, e não menos importante, a presença do acompanhante junto à parturiente indígena.

Com a certeza do inacabado, afirma-se: generalizar ainda não foi possível. As considerações ora firmadas se imbricam na área da saúde em interface com ele-



mentos antropológicos que apontam para desconstrução do pouco que se sabe sobre “práticas hospitalares de enfermagem obstétrica na saúde indígena”.

Certamente este momento do estudo convida a rever elementos metodológicos e teóricos do estudo, retornar novamente ao campo para rastrear emergentes contribuições de enfermeiros e profissionais da saúde quando cuidam de mulheres indígenas em trabalho de parto no hospital. Assim, acredita-se que uma boa pista para atestar a tríade, cultura, protocolização de práticas de cuidar e presença do acompanhante, consiste na replicação desta investigação em outros contextos onde a população indígena se encontra.

Referências

Ávila, T. (2009) **Sexualidade, Gênero e Sistema de Parto nos povos Timbira do Maranhão e Tocantins**. Reunião Brasileira de Antropologia, 26, Porto Seguro. Anais. Associação Brasileira de Antropologia.

Bardin, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

Bastos, N.M.G. (2012). **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 5ª ed. Fortaleza: Nacional.

Belaúnde, L.E. (2005). El recuerdo de Luna. **Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos**. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Brasil. (1990). **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 de setembro de 1990.

Brasil. (1999a). **Lei n. 9836, de 23 de setembro de 1999**. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 24 de setembro de 1999a.

Brasil. (1999b). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1163, de 14 de setembro de 1999**. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências, Brasília.

Brasil. (2000) Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1067, de 4 de julho de 2005**. Institui a política nacional de atenção obstétrica e neonatal. Brasília.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização** - PNH/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Carvalho, J.S; Silva, P.S. (2019). Registros do corpo (des)territorializado: em busca de fundamentos para pensar a produção de cuidado em Roraima. In: Ferla, AA; Schweickardt, KHSC; GAI, Noal, D; Schweickardt, JC. (Orgs). **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. 1ª ed. Rede UNIDA.

Dodou, H.D; Rodrigues, D.P; Guerreiro, E.M, Guedes, M.V.C; Lago, P.N; Mesquita, N.S. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. **Esc. Anna Nery**. v. 18 n. 2.

Enkin, M; Keirse, M.J.N.C, Neilson, J; Crowter, C; Duley, L; Hodnett, E et al. (2005). **Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto**. Guanabara Koogan.

Figueiredo, NMA; Tonini, T; Santos, I; Handem, PC; Lopes, LRF. (2012). Cuidado de enfermagem: espaço epistêmico de vivências de ensino a partir do ser cliente. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 20, n. 2, pp. 167-172.

Flick, U. (2009). **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Artmed.

FUNASA. (2006). Ministério da Saúde. **4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e Mês de Vacinação dos Povos Indígenas decreta fim de "saúde de brancos" para índios**. Saúde, a Revista da Funasa, ano II, n.5. Maio/junho.

Gil, A.C. (2002). **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. Atlas.

Gil, L.P. (2007). **Possibilidades de Articulação entre os Sistemas de Parto Tradicionais Indígenas e o Sistema Oficial de Saúde no Alto Juruá**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Medicina Tradicional Indígena em Contextos. Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, pp. 23-36.



Iraossi, G. (2006). **The Power of Survey Design: A User's Guide for Managing Surveys, Interpreting Results, and Influencing Respondents.** Washington, D.C.: The World Bank.

Lakatos, E.M & Marconi, M.A. (2004). **Fundamentos de metodologia científica.** 6.ed. Atlas.

Langdon, E.J. (2007). Diversidade cultural e os desafios da política brasileira de saúde do índio. **Saúde Soc.** São Paulo. v.16, n.2, p.7-12.

Laudato, L. (1998). **Yanomami Pey Këyo.** Universidade Católica de Brasília. Editora Universa.

Marcolino, D.L. (2012). **Saúde das mulheres indígenas no Brasil: uma revisão integrativa.** Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 50f. Monografia (Curso de Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Mattos, C.L.G & Castro, P.A. (2011). **Etnografia e educação: conceitos e usos.** DUEPB.

Minayo, M.C.S. (2014). **Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª ed. Hucitec.

Minayo, M.C.S & Costa, P.C. (2019). Fundamentos teóricos das técnicas de pesquisa qualitativa. **Revista Lusófona de Educação.** v. 40, n. 40, p. 139-153.

Nunes Neto, R.O & Silva, G.M. (2014). Saúde e qualidade de vida da mulher indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. UNIFIA - **Revista Saúde em Foco** [online], pp.29-39. http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_indigena.pdf

Oliveira, V.B. (2014). **Saberes e práticas das parteiras Tupinikim.** Brasília: Universidade de Brasília. 46 f. Monografia (enfermagem). Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília.

Ranzi, D.V.M; Ortiz, S; Santos, C.M.F. (2012). Superação, humanização e Desenvolvimento Local. **Revista Arandu,** Dourados, p. 01 - 44, 29 fev.

Rozin, A.J; Lazzarotto, E.M; Souza, A.A.L; Meza, S.K.L; Baratieri, T; Vidal, K.T.G; Cintra, H.D.E; Dell'aringa, F.K. (2009). **Aspectos Culturais da mulher indígena Guarani.** In: Seminário internacional "Experiências de Agendas 21: os desafios do nosso tempo". Paraná: Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Santos, R.V; Cardoso, A.M; Garnelo, L; Coimbra, JR C.E.A.; Chaves, M.B.G. (2008). Saúde dos Povos Indígenas e Políticas Públicas no Brasil. In: Giovanella, L.; Escorel, S.; Lobato LVT.; Noronha, JC.; Carvalho, Al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Editora Fiocruz/Cebes.

São Paulo. (2008). Secretaria do Estado da Saúde. Dispõe sobre a adoção de procedimentos nos Hospitais de Referência ao Projeto de Resgate da Medicina Tradicional, quando da realização de partos na população indígena, e dá outras providências. **Resolução SS 72 de 15 de 07 de 2008**. Coordenadoria de Planejamento em Saúde, São Paulo, p. 1-4, jun./jul. 3. trim.

Scopel, R.P.D. (2014). **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

UNESCO. (1997). **Princípios sobre a Tolerância**. USP/FLLCH.

Watkins, D. (2017). Rapid and rigorous qualitative data analysis: the “RADaR” technique for applied Research. **International Journal of Qualitative Methods**. v. 16, p. 1-9.



A magia das ervas medicinais tradicionais da Comunidade Indígena Kyikatêjê

05

Mauricio Martins Cabral
Alexandre Silva dos Santos Filho
Rikpàrti Kôkaprôti

Introdução

Este texto socializa o resultado de um estudo sobre as práticas corporais na comunidade Kyikatêjê, localizada na Amazônia Oriental, no sudeste paraense. Tem como objetivo refletir sobre a educação e saúde indígena a partir das atividades corporais desenvolvidas no contexto cultural desta comunidade, reafirmando a seguridade dos direitos da juventude indígena acerca da valorização de seus conhecimentos tradicionais. Para tanto, usa-se a metodologia qualitativa com enfoque na observação participante; traz ainda abordagem das narrativas orais dos mais velhos da comunidade Kyikatêjê. É um estudo que tem como eixo de análise a cultura, a educação e a saúde com base em práticas corporais experimentadas no cotidiano desta sociedade, sendo estas, organizadas a partir das atividades educacionais desenvolvidas na Escola Indígena Estadual de Educação Infantil, Fundamental e Médio Tatakti Kyikatêjê com os alunos indígena. Com fundamentos nas teorias de Mauss (2003) sobre as técnicas do corpo e a concepção de corpo em Merleau-Ponty (1999), procuramos estabelecer diálogos entre os autores supracitados, na perspectiva de compreendermos o mundo particular do corpo índio e as ervas medicinais tradicionais.

Segundo Mauss (2003), cada sociedade possui uma forma de utilizar o corpo a partir de uma compreensão biológica, sociológica e psicológica particular à realidade. Essas práticas corporais são impostas pela sociedade naturalmente, através da "imitação prestigiosa⁵", uma educação que prima pela eficácia - atos

5 - Mauss (2003) deixa claro que toda sociedade tem o potencial de agregar conhecimentos que não são de sua natureza tradicional, o que denominou de "Imitação Prestigiosa", explicando-a como imitação ou ato corporal de ordem mecânica, ou seja, adquirido através de experiências com outras sociedades. Ele aponta tal fato como ato positivo uma vez que as sociedades, ao incorporarem novas técnicas do corpo, mantêm-se vivas diante de outras sociedades.

bem sucedidos da relação dos corpos com seu espaço próprio. As técnicas corporais medicinais proporcionam aos índios a possibilidade de construir uma relação com o mundo a partir das experimentações para aliviar, curar as dores, o mal estar, as infecções internas e externas do corpo, febres, fraturas; além de desenvolver e testar métodos preventivos e a utilização das técnicas corporais específicas para obter esses benefícios. Um corpo encontrando formas particulares de atender às próprias necessidades curativas a partir de técnicas corporais medicinais. Essa tem sido a maneira pela qual índios de todas as comunidades servem-se do próprio corpo para mantê-lo apto para a vida (Mauss, 2003).

As ervas medicinais significam para o corpo indígena algo mais do que mera busca pela cura de algumas doenças específicas. É a saúde extraída da natureza, a partir de técnicas corporais que atendem às necessidades e a realidade do sujeito. O local onde são encontradas e cultivadas constitui um espaço de conhecimento do corpo acerca de como colher, como cultivar, sentir, provar e tocar. Trata-se de um lugar de criação e experimentação, impulso de vida, criatividade, um meio de apropriação, de reconquista de si mesmo, enfim, o lugar onde um corpo vive, e torna-se capaz de despertar as maiores sensibilidades e de promover a reconciliação entre os sentidos esquecidos, alheios às nossas experiências atuais (como olfato, paladar, tato) e a sensibilidade particular de manipulá-los.

Nossos medicamentos não são percebidos pelos nossos sentidos naturais e sim impostos pela indústria capitalista que determina o que devemos usar, trazendo pronto o que é benéfico antes mesmos da apreciação. Medicáveis, que estão fora desse mundo, são eficazes e saudáveis, além de fazer bem ao corpo, traduzem memórias acerca de um determinado tempo, expressando uma realidade vivida em segredos de um corpo e manifestações de outras realidades. Merleau-Ponty (1999) insiste em sua filosofia de que o corpo é vida, ciência, historicidade, subjetividade e cultura. Essa realidade corpórea é que nos faz sentir, imaginar, sonhar, desejar, pensar, narrar, conhecer, escolher, perceber o mundo, os objetos e as pessoas. Em seu pensamento, o corpo é pleno de subjetividade e encontra-se recortado pela historicidade, sendo essa condição corpórea que se desdobra em decisões teóricas, práticas da vida e do conhecimento. Logo, um corpo que se cura por usar uma erva medicinal que um dia foi sua única opção de sobrevivência, assim o faz porque há muito incorporou-a como fonte de saúde. Uma reflexão que requer da filosofia um conversar com a cultura, com a experiência vivida, com a história e com as produções de conhecimento, até porque “tudo aquilo que sei do mundo, mesmo por ciência, eu sei a partir de uma visão minha ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência não poderiam dizer nada” (Merleau- Ponty, 1999, p.03)

Ao pensarmos a relação entre o corpo Kyikatêjê e as ervas medicinais, nos deparamos com esses fenômenos numa realidade sensível na qual as ervas têm



um sentido mágico, com indicadores não somente biológicos, mas sociais, culturais e tradicionais. Nessa perspectiva uma erva traz técnicas específicas de manipulação, há um ritual no preparo desses alimentos/remédios, há uma técnica corporal particular, específica e diferenciada usada nesses momentos ritualísticos. O domínio desse conjunto de conhecimentos é reservado a uma minoria - aos *meprekrê*⁶

▲ Corpo e magia: cura com as ervas tradicionais

Teoria da Magia

O povo *Gavião* possui uma forma única de lidar com as enfermidades do corpo. Para tanto, se construiu uma corporeidade entre o corpo, o conhecimento e a natureza, dada a partir da relação do indivíduo com essas ervas medicinais e os saberes que são intrínsecos a esse processo. As ervas medicinais dessa comunidade são de responsabilidade dos *meprekrê* - os únicos a dominar a ciência dessa prática que envolveram/envolvem saberes que vão muito além de práticas “normais” compreendendo o sobrenatural como o “anormal”. Para nos fundamentar a respeito de tais práticas realizamos uma breve reflexão sobre a teoria da magia de Mauss. Na primeira parte de sua obra “Antropologia e Sociologia” a partir de um vasto estudo etnográfico, Mauss (2003) procura compreender a noção de magia em diversas culturas tradicionais, desdobrando a complexidade desta ciência. Para o autor, a magia é um objeto de crenças não distintas, aquilo que é sobrenatural, anormal. Sendo a mesma um fenômeno social.

Para Mauss (2003), a magia assemelha-se às técnicas do corpo que em um dado momento adquiriu aspectos de uma ciência verdadeira - mágicos, médicos, astrólogos, alquimistas, da história natural. O antropólogo francês afirma que a magia alimentou a ciência e os mágicos. Isso porque nas sociedades tradicionais, somente os feiticeiros tiveram o tempo de fazer observações sobre a natureza, de refletir sobre ela ou de sonhar com ela. Supõe também o autor, que foi nas escolas de mágicos que se constituíram uma tradição científica e um método de educação intelectual. Assim, o autor aponta a magia como a forma primeira de representações coletivas que se tornaram depois, os fundamentos do entendimento individual.

Os indivíduos, segundo Mauss, sobre os quais se atribui o exercício da magia, possuem uma condição distinta no interior de uma sociedade que os trata como mágicos. Não é mágico quem quer; suas qualidades já são estabelecidas pelo grupo social ao qual se faz parte. Mauss (2003) afirma que tal ato é uma construção social. Ao mágico, são conferidas atribuições que efetivamente o qualifica como tal, o mesmo nem sempre atua em um estado “normal”, qualificando essas ações

6 - Como são chamados os “velhos” da comunidade *Kyikatêjê*

como “anormais”, características físicas, tidas como traços ou qualidades de quem é mágico, isso é o que faz dele o mágico, ele se prepara antes, se interdita antes com jejum, sonha e etc. Ainda possui o direito de propriedade daquilo que aplica. Mauss (2003) enfatiza que a alma do mágico é essencialmente móvel e desligada do corpo, sendo que todo indivíduo que tem o poder de exalar sua alma é um mágico. O mágico é normalmente uma espécie de possuído, um adivinho, possesso, sendo que a possessão em alguns sistemas mágicos é a condição mesma da atividade mágica, possuidor de gestos simpáticos que, segundo Mauss, são movimentos anormais do corpo, transes, murmúrios, encantações.

A condição de mágico está estritamente ligada aos atos mágicos, formas pelas quais o mágico desenvolve sua magia. Isso implica que existem materiais específicos, horas específicas – dia ou noite, dias da semana, fases da lua, meses, datas, locais qualificados e o lugar sagrado para que o rito ocorra. Os ritos possuem duas naturezas: orais e manuais. Segundo Mauss (2003), todos os atos mágicos têm um efeito que o autor a qualifica como imagens morais, as da paz, do amor, da sedução, do temor, da justiça, da propriedade e etc. Posteriormente iremos tratar sobre de que forma a magia, o mágico e seus atos se apresentam nesta relação do corpo Gavião com a natureza, e os conhecimentos intrínsecos das ervas medicinais e a forma como se constrói esse processo que envolve a ciência e a magia.

▲ **Saúde e doença do corpo-índio *Parkatêjê* como fenômenos existenciais a serem superados pela prática corporal através das ervas medicinais tradicionais**

Ressaltamos que somente foi possível pesquisarmos a relação que envolve ciência e magia, graças aos relatos dos *meprêkrê*, que pacientemente nos acompanharam à floresta para mostrar as ervas medicinais, narraram e validaram os muitos saberes relativos ao uso das plantas medicinais *Kyikatêjê*; também graças aos jovens da comunidade que se empenharam em nos ajudar na construção dos desenhos e na coleta das narrativas, sensibilizando-se sobre a importância da valorização das práticas corporais relativas ao uso de ervas medicinais⁷ tradicionais pelo seu povo.

Foi um grande momento de aprendizado para essa juventude, entendendo que o espaço escolar é também um local de valorização e discussão dos saberes tradicionais. Para Mauss (2003, p. 176),

nas sociedades tradicionais, somente os sábios tiveram o tempo de fazer

7 - A coleta de informações inicia no ano de 2007 a 2008 na Escola Estadual Indígena de Educação Infantil, Fundamental.

observações sobre a natureza, de refletir sobre ela ou de sonhar com ela. Podemos supor que foi também nas escolas desses 'velhos' que se constituíram uma tradição científica e um método de educação intelectual.

Os *Kyikatêjê* possuem conhecimentos próprios, que foram construídos através do tempo, por indivíduos que se dedicaram a incorporar e a perceber o que estava a seu redor.

Mauss (2003) aponta toda a responsabilidade do conhecimento dado às comunidades tradicionais, aos "velhos especialistas", como os denomina o autor, as autoridades dos conhecimentos tradicionais. Foram eles que experimentaram todas as ervas e comprovaram a eficácia delas, dando sentido e significado para cada um. E é por isso que hoje a juventude *Kyikatêjê* tem a possibilidade de tê-las como uma alternativa de cura para várias doenças e até possibilitar à sociedade envolvente, através de seus experimentos científicos ocidentalizados, potencializá-las.

O corpo índio Gavião não é apenas um corpo que interage com o meio a partir do desenvolvimento de práticas corporais relacionadas aos jogos, brincadeiras, canto, dança, mas também um corpo que é sensível às doenças, mal-estar e sofrimento físico ou moral e que precisa desenvolver uma relação perceptiva com o espaço no qual está situado, encontrando meios de saber servir-se do próprio corpo.

Os saberes relacionados às ervas medicinais são técnicas do corpo relativas ao modo de como cuidar do corpo e seu contexto biográfico que, para Mauss (2003) estão relacionados aos costumes e sobrevivência dos povos. Posto que há técnicas corporais que são usadas como instrumentos para a preservação do ser, são uma prática corporal desenvolvida pelo corpo de forma a protegê-lo de fraquezas corpóreas. Além da alimentação, necessita das ervas medicinais para lhe manter fora do sofrimento físico ocasionado pelas doenças ao qual é sensível no meio em que habita. Não desejamos construir uma afirmação de que o corpo-índio necessita e tem que adoecer, mas é um fato que todo corpo que está vivo, está sujeito a tais acontecimentos o tempo todo.

Merleau-Ponty (1999) contrapõe a compreensão de saúde como ausência de doença e a ideia de que esses dois fenômenos são vistos como opostos, afirmando que doença e saúde são fenômenos considerados existenciais que se manifestam no corpo em determinadas situações de vida. É um estado em que o corpo se encontra e não necessariamente uma imposição de estar bem ou mal corporalmente. Podemos estar acometidos de uma doença, no entanto, ela não interfere no nosso bem-estar como um todo, permanecendo a saúde também. Não é pelo fato de estarmos acometidos por uma enfermidade que não possuímos saúde e

vice-versa. Porém, toda e qualquer sociedade necessita da amenização ou cura para certas doenças.

Citamos como exemplo, a situação da ida à caçada pelos *Kyikatêjê*. Todos os meprekrê caçadores sabem que poderão encontrar obstáculos durante a caçada (picadas de cobras e de animais peçonhentos, ataques de porcos do mato, onça, mal-estar causado por enfermidades ou doenças psicossomáticas e outros). Então, antes de ir à caçada, eles costumam tomar o *Krajô*, uma erva que segundo eles, tira os espíritos ruins, afastando o mal do caçador.

As ervas medicinais *Kyikatêjê* durante muito tempo fizeram parte da única forma e maneira deste povo remediar e curar suas doenças. Para esta comunidade tradicional, é importante preservar os conhecimentos medicinais, pois estão incorporados nessas ervas. Os meprekrê *Kyikatêjê* afirmam que não se deveria perder de maneira alguma o costume de usar as ervas. Para eles, é muito triste ver os mais novos não acreditarem mais no poder curativo e na magia dessas plantas.

Mauss (2003, p. 62) afirma que “a magia é um objeto de crenças”, os indivíduos acreditam na existência da alma, o sobrenatural ligado ao corpo. E que a magia necessita do mágico, o especialista, ou seja, o velho sábio, chefe de família, que se apresenta sempre em um estado anormal, que faz dele o mágico. É uma figura que interpreta sonhos, tem visões, se prepara antes do ritual e ainda possui o direito de propriedade daquilo que aplica. Não é mágico quem quer. Este deve possuir características que lhes foram dadas ao nascer, características herdadas, congênitas e que são visíveis pelos comportamentos sociais e psíquicos manifestados. Os mágicos possuem conhecimentos e uma ciência que é pouco comum entre os indivíduos de uma sociedade. A alma deles é essencialmente móvel e desligada do corpo; é um possuído, um adivinho.

Para os meprekrê *Kyikatêjê* não basta apenas tomar o remédio, tem que acreditar que vai fazer bem. Traz sobre ele o sobrenatural, anormal, que é o acreditar que vai dar certo. Só se procura um meprekrê porque acredita-se nele. As ervas fazem parte da realidade *Kyikatêjê* porque foram, em determinado momento da história desse povo, a única forma de cura. Toda a esperança que se tinha de ficar bom de uma enfermidade advinha dessas técnicas corporais. Elas desenvolveram uma ciência verdadeiramente tradicional que alimentou a ciência clássica e forneceu aos cientistas substrato para seus experimentos.

Segundo os meprekrê *Kyikatêjê*, a nova geração da comunidade deveria valorizar e utilizar com mais frequência e como alternativa de cura de suas doenças as plantas medicinais encontradas na Terra Indígena Mãe Maria. Afirmam que durante muito tempo esse foi o recurso utilizado por esse povo para curar o corpo



das enfermidades e prepará-lo para a vida na aldeia. A descrença nesse processo é um problema apontado pelos meprekrê que constituem uma pequena parte da população e não conseguem entender a não valorização do uso dessas plantas pela juventude da comunidade.

Segundo *Kàipeiti*, velho indígena Gavião “os jovens quando tão doentes não procura mais nós, só procura a farmácia”. Percebe-se uma grande preocupação desse meprekrê que não vê os jovens empenhados nessa prática tradicional. Na concepção dele, estão marcadas ainda suas experiências curativas tradicionais, é tanto que para cada doença nos mostra uma alternativa medicinal. Vejamos a imagem abaixo:

Figura 01: “*Kàipeiti*” velho indígena com um cupinzeiro na mão demonstrando a eficácia do mesmo como medicamento tradicional.



Fonte: O autor, 2007.

Kàipeiti evidencia como e o que utilizavam antigamente para curar suas doenças. Ele mostra o cupinzeiro⁸, do qual o barro era bastante utilizado na cura de fraturas de ossos e hematomas surgidos de pancadas fortíssimas. Ele ensina-nos da seguinte maneira:

Primeiro nós pega o barro de cupim e, depois, machuca bem, e, depois, molha até ficar amassado. Aí, passa muito em cima do machucado. Aí deixa secar e fica tirando toda hora. Os jovens quando tão doentes não procura mais nós, só procura a farmácia (KÀIPEITI, meprekrê, velho indígena - 2007).

Kàipeiti vê seus conhecimentos desacreditados pelos jovens. Cada sociedade reconhece suas doenças específicas e, quando parte de uma comunidade tradicional não reconhece seus conhecimentos como verdadeiros, surge um mal-estar para aqueles que acreditam neles. Os *Kyikatêjê* necessitam dessas ervas para o desenvolvimento de algumas práticas corporais tradicionais. Além disso, a doença constitui sempre um estado com muitas implicações sociais. Os *Kyikatêjê* utilizam-se da natureza (que dá sentido à sua percepção) como fonte para obtenção de seus remédios. Uma relação harmoniosa da natureza com o corpo. *Kàipeiti* afirma que não havia muitas ervas medicinais as quais eles utilizavam como remédio para a cura de suas doenças, mas as que tinham serviam para curá-los. Veja a narrativa:

Nós conhece muita planta que serve pra remédio pra nós, mas só nós usa. Os mais novos não usa esse remédio mais não. Eles não acredita mais na cura dos nosso remédio. Só na farmácia. Nós não tinha muita doença não, nós se curava só com esses remédio mesmo, tudo remédio bom, nós ficava bom só com eles, hoje que tem muito doença, mas serve assim mesmo. (KÀIPEITI, velho indígena - 2007).

Uma demonstração de consciência do *meprekrê* indígena que sabe que existem outras doenças para as quais não há cura a partir dos conhecimentos medicinais, porém afirma a necessidade do uso das ervas medicinais que outrora amenizavam e curavam seu povo, podendo permanecer como uma alternativa e não precisando ser deixadas de lado. Analisa que essas ervas devem somar à medicina convencional.

As plantas possuem uma grande importância para a realidade não só dessa comunidade indígena, mas para todo o cenário brasileiro. A flora brasileira contribuiu/contribui com grande parte dos princípios ativos dos medicamentos distribuídos pelas grandes indústrias farmacêuticas do mundo. Os Jesuítas, em muitas ocasiões, deram muito crédito à medicina desenvolvida pelos indígenas, como mostram as palavras de Frei Caetano Brandão, citadas por Freyre (2003. p.

8 - Significado de Cupinzeiro por Dicionário Informal (SP) em 16 de novembro 2016. Diz-se de aglomerado de terra edificado pelos cupins. O cupinzeiro é o ninho dos cupins.



340): “Melhor tratar-se uma pessoa com um tapuia do sertão, que se observa com mais desembaraçado instinto, do que com um médico desses vindos de Lisboa”. Essa afirmativa nos permite entender a importância e eficácia dos conhecimentos tradicionais indígenas relativos às ervas medicinais para o tratamento de doentes à época. O mesmo acontece atualmente por parte dos velhos *Kyikatêjê*. Junure relata que no passado todos ouviam o pajé, ouviam os velhos ensinarem sobre a importância de cada planta e todos procuravam por ele, sendo que até mesmo o *Kupê* (homem branco) queria beber o remédio do índio:

Nóis ouvia os velhos, nóis usava os remédio da mata, nóis ficava bom mesmo. Tinha respeito pelo velho ou velha que fazia o remédio, não é só tomar remédio não, tem que respeitar quem faz o remédio, ouvir tudo que ele fala pra fazer. Se não, não fica bom não. Hoje tão esquecendo, mas remédio era bom mesmo pro corpo. O corpo fica bom, aí caça, brinca, dorme, fica feliz e protegido do mal. (JUNURE, velho indígena Gavião - 2007).

Junure é bem enfático ao mostrar a importância dessas ervas e a relação interpessoal com o curandeiro. Não seria necessariamente só tomar o remédio, havia uma relação de respeito e confiança. E isso era parte primordial para se alcançar a cura. Percebe-se a importância dessas ervas para a comunidade, possuem particularidades na vida deles por atender as especificidades de suas doenças. Elas interagem com o corpo, fazem parte do corpo que se move em meio a sua realidade, mantêm o corpo bem servido de seu princípio ativo. Merleau-Ponty enfatiza a importância das relações interpessoais quando ressalta a relação do doente com o seu médico, ou seja, quando argumenta especificamente que se trata de uma relação permeada por confiança e amizade, capaz de contribuir com a recuperação (Merleau-Ponty, 1999. p. 228).

O corpo é vivo e, sendo assim, necessita de intervenções, pois a todo momento interfere e sofre interferências no seu espaço. Tem a necessidade de se envolver com o outro numa relação de troca onde um corpo se rende ao conhecimento e outro na aplicabilidade desse conhecimento. Havendo a negação dessa forma de relação os corpos modificam suas práticas corporais tradicionais.

No caso dos *Kyikatêjê*, segundo relatos dos meprekrê aqui apresentados, já não ocorre positivamente essa relação do corpo com as experiências tradicionais da comunidade em relação à apropriação das ervas medicinais dessa comunidade. Isso tem causado grande apreensão nos meprekrê pois muitas práticas corporais, para se desenvolverem nos âmbitos tradicionais da comunidade, precisam da relação com essas ervas, as quais veremos a seguir.

O conhecimento encontrado nesta seção é extraordinário uma vez que apresenta uma variedade de possibilidades de remediação e cura de diversas

doenças que acometem o corpo do povo Gavião. Eles utilizam-se da fauna e da flora nativa, além de produtos minerais, reconhecendo a importância de cada um deles para o tratamento de enfermidades por eles apresentadas e para o lado místico que as plantas oferecem como cura. Por exemplo o *Krajõ*, que expulsa do corpo os espíritos ruins.

Através das narrativas orais, falam e ensinam os(as) jovens sobre as ervas, mostram cada uma e descrevem-nas, apresentando os sentidos e significados enquanto os jovens aprendem e contribuem na construção dessas narrativas reproduzindo as ervas a partir de figuras que retratam a forma física de cada planta, uma estratégia que aproxima a juventude de seu objeto de estudo, já que para desenhá-las precisam conhecê-las e tocar em suas folhas, frutos, galhos, além de realizar experimentos juntamente com os velhos.

A metodologia é utilizada na educação escolar indígena para aproximar os alunos de suas tradições, afirmando que conhecimentos tradicionais podem sim dialogar com os conhecimentos convencionais do mundo ocidentalizado.

As ervas medicinais aqui apresentadas, além de muito importantes, são particulares por trazerem experiências únicas desse povo. Apesar da pouca variedade, elas representam muito para essa sociedade. São representações inseparáveis umas das outras por serem consideradas um conjunto de saberes que fazem parte da prática de fazer o corpo ficar bem.

Utilizamos um método de apresentação bem simples para nos apoderarmos desse conhecimento que é disposição das narrativas na íntegra, valorizando a particularidade da fala dos velhos, os desenhos reproduzidos pelas crianças e jovens da comunidade observando o objeto "*in natura*". Esperamos contribuir muito com essas descrições. Todas as ervas aqui apresentadas possuem seus valores, os meios de utilização e os efeitos medicinais.

A nossa intenção é realizarmos reflexões sobre as descrições das ervas, uma vez que consideramos ser um conhecimento específico e particular dos *meprekrê* dessa comunidade. Busca-se o máximo de compreensão fundada nos relatos desses sábios da comunidade de forma a descrevê-las contribuindo com os saberes tradicionais desse povo.

Nossas reflexões se fundamentam a partir das "técnicas corporais" de Mauss (2003) e da fenomenologia da percepção de Merleau-Ponty (1999), vistas como um esforço teórico que justificaria uma possibilidade interdisciplinar entre os fenômenos corpo e educação, apropriando essa categoria ao espaço escolar, gerando e recriando novas possibilidades de atuação da escola indígena *Kyikatêjê*.



Vejam nas páginas seguintes, a descrição de cada uma dessas plantas medicinais relacionadas às práticas corporais *Kyikatêjê*. Iniciamos por três plantas que, além do princípio ativo químico, possuem poder curativo místico de acordo com a cultura do povo Gavião.

A primeira descrição:

O *Krajõ* (catinga de porco) é uma planta que tem folha bem grande e apontada. Nós usa essa planta quando tamos com dores nas costas, nos braços, pernas, ombros ou então quando nós tã muito cansado. Esta planta também espanta os espíritos ruins do nosso corpo. Quando tamos doentes, nós tira uma embira do krajõ coloca na água e bebe (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê* 2008).

Figura 02: Desenho da erva medicinal “Krajõ” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes⁹



Fonte: O autor, 2007.

⁹ - Sobre a regência do professor Maurício Cabral referente as ervas medicinais do povo Gavião

Vejamos a segunda descrição:

O *Ropxôtôré* é uma planta muito importante pra nós. Quando nós tá tristes, magoados e com raiva, ela traz uma nova alma pro nosso corpo, principalmente quando temos sonhos ruins. É uma planta que raspa a casca, tem um cheiro muito forte que entonta. Colocar a raspa do *Ropxôtôré* dentro da vasilha de água e deixa ela acalmar. Depois toma quatro veis no dia, que o corpo fica tranquilo e calmo. Bom pegar um pouco do caldo da raspa e pô no ouvido quando ele estiver doendo. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê* 2008).

Figura 03: Desenho da erva medicinal “Ropxôtôré” produzido pelos(as) alunos(as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

A terceira descrição:

Usa o pêphahô kakahô (tucandeira) para curar coceiras. Pega a folha, machuca bem ela na mão e passa em cima da coceira. Utilizamos o pêphahô kakahô também pra chamar jabuti, veado, macaco, porção, quando vamos pra caçada. Pra chamar a caça é só machucar a folha da planta com a mão e passa no corpo, assim consegue matar muita caça (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).



Figura 04: Desenho da erva medicinal “Pêphâhô kakahô” produzido pelos(as) alunos(as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Observamos a presença da magia, forma primeira do pensamento humano, ligada às experiências de uso concreto. O corpo-índio, na procura incessante pelo controle da natureza, busca aperfeiçoar suas técnicas corporais sobre as ervas medicinais em busca do bem-estar corporal. Para Mauss (2003) a magia tem uma função social dentro das comunidades nativas, da qual analisa as condições individuais e coletivas no funcionamento eficaz da sociedade. Jarakore afirma que antigamente antes de ir caçar, todos tomavam o Krajõ para que a caçada fosse bem-sucedida e que pudessem trazer para a comunidade muito alimento. Ninguém saía sem tomar o Krajõ e a boa caçada dependia dele, além de outros rituais como as rezas.

Outra Narrativa refere-se ao kaxàt-hô:

O *kaxàt-hô* serve pra dor no corpo. Quando nós sai pra a mata e carrega muito peso nas costas e chega na aldeia muito cansado e com dores, aí nós pega o kaxàt hô tira o caldo da folha bem verde e bebe pra acabar com as dores. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê* 2008).

Figura 05: Desenho da erva medicinal “Kaxàt Hô” produzido pelos(as) alunos(as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Para Mauss (2003), a magia representava o primeiro estágio mental dos indivíduos das comunidades tradicionais, unindo todo um universo místico/religioso e científico. Percebemos na narrativa acima, o total conhecimento que o



meprekrê índio tem sobre a planta, pois define para que serve e como tomá-la. Há uma experiência e um saber tradicional em torno do que ele ensina. Veja a experiência a seguir:

O *Mëahôkatê* (cipó escada) é um cipó grande que tem na nossa mata. Os kupê chama essa planta de cipó escada, porque é muito duro e parece escada, fica bem no alto das árvores. Nós toma o caldo do *Mëahôkatê* quando nós tá com dor de barriga e caganeira. É só tirar um pedaço do cipó, pisar e tomar o caldo que trava muito. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).

Figura 06: Desenho da erva medicinal “Mëahôkatê” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.

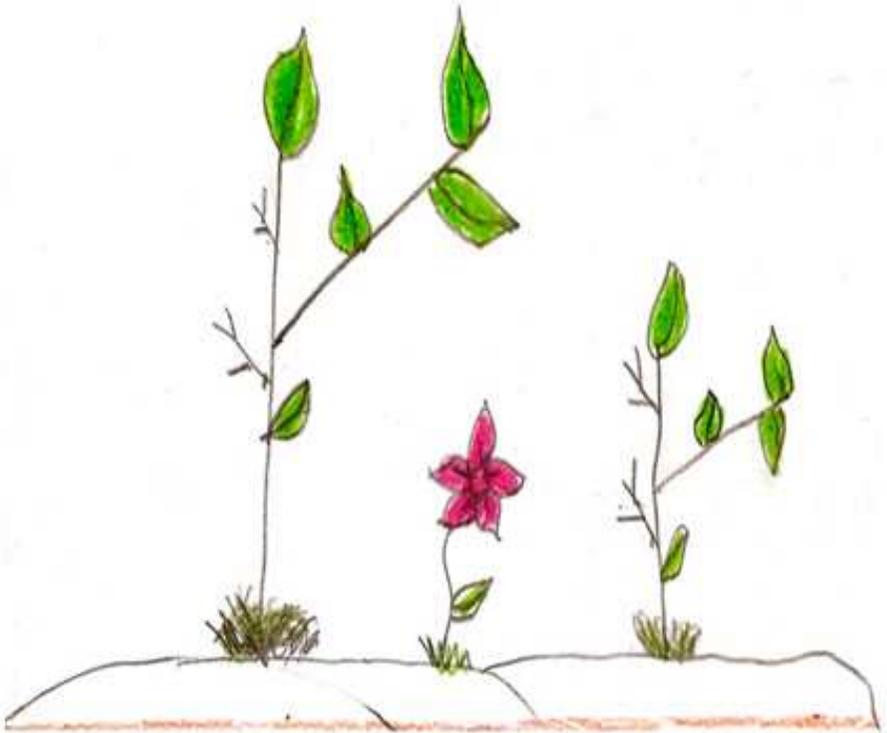


Fonte: O autor, 2008.

Mauss (2003) em seus esboços afirma que os velhos sábios possuem poderes extraordinários sobre as coisas, seus pensamentos são poderosos, são verdadeiros intelectuais de uma ciência primitiva que traz eficácia e resultados satisfatórios, os quais esperam alcançar a partir de suas técnicas corporais. Vejamos outra experiência:

Nóis utiliza muito o *mpokökönturé* (canela de jacamim) pra curar ferida que nasce em nossa boca. Ele ajuda a sarar boqueiras, dor de dente e caroços na boca (aftas). É fácil fazer o remédio, tira duas folhas, mastiga bem e coloca o bagaço em cima da ferida ou da dor do dente que está doendo. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).

Figura 07: Desenho da erva medicinal “*Mpokökönturé*” produzido pelos(as) alunos(as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

O homem deve fazer de seu corpo um produto de suas técnicas, ou seja, seu bem-estar está condicionado às experiências com o meio. Segundo Merleau-Ponty (1999, p. 109), “a origem do objeto está no próprio coração de nossa experiência”. Somos um corpo vivido, pois buscamos e encontramos no mundo nossas saciedades, que somente nele podemos descobrir. Quando se pergun-



ta ao meprekrê Pukre como eles descobriram as ervas e seus efeitos, ele nos responde: “ Nós sabe, nós conhece a mata, nós vive nela”. Para Mauss (2003, p. 62), os sábios têm sobre si o direito de propriedade daquilo que aplicam.

O corpo tem consciência daquilo que tem como objeto e se realiza nele. Em outros termos: “olhar um objeto é vir habitá-lo e dali apreender todas as coisas segundo a face que elas voltam para ele” (Merleau-Ponty, 1999, p.105). Como exemplo temos a narrativa abaixo:

Nós Mehi (índio) usa muito o *Hörkuxēti* pra acabar com nossa dor de cabeça. Quando nós temo dor de cabeça nós arranca um pedaço da casca do *Hörkuxēti* e amarra em nossa cabeça até a dor ir embora. (JARAKORE, velho indígena Kyikatejê 2008).

Figura 08: Desenho da erva medicinal “*Hörkuxēti*” produzido pelos(as) alu-
no(as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.

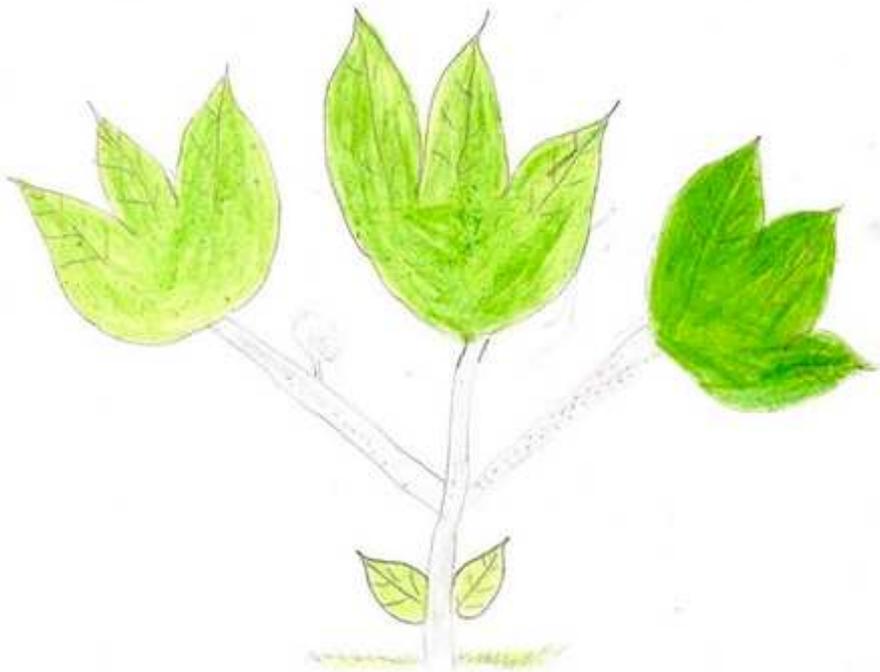


Fonte: O autor, 2008.

Segundo Merleau-Ponty (1999), é através da percepção que o corpo chega aos objetos e, com um único movimento, fecha a paisagem e abre o objeto pelo qual se interessa, dessa forma o explora, o experimenta, o encontra como sua propriedade e o descobre segundo suas necessidades. Na narrativa abaixo, do índio Jarakore, é bem presente em sua fala o objeto e a intimidade que tem com o mesmo. Vejamos:

As folhas *hōrtokapōkti* (pé-de-anta) parecem muito com um pé-de-anta, por isso nós acha que kupê chama de pé-de-anta. Quando nós tá com dor no joelho, osso quebrado ou com pancada forte no corpo, tira um pouco de embira bem verde, pisa com o barro do cupim até virá massa, aí pegar essa massa e coloca onde que dói e deixa o barro secar, depois tira o barro seco e coloca outro até ficar bom. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê* 2008).

Figura 09: Desenho da erva medicinal "*Hōrtokapōkt*" produzido pelos(as) alunos(as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Isso se justifica porque “nas sociedades tradicionais, somente os “velhos” sábios tiveram o tempo de fazer observações sobre a natureza, de refletir sobre ela ou de sonhar com ela” (Mauss, 2003, p. 176). Segundo os meprekrê da comunidade, eles não tinham outra forma de se remediar, tinham que descobrir na “mata mesmo”, não tinham hospitais, só “tinham a floresta”. Se houvesse uma perna ou um braço quebrado “tínhamos que curar com nossos saberes”. Mpotó diz que: “Nóis tinha remédio pra tudo, até mesmo para “caganeira” (diarreia) e coceira no corpo”. Veja:

Este é o *Airomtohô*, nós usa esta planta pra deixar nosso intestino e estômago bem forte pra não dá dor de barriga e caganeira. É fácil fazer o remédio; é só colocar um pedaço da folha da planta na boca, mastigar bem e engolir o sumo. Pode usar o remédio muitas vezes, até que a dor de barriga e a caganeira para. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).

Figura 10: Desenho da erva medicinal “*Airomtohô*” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Esta erva servia para coceiras em qualquer parte do corpo:

Nós, os velho pega a folha do pypypxô (baneaneira brava) e tira dela uma água. Coloca esta água em cima da coceira, ela vai embora. Nós também come a banana crua e assada. (JARAKORE, velho indígena Kyikatêjê 2008).

Figura 11: Desenho da erva medicinal “Pypypxô” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Havia uma grande diversidade de remédios tradicionais que contemplavam suas necessidades corporais, mostrando-nos que toda a realidade que se tinha/tem de mundo é formada por uma consciência. O corpo se introduzindo no mundo e compreendendo as coisas que se projetam a ele a partir da percepção que é a vivência, a relação do homem com o mundo e com a natureza e que vai dando sentido às coisas (Merleau-Ponty, 1999). Vejamos o sentido do mamoeiro para os Kyikatêjê:

Nós velho gosta muito de mamão. Nós tem um plantio de mamão no acampamento, a semente do mamão é boa pra matar as vermes do cor-

po. É só mastigar bem a semente e engolir. Nós fica limpo por dentro.
(JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê* 2008).

Figura 12: Desenho da erva medicinal *Kõnhàkpàrti* produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Mauss (2003) afirma que cada sociedade tem uma forma particular de perceber o mundo. Dando sentido às coisas de acordo com as necessidades do corpo e dos métodos de aprendizagem e de exercício empregados para a montagem de cada técnica, o uso dos objetos é diferenciado de sociedade para sociedade, onde cada uma experimenta-o a partir de suas técnicas corporais específicas.

Segundo Merleau-Ponty (1999), toda percepção estabelece sentido ao homem. As ervas medicinais aqui apresentadas mostram-nos a ideia de um corpo vivido que percebe as coisas, experimentando-as de uma forma bem particular e útil. Vejamos os relatos abaixo referentes às ervas medicinais que nos demonstram tal afirmativa.

PY (urucum):

O Py é uma planta muito bom pra nós. Nós se pinta com ele, nós também usa pra sarar as feridas de nosso corpo. Dói muito quando passa na ferida. Nós usa como remédio, nós coloca a semente numa vasilha com água e mexe até virar um caldo vermelho bem forte. Aí é nós coloca na ferida. (JARAKORE, velho indígena Kyikatêjê. 2008).

Figura 13: Desenho da erva medicinal "PY" produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Kōkōn - (cabaça):

O *kōkōn* é uma muito bom pra nós. Nós usa o *kōkōn* pra guardar água quando vamos caçar e também guardar semente. Esta planta é muito boa pra curar a ferida de nosso pé. É só pegar o *kōkōnkrÿ* que é a folha, esquenta ela no fogo e coloca em cima da ferida. Nossa ferida são curada assim. (JARAKORE, velho indígena Kyikatêjê. 2008).

Figura 14: Desenho da erva medicinal "*Kōkōn*" produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes



Fonte: O autor, 2008.

Kôixurti:

Quando nós ta tonto tira o caldo da folha da planta e bebe, ou esfrega a folha na cabeça. A tontura passa logo. (JARAKORE, velho indígena Kyikatêjê, 2008).

Figura 15: Desenho da erva medicinal “*Kôixurt*” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Pÿpkãti:

O pÿpkãti é muito bom pra curar reumatismo e dor de cabeça. Pega o talo e machuca bem. Depois amarra na cabeça ou no reumatismo, que a dor passa. (JARAKORE, velho indígena Kyikatêjê. 2008).

Figura 16: Desenho da erva medicinal “Pÿpkãti” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



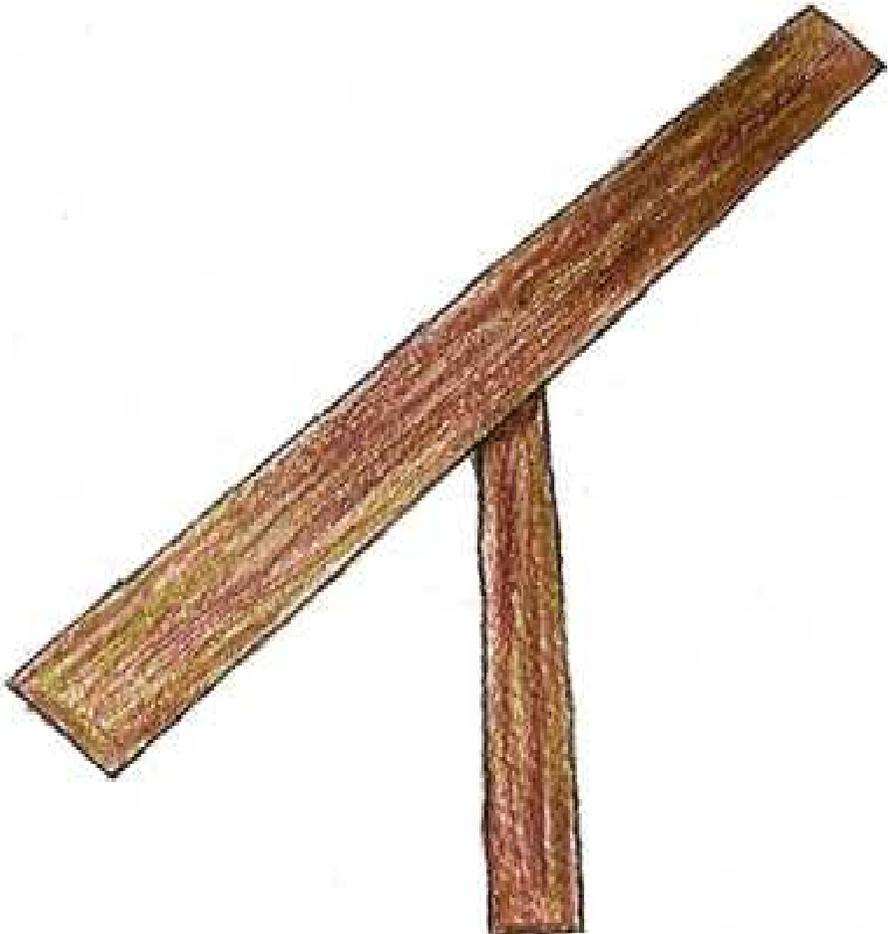
Fonte: O autor, 2008.

Segundo Mauss (2003, p. 421), “todas essas técnicas são montagens físiopsico-sociológicas, montadas por uma autoridade social”. Em toda sociedade, todos sabem e devem saber e aprender o que devem fazer em todas as condições – sentidos e significados das práticas corporais que geralmente são comandados pela educação e, no mínimo, pelas circunstâncias da vida em comum, do convívio. Continuamos com as narrativas referentes ao uso das ervas medicinais *Kyikatêjê*:

Parnãxô (embira do guerreiro):

O *parnãxô* (embira do guerreiro) é uma planta muito boa pra osso quebrado, rachadura no pé e dor na perna. Tira a embira bem verdinha e amarra em cima do machucado e da parte que dói. Fica bom rápido. ((JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).

Figura 17: Desenho da erva medicinal "*Parnãxô*" produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Arte



Fonte: O autor, 2008.



Kurÿti (goiaba brava):

O *kurÿti* é uma planta que o tronco parece muito com um pé de goiaba. *kupẽ* a chama de goiaba brava porque tronco parece com o de goiaba. Nós utiliza a casca bem verde do tronco do *kurÿti* e pisa com o *py* (urucum), e passa no corpo do *krare* (criança) que acabou de nascer. O *krare* fica forte e novo pra toda a vida. O *kurÿti* renova a casca de seu tronco de tempo em tempo. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).

Figura 18: Desenho da erva medicinal “*Kÿryti*” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

SKÿmxêre (bacuri):

Em nossa mata temos um remédio muito bom pra curar a malária, é o *kÿmxêre*. Tira à casca do pé desta planta e coloca na água pra descansar até que a água mude de cor, ficar bem escura. Só é bom beber depois que a água mudar de cor. Então bebe de três em três horas para expulsar a malária. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).

Figura 19: Desenho da erva medicinal “Kūmxêre” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



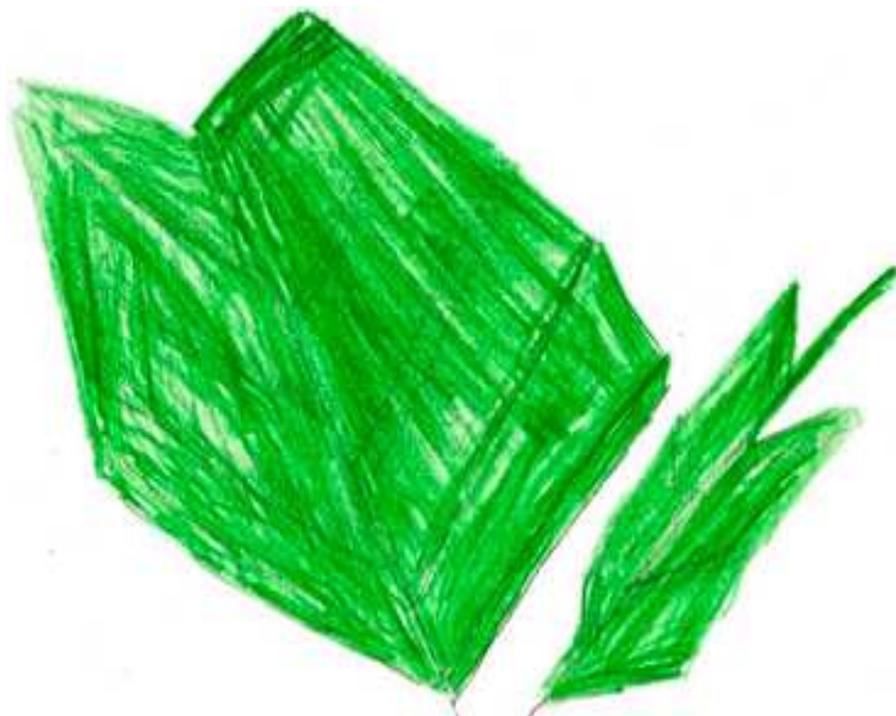
Fonte: O autor, 2008.

Awarehô:

Quando sonha com “coisas” ruins antes de uma caçada, nós arranca um galho do Awarehô e batemos no corpo, isso nos dá uma caçada tranquila. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê* 2008).



Figura 20: Desenho da erva medicinal “Awararehô” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

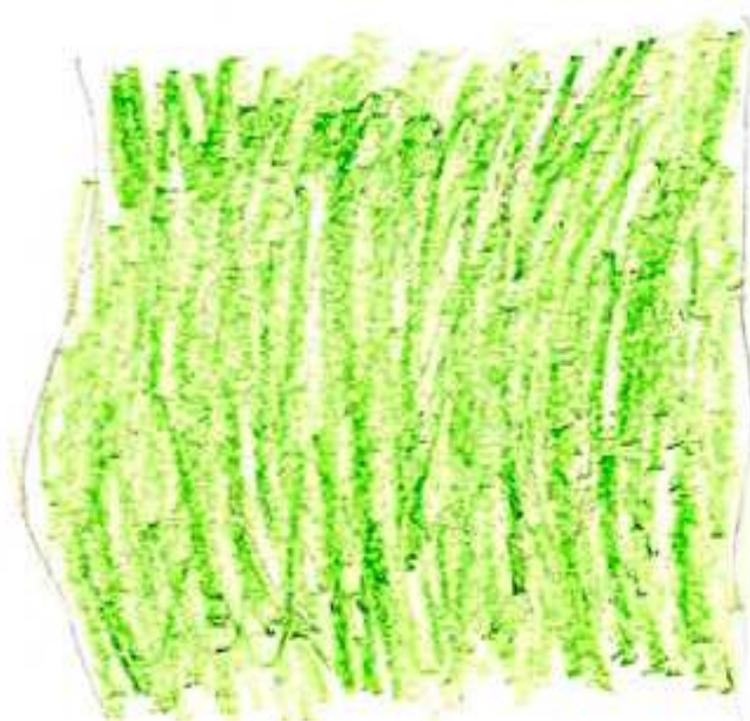
Segundo Mauss (2003, p. 413), “o grande momento da educação do corpo é, de fato, o da iniciação”. Contudo, tanto para os homens como para as mulheres, o momento decisivo é o da adolescência. É nesse momento que eles aprendem definitivamente as técnicas do corpo que conservarão durante toda a idade adulta.

As ervas medicinais aqui apresentadas são um desejo dos *meprekrê* da comunidade de que todos(as) os(as) jovens aprendam sobre elas e as usem quando necessário, na intenção de mantê-las sustentadas culturalmente. Percebe-se a quantidade de conhecimentos que são passados através delas e que são importantes para a manutenção de suas práticas corporais tradicionais. A seguir, outros importantíssimos conhecimentos acerca das ervas medicinais *Kyikatêjê*.

Kruwaxwakàjakati:

Quando pega sarampo, nós usa a raspa bem fina do *Kruwaxwakàjakati*. Passa em nosso corpo pra desaparecer as manchas vermelhas que o sarampo traz. Passa toda hora até o sarampo ir embora. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).

Figura 21: Desenho da erva medicinal "*Kruwaxwakàjakati*" produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Mëkarôhô:

Pra ficar bom da gripe, nós usa a folha do *Mëkarôhô*. Pega a folha e fazemo o chá ou então pisa a folha e tira o caldo. Aí bebe durante dia, até ficar bom da gripe. O *mëkarôhô* é muito bom pra acabar com a gripe. (JARAKORE, velho indígena *Kyikatêjê*. 2008).



Figura 22: Desenho da erva medicinal “Mekarõhõ” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

Opotijõ:

As velhas utiliza o opotijõ pra acabar com sangramento muito forte que acontece durante o kaprõ (menstruação) e também pra evitar filho. Quando não quer engravidar comem o palmito da planta, aí não engravida. Esta planta também cura nosso povo de tuberculose; pega a folha seca da palmeira e queima, depois pega as cinza e coloca um pouco de água e bebe, ou cheira a cinza ou passa no pescoço. Assim fica bom da tuberculose. (JARAKORE, velho indígena Kyikatêjê. 2008).

Figura 23: Desenho da erva medicinal “Opotijô” produzido pelos (as) alunos (as) durante as atividades pedagógicas de Língua Portuguesa e Artes.



Fonte: O autor, 2008.

No final deste trabalho, a aluna Jukaprin, criança indígena de nove anos, ao ser questionada por mim para realizar uma breve avaliação acerca do estudo durante o ano de 2008, retorna o questionamento a partir deste pequeno texto intitulado “Isso é o que eu aprendi das plantas”. Veja o texto a seguir, o qual realiza com simplicidade suas considerações a respeito da importância das ervas medicinais como uma prática corporal que deve ser valorizada pelo seu povo:



Eu aprendi sobre muitos tipos de plantas com os mais velhos, eles nos ensinaram como conhecer cada planta, e aí desenhamos para mostrarmos ao nosso povo *Kyikatêjê* e aos nossos filhos quando nascerem. Eu sei que o nosso povo irá ficar muito feliz com todos nós da escola, pois aprendemos muito sobre nossas plantas, com nossas pesquisas junto com os velhos na floresta de nosso povo. (JUKAPRIN, criança indígena - 2008).

Em nosso levantamento das representações das ervas medicinais, encontramos as ideias pelas quais os *meprekrê* quiseram explicar a crença na eficácia de suas práticas corporais em relação às plantas medicinais: as fórmulas, as simpatias, a noção de propriedade, relação com demônios, a aplicabilidade, o preparo, quem pode fazer e a utilização. Já vimos quão pouco essas noções eram simples, porém com efeitos ou produzindo efeitos extraordinários para uma diversidade de doenças e prevenções para o corpo.

A unidade de todo o sistema curandeiro nos aparece agora com mais evidência, acreditamos termos nos apropriado de grandes conhecimentos que asseguram os *meprekrê* da comunidade *Kyikatêjê* acerca de suas tradições. Temos razões para afirmar que as ervas medicinais fazem parte do esquema corporal indígena, pois esses indivíduos têm consciência de sua postura no mundo, entendendo que seu corpo está no mundo, faz parte do mundo e precisa dele para permanecer vivo (Merleau-Ponty, 1999). Os efeitos produzidos pelo uso das ervas medicinais são benéficos, os procedimentos ocorrem através de práticas corporais simples e peculiares. Elas se completam sem que se perca sua essência - a saúde e a prevenção da comunidade.

Nossa análise certamente aponta para uma enorme relação do corpo índio *Parkatêjê* com as ervas medicinais. Para Merleau-Ponty (1999, p. 276. grifos do autor), "a coisa e o mundo me são dados com as partes de meu corpo não por uma 'geometria natural', mas em uma conexão viva comparável, ou antes idêntica à que existe entre as partes de meu próprio corpo". O autor afirma a ligação que o corpo tem com o mundo, precisando dele e de suas manifestações físicas e químicas para poder permanecer experimentando-o. O corpo está no mundo e necessita dele.

Conclusão

Durante muito tempo a única forma do corpo índio *Kyikatêjê* combater suas enfermidades e se prevenir contra uma diversidade de males foi se apropriar dele. Sobre essa relação do corpo com o mundo, Merleau-Ponty (1999, p. 278) diz que "nós reaprendemos a sentir nosso corpo, reencontramos, sob o saber objetivo e distante do corpo, este outro saber que temos dele porque

ele está sempre conosco e porque nós somos corpo". Há uma ligação muito forte entre o corpo e o mundo, o mesmo precisa perceber o seu espaço para sobreviver e ao mesmo tempo se manter nele.

O corpo sabe que há saberes que estão no mundo (ervas medicinais são um desses saberes) e se apropria a partir de sua consciência de mundo e de suas habilidades experimentais. Não se sabe quanto tempo o corpo-índio levou para experimentar a eficácia dessas ervas apresentadas aqui, sabe-se que possuem resultados que combatem suas enfermidades. Sabe-se também que o mundo era sua única alternativa para buscar a cura e a prevenção de suas doenças. Não podemos esquecer também que os saberes científicos utilizados pela medicina, são provenientes dos saberes indígenas, extraídos das ervas.

Para Mauss (2003), toda sociedade possui sua forma própria de viver o mundo, que se dá através da educação dos diversos hábitos, naturais ou adquiridos pela sociedade ao longo de sua existência e desenvolvidos a partir de suas técnicas corporais. A manipulação das ervas medicinais pelos *Kyikatêjê* ocorre a partir das técnicas do corpo desses índios, que buscam encontrar soluções para o mal-estar corporal, seja físico ou espiritual.

As técnicas sobre o uso das ervas são montadas por uma autoridade social, os velhos *Kyikatêjê* que conhecem os efeitos e as contraindicações delas. Eles, os *meprekrê*, sabem como manipulá-las na dose certa e prescrever para um determinado tempo, sabem onde encontrá-las na floresta. Elas fazem parte da magia pura, que vem das experiências do *meprekrê* pajé, este, segundo Mauss (2003, p. 51), contempla "toda a vida mística e toda a vida científica dos indivíduos das comunidades tradicionais. Sua origem e sua medicina, seus rituais".

Referências

Mauss, M. (2003). **Sociologia e antropologia**. Cosac & Naify.

Merleau-Ponty, M. (1999). **Fenomenologia da percepção**. (Tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura). Martins Fontes.

Minayo, M.C.S. (2008). Técnicas de análises do material qualitativo. In: Minayo, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ed. Hucitec.



Práticas tradicionais de cura dos povos Karipuna do Amapá: uma perspectiva a partir do olhar dos curadores

06

Anapaula Martins Mendes
Midiã Ferreira do Rosário

▲ **As Práticas Médicas Tradicionais e a Saúde Indígena**

A medicina tradicional, também reconhecida pelo termo prática tradicional de cura, caminha com a história da humanidade. São conhecimentos milenares traduzidos como diferentes formas de conceituar ou compreender, prevenir, tratar, cuidar e curar enfermidades. Conceituada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo a prática baseada nos conhecimentos e procedimentos fundamentados em teorias, crenças e experiências de povos de diferentes culturas, explicadas ou não pela ciência e utilizadas no reconhecimento de uma situação e na manutenção da saúde; na prevenção, diagnóstico e tratamento tanto da doença física quanto da doença mental (OMS, 2002).

Neste âmbito também se encontra a medicina tradicional indígena, composta por métodos de prevenção, promoção e recuperação da saúde balizadas em diferentes aspectos culturais, incluindo desde um modo próprio de perceber as situações que atravessam o conceito de saúde e doença até o uso das plantas medicinais e dos rituais de cura sob a responsabilidade de xamãs, pajés, parteiras e outros curadores ou curandeiros. Esta prática médica tradicional é de domínio de cada grupo étnico e de seus praticantes e executadas de maneira singular entre os diferentes povos indígenas (Ferreira & Osório, 2007).

Por muito tempo as práticas tradicionais indígenas representaram a única forma de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças nas comunidades, especialmente pela falta dos serviços de saúde nestes territórios. Embora as práticas e os saberes sejam diferentes, não podem ser considerados menos importantes em

relação à medicina ocidental, e devem compor qualquer trabalho de saúde que envolva povos de culturas diferentes (CIMI, 2013).

Pensando neste contexto e nas inúmeras discussões que permearam a criação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI, foi criada uma diretriz que trata sobre os sistemas tradicionais de saúde, considerados como sendo o principal recurso de atenção à saúde dos povos indígenas e dá importância à articulação destas práticas com os demais saberes no desenvolvimento dos cuidados prestados pelos serviços de saúde dentro dos territórios indígenas. Contudo, o que se observa na atualidade e que foi recorrente em tempos passados, é uma desconfiança construída historicamente sobre a eficácia dos seus métodos, prevalecendo assim à hegemonia médica ocidental e o distanciamento dos saberes tradicionais, especialmente pela necessidade de comprovar a segurança, controle de qualidade e eficácia (Mendes et al., 2018; Andrade & Souza, 2016; Ferreira, 2013; Santos et al., 2012; Garnelo, 2012).

A PNASPI (Brasil, 2002) discute a necessidade da articulação das práticas de cuidados ocidentais com as práticas tradicionais em suas diretrizes. Mais precisamente traduz o respeito à estas como parte integrante da cultura, baseadas no princípio da harmonia dos indivíduos, seus familiares e da sociedade onde está inserido, sendo, portanto, uma conduta específica e peculiar de cada povo indígena.

Estes saberes são compreendidos como produto da relação particular com o seu mundo espiritual, a PNASPI considera que “a articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas”. Justifica ainda, que “[...] deve ser valorizada e incentivada, articulando-a com as demais ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas” (Brasil, 2002, p.18).

Pensando estes aspectos nos propomos a investigar quais práticas tradicionais de cura ainda são realizadas pelos curadores Karipuna do Amapá e a importância destas a partir da sua própria perspectiva. Tentando buscar respostas em relação aos modos de integração proposto pela política entre os diferentes saberes médicos exercidos neste território e em que momentos acontecem estes encontros, tudo isto partindo de um trabalho com os próprios curadores identificados por este povo, trazendo à tona sua visão.

Para tanto foram utilizados roteiros de entrevistas semiestruturadas, com perguntas abertas, aplicadas com curadores identificados por lideranças Karipuna em diferentes aldeias no município de Oiapoque, estado do Amapá. Ao todo foram identificadas e aplicadas as entrevistas a seis destes curadores, dentre eles pajés, sopradores, rezadores e parteiras. As entrevistas foram gravadas



e transcritas na íntegra e analisadas a partir da perspectiva da hermenêutica dialética buscando compreender e descrever os discursos trazidos pelos participantes. Foram garantidos todos os preceitos éticos que regulam a pesquisa envolvendo seres humanos, assim como respeitada a legislação específica voltada a pesquisa envolvendo povos indígenas¹⁰.

Esta proposta foi construída em conjunto com representantes indígenas Karipuna que apoiaram na identificação destes curadores e que, estavam preocupados em proporcionar discussões sobre o tema com vistas a valorizar e respeitar o modo particular de cuidar do seu povo, despertando o interesse aos aspectos culturais que envolvem esses processos, bem como, incentivar o diálogo em relação às práticas e os saberes que compreendem o processo de cuidar e que se diferenciam das práticas ocidentais, desde sua identificação ou diagnóstico até a escolha terapêutica.

O trabalho será apresentado, portanto, buscando traduzir as principais práticas de cura utilizadas pelos povos Karipuna no estado do Amapá, assim como as principais situações vivenciadas pelos curadores e suas limitações, discutindo como estes médicos tradicionais observam a interação entre as práticas tradicionais e demais práticas exercidas por profissionais de saúde e descrevem sua atuação nestes territórios.

▲ A Medicina Tradicional Karipuna

As práticas tradicionais de cura utilizadas pelo povo Karipuna do Amapá são identificadas, de maneira geral, como a forma de tratar diferentes situações de saúde que podem acometer esta população. Os curadores que as exercem dentro das comunidades são reconhecidos como os “doutores da gente” ou “nossos doutores”. Destacando-se os pajés ou xamãs, que realizam sua medicina através das pajelanças ou xamanismo; os rezadores e benzedores, que praticam a reza e as ervas medicinais; as parteiras, com suas técnicas de cuidado e realização do parto natural; e pelo soprador, que pratica o sopro.

O xamanismo, na visão dos Karipuna, tem como função estabelecer uma relação entre as pessoas visíveis e as invisíveis – os Karuãnas – a fim de intervir no destino das pessoas e manter o equilíbrio, que seria o que conservaria as pessoas “saudáveis”. O trabalho do pajé ou xamã, segundo os curadores inseridos no estudo, visa a cura da doença através do ritual xamânico. O diagnóstico e o tratamento são

10 - O projeto intitulado: PRÁTICAS TRADICIONAIS DE CURA DOS POVOS KARIPUNA NO MUNICÍPIO DE OIAPOQUE: UMA PERSPECTIVA A PARTIR DO OLHAR DOS CURADORES, foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) no dia 28 de setembro de 2018. Parecer número: 2.914.775. CAAE: 78915617.7.0000.0003.

revelados a eles durante o ritual pelos Karuãnas, por eles também identificados como “bichos ou cabocos”. São estes seres invisíveis que indicam ao pajé que plantas, ervas ou prática deverá ser indicada para determinado doente ou situação.

Quando eu curo uma pessoa que vem comigo (...). Eu vou cantar, eu vou olhar o que os meus doutores “vai” passar pra mim, do meu médico, do meu particular, dos meus bichos, dos meus cabocos, aí eu vou avisar para vocês (...). Aí eu canto, quando chega na hora, eu vou defumar eles, fazer minha defumação no pessoal, depois meus cabocos vai passar remédios pra ele tudo certinho (Curador 1).

O conhecimento sobre as práticas executadas pelo pajé ou xamã não pode ser repassado, sendo um dom, um chamado e somente os escolhidos para essa função possuem o poder da cura. Não podendo, portanto, qualquer pessoa ser ensinada ou preparada para exercer essa prática.

Fica só pra mim, só que eu não posso repassar pra ninguém, fica só pra mim mesmo. É um dom que eu tenho, porque se eu repassar, aí o meu filho e minhas filhas não sabem como eu faço, porque eles não têm esse poder. Quem tem esse poder é somente eu, pra poder curar pessoas, é assim (Curador 1).

Bom, a prática de cura, quando o pajé tem um chamado pra ser pajé é um dom, pra ele fazer tudo aquilo, o ritual, fazer o remédio dele, ele faz mais com os Karuãnas dele que ensinam ele, entendeu? Só ele mesmo, ele não pode fazer, é os Karuãnas dele que “ensina” ele fazer, tratar, como tratar com aquela pessoa doente. Entendeu? Não é repassado, é adquirido mesmo (Curador 6).

Os rezadores e benzedores realizam diagnósticos baseados nos sinais e sintomas apresentados e promovem essa cura através das rezas realizadas sobre o doente. Em alguns casos utilizam remédios produzidos a base de plantas e ervas. A cura pode ocorrer de maneira imediata, ou dependendo da gravidade o tratamento pode durar por semanas, meses e até anos. “(...) eu rezava nela, puxava ela com o remédio que tinha que puxar” (Curador 2). As rezas são ensinadas pelos mais velhos ou repassadas de pais para filhos: “Aprendi através da minha mãe, ela é benzedeira a bastante tempo, eu moleque via e pedia pra ela me ensinar e ela me ensinava” (Curador 5) ou ainda, aprendidas em sonhos.

Sendo uma prática de cura que exige muita fé para sua eficácia, de acordo com a visão desses médicos; as pessoas que procuram estes doutores também devem possuir fé no procedimento e na pessoa que o realiza, desta maneira, um doente uma vez curado indica aos demais indígenas o responsável pela cura alcançada, propagando à comunidade o serviço prestado pelo curador. Eles diziam: “Às vezes as outras pessoas que vem e se cura e indicam eles, eles vêm. Quando não tá resolvendo o trabalho, a medicação do médico; eles vêm



atrás da gente pra rezar” (Curador 5).

Através de outras pessoas, pessoa ficou bom aqui, lá a pessoa. - Eu tô doente, tô sentindo assim, assim, meu filho tá sentindo assim (...). Aí a pessoa diz: - Olha, eu tava quase nessa situação, mas poxa, eu fui lá, ele rezou na minha cabeça, melhorei. Então através disso que eles vêm. Bom, eles procuram porque eles acham que lá fora não tem a cura e aqui se torna mais fácil (Curador 2).

O parto natural é reconhecido também como uma prática médica tradicional e é realizado pela figura da parteira. O trabalho desta curadora consiste em cuidar da gestante durante a gravidez realizando os exames obstétricos, que indicam a posição do bebê através do ato de “puxar a barriga”; fazem o acompanhamento através das visitas domiciliares; realizam o parto, que consiste no ato de “aparar neném”, e os cuidados pós-parto que se estendem por até uma semana. “A parteira de mês em mês tava passando com elas, todinhos, nós ia na enfermaria com elas. Aí vai ter, corta o umbigo, trata até oito dias, depois de oito dias, entrega e vai embora” (Curador 4).

Esses cuidados incluem preparar remédios utilizando plantas e ervas em todos os períodos e no pós-parto ajudar no preparo da alimentação que a puérpera irá consumir e apoiar a amamentação. “A gente cuida dessa mulher que tá de parto até uma semana, a gente cozinha a comida, dá pra aquela pessoa, (...) a gente tira remédio pra dá banho naquela mulher, dá comida pra essa mulher, pra tratar da mulher” (Curador 3).

A gente cuidava da gestante até chegar a data de nascer o nenê, quando chegava o horário a gente ia lá visitar. Quando chegava a hora, a gente ia lá fazer o exame. - Bem! tá na hora, só tava na espera, esperar ela, a criança quando vem, apara! Passa o nosso remedinho, passa em cima, que é pra poder o corpo da mulher abrir devagar, aí, vai, vai, até que dá o espaço pro nenê, aí o nenê vem, a gente só apara, é o parto normal que a gente chama (Curador 4).

(...) eu puxo com banha, com txô txô, banha de coco, também é bom pra puxar a barriga dela, da gestante, até pra ferida onde a gente tem uma ferida. A gente passa sebo de Holanda se não tem txô txô eu puxo a barriga da mulher. Uma folha a gente pila e amarra na barriga da mulher, fica seco, seco, seco. A gente cura, dependendo (Curador 3).

Em relação à formação, algumas parteiras Karipuna passaram por “capacitações”, outras utilizam o conhecimento repassado por suas mães ou parteiras mais antigas e em alguns casos aprenderam sozinhas quando estavam parindo ou pela necessidade de auxiliar outra parturiente.

Quando eu aprendi o parto natural, foi eu mesma sozinha. Aí ela veio comigo, ela disse: tia eu não posso, porque que dói assim muito? -

Minha filha a tua barriga que tá doendo, deixa eu puxar a tua barriga, nossa consulta é puxar. Quando for a hora, vem uma bolsinha, quando tu não pode mais, me avisa (...). Então eu fiz, foi rapidinho (...). Então eu cortei o cordão, e disse: - ajuda! Não com força, pouquinho, eu puxei, tudo normal (Curador 4).

Com a minha mãe, as velhas antigamente “era” só parteira. Eu chegava lá amarrava a cabeça, lavava a mão, tudo isso eu aprendi com a minha mãe, tira anel, tira tudo o que tem pra fazer o parto daquela mulher. Deitava no assoalho, antigamente era num banco, mais não alto, bem baixo. Daí 40 dias pra poder ir pra roça, não vai na roça, não pega chuva aquela pessoa, não pega de jeito nenhum, não sai de casa (Curador 3).

O *sopro*, ou em patuá - dialeto falado pelos Karipuna - “*pota*”, é a terapia realizada pelos sopradores. O que diferencia o soprador de um pajé são os poderes que o pajé possui para comunicar-se com os Karuãnas. Um dos curadores explicou que o pajé também realiza o sopro durante o ritual do xamanismo, mas essa prática pode ser aprendida por outras pessoas também. Os sopros são realizados em pessoas enfermas ou quando estão em crise onde os sopradores, através de seus sopros e cantos, se encarregam de levar para longe aquilo que está deixando a pessoa doente. Estes médicos também fazem uso de ervas em sua terapêutica, mas necessitam ser sopradas para produzir efeito.

Quando tão doente, ou tipo assim, quando também dá uma crise na pessoa, aí a pessoa que sabe fazer o ritual ele vem, assopra, faz o ritual e a pessoa fica boa. Entendeu? Só do sopro mesmo, porque, quando vai soprar uma pessoa quando dá crise, a pessoa fica assim, tipo assim endemonhada. Aí a pessoa que sabe fazer esse tipo de ritual vem faz o ritual dele, aí a pessoa começa a soprar, tipo assim, e começa benzer a pessoa, e a pessoa fica curada (Curador 6).

As práticas tradicionais de cura conforme descritas por seus curadores permanecem vivas em suas memórias e em seu dia-a-dia e contribuem de forma significativa para a melhoria da saúde deste grupo étnico dentro de suas comunidades. As práticas descritas pelos curadores envolvem uma gama de conhecimentos aprendidos ou adquiridos, do uso de plantas e ervas, de rituais e práticas terapêuticas no tratamento de um número variado de doenças, como observado na seção seguinte.

▲ Problemas tratados pela medicina tradicional Karipuna

Os diversos problemas de saúde são tratados pelos curadores Karipuna, como doenças físicas, espirituais e aquelas provocadas pela ação do homem ou dos seres invisíveis, também atribuídas a fenômenos atmosféricos, tais como: o arco-íris, garoa fria e vento (Dias, 2013; Vidal et al, 2016). Os problemas de saúde pelos quais o rezador e o soprador são mais procurados incluem: o tratamento de “cobreiro”, “quebranto”, “mau-olhado”, dor de cabeça, “isipla”, reumatismo e “es-



panto”, como explica esse curador:

(...) tem remédio pra reumatismo, tem remédio pra “izipla”, que eles falam, não sei como é o que eles falam o científico. E, rezar na frente de “quebradura, desmintidura”, na frente de quebranto, essas coisas assim né. Na frente de espanto, a gente sopra essas coisas (Curador 2).

No caso do quebranto, a criança pode apresentar vômitos, diarreia, fraqueza e o estomago distendido. Além de apresentar esses sinais e sintomas o curador chega ao diagnóstico, passando o dedo na “moleira” se estiver funda, é um caso de quebranto. Nos casos de “mau-olhado”, o doente encontra-se sem apetite e disposição, acontece quando uma pessoa olha “meio estranho” e acaba provocando mau-olhado no outro.

O pajé é normalmente contatado por um familiar. O ritual do xamanismo permite a presença de parentes e amigos, estando desta forma a família envolvida no processo do cuidado. O pajé é o articulador do modelo de atenção que será empregado e como acompanhante no processo de tratamento e evolução à cura do paciente.

Em alguns casos, o próprio doente procura o pajé, como em momentos de extrema dor, quando não há diagnóstico certo definido pela biomedicina; já tendo procurado outro tratamento, mas não encontrando solução. Embora algumas doenças tratadas pelo pajé apresentem uma manifestação clínica o diagnóstico na maioria das vezes envolve questões espirituais ou se relaciona com algum fenômeno sobrenatural.

Então é todo tipo de bicho que eles colocam nele, tem agulha, tem prego velho, todo feio que eles colocam nele, verme que eles colocam na barriga dele, então a gente tem que curar, tirar tudo, depois a gente vai passar outro remédio, pra tirar toda essa porcaria que tá dentro dele. Dá um banho, pra tirar o pitiú, de cipó de alho, de amin, de queroline, de limão branco, pra poder sarar, dá um banho neles, é assim (Curador 1).

Os curadores reconhecem que existem situações e doenças que fogem de suas competências, não podendo ser tratados por eles e que há necessidade de encaminhar para outro profissional de saúde. Em especial algumas doenças definidas como “novas” que devem ser tratadas pelo “médico branco”. “Quando a gente canta, se não é pra nós, aí a gente vai falar: - olha não é pra nós, é pra médico branco. Ai a gente manda ir lá, quando eles vêm de lá já estão bem, bonzinho” (Curador 1).

Também pode ser uma doença descrita como grave e com inserção mais recente entre os povos indígenas ou um parto com complicações. “Bom, tem várias doenças que o pajé não dá conta, que não é pro pajé, que

também é pra medicina, pro médico, tem várias doenças como posso dizer, câncer. O pajé não dá, não tem como” (Curador 6).

É porque tem, vamos supor, a AIDS né? Perigosa, tem o câncer também e outras doenças, né? Porque eu não sei como se dá, como se tratar, quais são os medicamentos que pode, mas rezar, eu rezo, sem problemas nenhum, “mas se dá” com esse tipo de doença novo (Curador 2).

Podemos perceber que alguns discursos, em especial das parteiras, vão ao encontro daquilo que é apreendido durante as capacitações que são realizadas pelos profissionais de saúde, pois trazem limitações ao cuidado por elas prestados. Uma parteira descreve, por exemplo, situações (distócias) que antes eram resolvidas por elas e que atualmente é trazido como algo que não é de sua competência. “Tem, o parto que a parteira não pode fazer, quando vem de pé e de bracinho” (Curador 4).

A intermedicalidade nos parece o termo que busca melhor esclarecer as relações sociais construídas entre os sistemas médicos diferenciados presentes em um mesmo território. Este processo pode ser compreendido como uma espécie de ‘zona de contato’ que ocorre em contextos onde os saberes biomédicos mantem interação com outros saberes; aqui observados os saberes médicos tradicionais indígenas; tanto na teoria quanto na prática, o que vamos tentar descrever melhor na sequência.

▲ **Intermedicalidade: um diálogo entre a medicina tradicional Karipuna e a biomedicina**

Nas comunidades indígenas Karipuna, no município de Oiapoque – AP, onde a pesquisa foi realizada são ofertados os serviços de saúde biomédicos através de profissionais de saúde que atuam em Polos Base e Unidades Básicas de Saúde inseridos nos territórios, em acordo com a proposta da PNASPI. Boa parte das comunidades indígenas no Brasil, convivem com a presença da medicina ocidental em suas aldeias. Atualmente articular o uso dessas diferentes práticas médicas é um desafio tanto para profissionais da saúde quanto para os diferentes grupos étnicos.

Ferreira (2013) considera que nesses encontros os saberes se fundem, no contexto em que os povos indígenas se apropriam da biomedicina e a incorporam em seus universos socioculturais recriando a sua realidade sociomédica e, conseqüentemente, suas práticas. Do mesmo modo que se incorporada a biomedicina aos universos socioculturais indígenas, essa torna-se indigenizada. “Os cuidados que eu tinha que ter, as luvas, a máscara, essas coisas tudo eu fazia, quando eu lavava a ferida dela (...). Os cuidados que eu tinha, eu tinha que tomar cuidado também pra não me contaminar” (Curador 2).



É percebido entre os Karipuna essa adaptação, tanto no uso de alguns instrumentos durante os procedimentos ou rituais de cura, bem como na utilização de alguns medicamentos e técnicas. Essa apropriação do conhecimento biomédico vem contribuir para uma prática tradicional eficaz e condizente com o tempo e espaço em que esse grupo étnico está vivendo. (...) “a gente manda chamar, pra dá injeção na mulher, dá umas pílulas, mas antigamente, nós não sofria dor de barriga, mas agora essas mulher sofre de dor de barriga” (Curador 3).

Durante a gestação “nós leva” pro pré-natal, que é chamado hoje em dia, porque antigamente “nós não conhecia” o que era o pré-natal, hoje em dia não. Quando eu comecei a trabalhar nesse parto, levava tudinho pra fazer o pré-natal, aí passava o remédio pra elas tomarem pra dá cor, passa aquele enjoo que a gente tem (Curador 4).

Alguns curadores afirmam que acontece dentro de suas comunidades interação entre os cuidados tradicionais e os cuidados prestados por profissionais de saúde, que ambos reconhecem suas responsabilidades frente a saúde da sua população. Sendo possível tratar de determinados agravos em conjunto, ou seja, pacientes que estão recebendo atendimento médico e fazendo uso de medicamentos industrializados também podem ser tratados com o uso de “remédios do mato” ou na realização de ritual com a supervisão dos médicos tradicionais.

Fica evidente durante as entrevistas realizadas com os curadores que a preocupação é em promover a cura do doente e trazer bem-estar. No trabalho realizado por esses doutores, mesmo após iniciado o tratamento, se o quadro clínico não evoluir para uma melhora, os curadores indicam ao paciente ou familiar procurar o profissional de saúde, o mesmo, segundo eles, acontece em relação aos profissionais, que encaminham o paciente até o curador, ou solicitam que ele vá até o paciente. “Quando não tá em posição o bebê pra nascer, eles “manda” chamar. Se não quer nascer também, “nós não aguenta” a mulher sofrendo, sabe? Manda pra Oiapoque” (Curador 3).

Esta ação inversa - da biomedicina para a medicina tradicional - nos parece menos evidenciada, surgindo discursos contraditórios. Mas também são apontados como mostra o seguinte relato (...) “então é de noite, é de dia, eles tinham que mandar me chamar, o enfermeiro dizia: - vão lá que tem parteira, vamos buscar a parteira que eu vou acompanhar ela. Ficava um ajudando o outro, se a gente não dá conta, ele já passava na frente” (Curador 4).

Já falaram pra mim que não é pra eles, tem o nosso enfermeiro de branco, que fala: - esse caso não é pra nós é pra vocês mesmo, então a gente entende. - Sim, não é pra vocês não! Agora a gente vai cantar, sentar no meu banco, eu vou cantar, mandar buscar meus cabocos (Curador 1).

Procuram, as vezes indicam: - É pra rezar! Quando tá tomando medicação e não resolve, eles indicam pra ir lá com a gente (...). Na aldeia, os técnicos de enfermagem mandavam lá no posto a gente pra rezar. Trata junto, “todo” uma parceria, um conjunto, pode-se dizer. Quando não tá resolvendo o trabalho, a medicação do médico, vem atrás da gente pra rezar (Curador 5).

É possível observar que alguns curadores Karipuna percebem essa mudança dentro de suas comunidades. Evidenciadas nos relatos e atribuídas à falta de diálogo entre os profissionais e curadores tradicionais, ou por opção do próprio indígena pela biomedicina, ou pode acontecer de forma concomitante: “A pessoa que vai lá as vezes no posto de saúde, depois vai lá com o benzedeiro pra poder facilitar a cura mais rápido” (Curador 6), o que, também acontece no caso das gestantes que preferem o parto hospitalar, ou por motivos religiosos – os indígenas evangélicos, a exemplo, não consideram as práticas tradicionais de cura – e até mesmo pelo número reduzido de curadores atualmente nas comunidades.

Os profissionais de saúde não! Isso é difícil na aldeia, não tem esse relacionamento entre eles, essa intimidade entre eles, que eu vejo, não tem hoje na aldeia não. Não! O pajé faz a parte dele, os que trabalham na área de saúde fazem a parte deles. (...) Acho que mudou sim, mudou bastante, qualquer doença hoje, procuram os médicos brancos, já mudou muito de antigamente pra cá, mudou muito, e as pessoas têm procurado muito o médico branco sim (Curador 6).

Porque agora eles não querem ver mais os doutores da gente, só leva pra Oiapoque, quando tá doente nem procura nosso doutor, eu tô vendo isso, que não tão procurando mais. Não procura a parteira mais, é só cortar, cortar, eu tive 12 filhos, mas, eu não fui cortada, me curei com remédio do mato. (...) agora essas meninas novas “procura” hospital logo, nem manda puxar a barriga mais quase, só no hospital (Curador 3).

Andrade e Souza (2016), em seu estudo realizado com indígenas da etnia Pitaguary, mostra que a interação entre esses saberes não ocorre de forma harmônica, demonstrada tanto na fala dos médicos tradicionais como na fala dos agentes indígenas de saúde, confirmando o que foi observado entre os povos Karipuna do Amapá neste estudo. Apontando para o aumento do uso do medicamento industrializado e uma maior procura pelo serviço biomédico.

▲ O significado e a importância da medicina tradicional para o povo Karipuna

A Medicina Tradicional indígena vem sendo discutida no cenário nacional em conferências, congressos e no desenvolvimento de políticas públicas que visam sua valorização e o seu fortalecimento. O mesmo acontece em contextos locais, os povos indígenas se organizam em suas assembleias e discutem a importância do



seu uso e a efetivação dos direitos diferenciados (Ferreira, 2013).

Nas falas dos curadores entrevistados é possível perceber o significado que as práticas tradicionais de cura têm para estes, a necessidade de promover o bem, de retribuir de maneira bondosa o dom que lhe foi confiado, o sentimento de que se ele não o fizer outra pessoa não poderá fazer, traduzido como um chamado, uma missão confiada a eles. “É pra tratar esse pessoal, porque se tu não tratar desse pessoal o que eles vão fazer? Vão perder a vida muito cedo. Tem doença que os médicos “não dá conta”, que não é pra médico, é trabalho do pajé, é pra nós, não é pra médico” (Curador 1).

Porque eu vejo assim, no meu ver né? Eu gosto de tá bem, feliz, sorrindo, me divertindo. Pra mim uma pessoa acamada ali, que eu puder fazer um esforço de ajudar ela, com o coração bem aberto, com a vontade mesmo de ajudar, com fé em Deus, com certeza eu vou fazer (Curador 2).

Tendo como princípio a alteridade, querendo o bem do outro, tanto quanto quer para si próprio e para os seus. Seja para promover a cura ou para prevenir uma complicação, como por exemplo num parto cesariano ou mesmo nos cuidados prescritos pelas parteiras nos partos naturais. “Porque tipo, só tu tem o teu neném tu não tá cortada, então levanta, faz um trabalhinho, não muito, mas se tu tá cortada quem vai fazer?” (Curador 3).

Outro aspecto que os curadores deixam evidente é a gratuidade do trabalho, não aceitando pagamento para o tratamento realizado, mesmo que seja vontade da pessoa tratada em retribuir.

(...) tem “pessoas que diz”: - Não eu vou te pagar. - Não! Quando eu faço com amor a Deus, eu sempre falo, com amor a Deus, com o meu coração livre, não tem dinheiro que pague eu quero te ver feliz, eu quero te ver bem, pra ti cuidar da tua família, casado ou solteiro tanto faz, pra te se divertir, Não é o dinheiro que te faz dá vida é a vida que faz tu ter conhecimento de como poder ajudar a pessoa (Curador 2).

O trabalho que a gente faz é em benefício da comunidade, porque as vezes têm gente que diz: - Não quanto é que você quer? Pra dar algum dinheiro, eu digo: - Não esse trabalho é um dom de Deus pra gente e a gente não cobra nada, sempre é de graça, a gente doa (Curador 5).

Os curadores destacam a importância de manter as práticas tradicionais vivas dentro de sua comunidade, reconhecendo que comparado ao passado o número de curadores em suas comunidades tem sido reduzido significativamente, sendo por mortes dos curadores mais idosos ou por desinteresse em aprender sobre elas.

Eles não querem aprender. O enfermeiro tinha feito uma reunião que era pra ver as meninas que queriam, mas era “nós que ia” ensinar pra elas,

mas elas não querem assim, eles não querem que a pessoa ensine (...) não tem ninguém aprendendo nada, nada. Tá difícil agora (Curador 4).

Contudo, os curadores apontam para a importância na manutenção dos ensinamentos e do despertar dos mais jovens para este aprendizado ou para esta aceitação, no caso dos dons predestinados aos escolhidos pelos seres invisíveis:

São importantes porque na verdade muitos idosos que sabem muitas rezas as vezes vão morrendo, e não tem esses resgates as vezes das rezas, pessoas mais novas não aprendem. Tem muitos que valorizam o trabalho, sabe que o trabalho é muito importante, pra manter a cultura, a tradição viva (Curador 5).

Outra questão apontada pelos curadores que tem influenciado no uso dos saberes médicos tradicionais, bem como, na valorização destas é a presença da religião dentro das comunidades. Andrade e Souza (2016) traz essa discussão entre os índios Pitaguary do Ceará, alguns justificam que a presença de diferentes denominações não tem influenciado no uso das práticas, tendo em vista que algumas igrejas usam de rituais semelhantes para promover a cura, em especial, de doenças espirituais.

Entretanto, no mesmo estudo, alguns curadores consideram que exista certa pressão por parte das igrejas no sentido de que os indígenas abdicuem de suas práticas tradicionais em favor dos rituais da igreja, em especial da prática protestante. Esta situação é expressa de forma dialógica, primeiramente como algo que pode valorizar ou ressignificar a medicina tradicional, através, como a exemplo as práticas de benzedura, comuns entre os católicos, ou ainda desmerecer e satanizar estas formas de tratamento e cura, pois não são consideradas algo “de Deus” (Andrade & Souza, 2016).

É possível observar certa cautela nos discursos quando se tenta abordar a perspectiva dos curadores em relação à valorização, interesse e credibilidade das práticas tradicionais, sob o ponto de vista do outro, ou seja, como eles são vistos pela comunidade indígena onde atuam. Mesmo apontando a religião como um possível fator para a não valorização do seu trabalho e que cria um certo distanciamento entre alguns indígenas e os médicos tradicionais, se acredita que as práticas são importantes e respeitadas para todos na comunidade.

Porém, o ato contrário - desvalorização e desmerecimento - está intrinsecamente relacionado à não procura ou aceitação por parte dos evangélicos, a exemplo. “Praticamente os evangélicos já não aceitam. Então é muito difícil se unir, se encaixar; não encaixa, porque você vai dizer que é este, eles vão dizer, não é este. Não tem aquele diálogo normal” (Curador 2).



Bom, pra mim a comunidade evangélica hoje não valoriza muito, entendeu? Porque a crença não deixa, não valoriza muito o trabalho dos curandeiros, do pajé. É assim, a pessoa evangélica acredita sim, mas ela não procura mais, entendeu? Por mais que sabe que aquele serviço do pajé é verdade, mas não procura mais, tipo assim, já deixou de lado, entendeu? (Curador 5).

A comunidade toda vê como importante, mas só que não procura mais, entendeu? Por mais que percebam que o trabalho do pajé ele ajuda muito na comunidade, mas deixou de lado, não procura mais simplesmente, por motivo da crença, da religião, deixaram de lado (Curador 6).

De modo geral, as práticas tradicionais de cura dos povos indígenas Karipuna no município de Oiapoque estão presentes no cotidiano das famílias indígenas contribuindo na promoção da saúde desta população. Tem grande representatividade na perspectiva dos seus curadores e na determinação de serem reconhecidos como profissionais competentes nas práticas que exercem.

▲ Considerações Finais

Os povos Karipuna do Amapá são detentores de uma cultura singular e caracterizados por manter estreitas relações econômicas, políticas e matrimônias entre diferentes grupos étnicos. Os povos também mantem contato com a população adstrita, seja no município de Oiapoque, como no país vizinho, a Guiana Francesa. Os Karipuna desenvolvem nas suas comunidades práticas médicas de cura milenares.

Esta medicina é comumente repassada pelos mais velhos e utilizadas para curar vários agravos que acometem essa população; outras são herdadas como um “dom” e não podem ser ensinadas. Dentre as diferentes práticas médicas realizadas por estes povos foram descritos o xamanismo, as rezas, o sopro, o parto natural e os cuidados com a gestante e com o bebê no pós-parto.

Existem diversas doenças que podem ser tratadas por esses curadores, a maioria delas está relacionada à alguma causa espiritual ou ligadas a fenômenos sobrenaturais. Alguns desses agravos apresentam apenas sintomas e em outros é possível ter sinais associados. Os curadores realizam a cura utilizando seus instrumentos mais comuns – sopros, remédios à base de ervas e plantas medicinais durante os rituais, contudo ao longo dos anos outras ferramentas e medicamentos comuns na medicina ocidental têm sido incorporados a estas práticas, principalmente entre as parteiras.

Os curadores encontram diagnósticos e tratam os agravos com base em seus conhecimentos acerca do processo saúde, doença e cuidado, baseados no princípio da harmonia do indivíduo com suas famílias, sua comunidade, bem

como, com todo o universo que o rodeia, incluindo a natureza e os espíritos da floresta ou Karuanãs.

Os curadores reconhecem suas limitações e que existem agravos que não podem ser tratados por eles e que necessitam da intervenção da medicina ocidental. Neste sentido, quando não estão aptos a tratar determinada doença utilizam de suas experiências para orientar o doente a procurar o tratamento biomédico. Doenças mais recentemente inseridas nos territórios indígenas como os cânceres e a Aids são agravos descritos como não possíveis de serem tratados pelos pajés, benzedeiros, rezadores, sopradores e parteiras, grupo identificado como praticantes da medicina tradicionalmente reconhecida pelos povos Karipuna do Amapá.

Embora algumas práticas tradicionais tenham aderido ao uso de instrumentos e técnicas biomédicas, os procedimentos são realizados respeitando a essência e o modo como foi aprendido ou adquirido. Este processo de adequação se dá através da interferência e do contato com os profissionais de saúde que incentivam principalmente técnicas assépticas. Se observa de alguma forma uma certa interação e troca dos saberes médicos presentes nas comunidades, formando um contexto onde diferentes formas de cuidar da saúde vão assumindo os seus espaços. Contudo, a hegemonia médica ocidental não permite que isso aconteça de forma horizontal, assim vemos esta ação fluindo de forma mais harmônica dos curadores para os profissionais de saúde do que o inverso.

As práticas tradicionais de cura são valorizadas dentro das comunidades Karipuna e reconhecidas pelos curadores e demais indígenas como parte integrante de sua história e de fundamental importância no tratamento de agravos, bem como na manutenção da saúde desta população, tendo em vista que, na percepção dos curadores, determinadas doenças só podem ser tratadas por eles. A influência dicotômica das diferentes posições religiosas instauradas dentro dos territórios indígenas representa de certa forma algo conflituoso, principalmente em relação ao protestantismo, crescente nesta região entre estes povos indígenas Karipuna.

É reconhecida a necessidade de diálogo entre essas diferentes esferas, assim como o reconhecimento e valorização das práticas médicas tradicionais. Envolvendo estes diferentes saberes em busca de estratégias para cuidar da saúde de populações tão específicas como as populações indígenas. Reconhecendo que não são receptores passivos no processo de cuidar por possuírem um vasto conhecimento construído ao longo de sua história, que envolve não apenas o processo saúde e doença, mas todo o seu universo sociocultural.



Referências

Andrade, J.T & Souza, C.K.S. (2016). Práticas tradicionais de cura. Políticas públicas e intermedialidade entre os Pitaguary do Ceará. Reunião Brasileira de Antropologia. GT. **Medicinas Tradicionais: ritual, manejo de infortúnio e identidade**. João Pessoa. http://www.30rba.abant.org.br/simposio/view?ID_MODALIDADE_TRABALHO=2&ID_SIMPOSIO=14&impressao

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde.

Conselho Indigenista Missionário (CIMI). (2013). **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas**. Publicação do CIMI e Organismo vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB.

Dias, F.L. (2013). Uso de plantas medicinais nos cuidados com a saúde entre as populações indígenas do Uaçá. In: Haverroth, M. (org). **Etnobiologia e Saúde dos povos indígenas**. NUPEEA.

Ferreira, L.O. (2013). **Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Fiocruz.

Ferreira, L.O & Osório, P.S. (2007). **Medicina Tradicional Indígena em Contextos**. Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Garnelo, L. (2012). Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Garnelo, L & Pontes, A.L. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. MEC-SECADI.

Mendes, A.M; Leite, M.S; Langdon, E.J, Grisotti, M. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 42:e184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2002). **Estratégias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS.

Santos, A.C.B; Silva, A.F; Sampaio, D; Sena, L.X; Gomes, V.R & Lima, V.L.A. (2012). Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Rev. NUFEN** [online]. v.4, n.2, julho-dezembro, 11-21.

Vidal, L.B; Levinho, J.C; Grupioni, L.D. (2016). **A presença do invisível: vida cotidiana e ritual entre os povos indígenas do Oiapoque**. IEPÉ, Museu do Índio.

Rituais Tenetehar-Tembé associados a práticas de cuidados demarcadores de desenvolvimento e de crescimento

07

Miriam Dantas de Almeida
Carla Andréa Avelar Pires
Greice de Lemos Cardoso Costa
Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto

Introdução

Inúmeros são os conceitos acerca do tema desenvolvimento humano e, de acordo com os vértices da saúde, da psicologia, da sociologia, ou outros, o enfoque ainda é bastante limitado. Hoje, com a interdisciplinaridade e o interprofissionalismo, é possível tentar somar esforços no sentido de tentar contribuir para uma leitura do desenvolvimento humano, sem deixar de considerar os diferentes conhecimentos teóricos prévios já agregados. Porém, nesse novo processo, há de se considerar, ainda, os conhecimentos acerca da questão, na ótica dos povos tradicionais, os quais, antes de todos, já tinham suas etnoteorias (Harkness & Super, 1994; Tooby & Cosmides, 1995; Vieira et al., 2006; Keller, 2007) em execução na prática do dia-a-dia e são, extremamente, escassos na literatura. A inclusão desse olhar permite o reconhecimento do sistema tradicional de saúde indígena, tão negligenciado ao longo da história, pois reconhecer a diversidade social e cultural dos povos indígenas é imprescindível para a execução de ações e de projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação, para a saúde adequadas ao contexto local (Brasil, 2002).

O presente estudo pretende estabelecer uma reflexão teórica e epistemológica, mesmo que embrionária, do tema desenvolvimento humano, tendo como modelo o registro etnográfico de rituais realizados por um povo indígena, associados a práticas de cuidados demarcadores de desenvolvimento e de crescimento, analisados na ótica interdisciplinar e interprofissional, na

medida em que os autores são das áreas da psicologia, da antropologia biológica, médica e bioética. Esse trabalho visa fortalecer o que fora proposto pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, a qual enfatiza o reconhecimento das especificidades étnicas, culturais, direitos territoriais e os sistemas tradicionais indígenas de saúde, assim como a interlocução intercultural com a Medicina Ocidental.

Para a Medicina Ocidental, o desenvolvimento humano inicia na vida intrauterina e envolve o crescimento físico, a maturação neurológica e a construção de habilidades comportamentais responsivas às suas necessidades e às do meio (Papalia; Olds & Feldman, 2006). Esse conceito já traz, consigo, os contextos fisiológico, comportamental e ambiental, possibilitando encaixar esse conceito de desenvolvimento humano em uma perspectiva bioecológica. Os estudos que buscam investigar o desenvolvimento humano, dentro dessa perspectiva, primam por avaliar a pessoa a partir dos vários elementos que compõe o contexto em que ela está inserida e que exercem influência direta ou indiretamente no seu percurso desenvolvimental (Harkness & Super, 1992; 1994; Bronfenbrenner, 1996).

Em 1994, Harkness e Super propuseram a Teoria do Nicho de Desenvolvimento, a qual fornece subsídios que reiteram a importância do estudo do ambiente, das crenças sobre o desenvolvimento e das práticas de cuidado nos diferentes contextos socioculturais dentro de uma relação recíproca. Esse modelo faz a integração de aspectos da psicologia do desenvolvimento e da antropologia para analisar a criança e seu desenvolvimento de forma única, ao considerar a importância dos cuidados primários demandados às crianças pequenas sob um viés transcultural, ao analisar ambos os comportamentos universais e os comportamentos únicos para identificar as formas de como a cultura impacta no comportamento, na vida familiar, na educação, nas experiências sociais e em outras áreas (Azevedo, 2016).

Os nichos de desenvolvimento propostos por estes autores englobam processos desenvolvimentais e o comportamento humano como produtos da interação mútua de três subsistemas, a saber: o ambiente físico e social, as práticas de cuidado e a psicologia dos que cuidam (Harkness & Super, 1994; Harkness, Super, Mavridis, Barry & Zeitlin, 2013).

O ambiente ou contexto é compreendido a partir das configurações físicas e sociais da criança, de modo que as pessoas, os objetos e a qualidade das interações vão exercer um papel significativo no desenvolvimento. As práticas de cuidado compreendem educar, ensinar e socializar o que os membros de uma determinada sociedade tomam como óbvios e tão naturais que se tornam, sem necessidade de contestação, uma vez que estão enraizadas ao cotidiano familiar.

Nesse subsistema estão incluídos os cuidados diários com a criança, os ritos de passagem e o ensino de certas práticas consideradas próprias para uma determinada faixa etária, práticas essas subsidiárias da preparação à vida adulta. Por fim, a psicologia dos cuidadores trata das crenças e dos valores sobre o desenvolvimento, a educação e a infância, sendo fundamental para o direcionamento de suas práticas em relação às crianças (Harkness & Super, 1994; Harkness et al., 2013).

De acordo com Harkness & Super (1994), o grupo familiar é quem exerce o papel de mediador dessa inter-relação de subsistemas, uma vez que, nos anos iniciais da criança, é a família que corresponde ao centro da vida e possui a função de aproximação da criança com a cultura mais ampla da comunidade da qual faz parte. Nesse período inicial da vida, o envolvimento parental é fundamental e o cuidado e a proteção são essenciais para a adaptação do indivíduo ao contexto social que constitui o seu Nicho Desenvolvimental, onde os adultos buscam a garantia da sobrevivência e de um desenvolvimento saudável de seus filhos em conformidade com o que é tido como correto e aceitável para eles.

A noção do que é considerado adequado para o desenvolvimento em uma determinada fase da vida, varia de acordo com a sociedade e o contexto cultural, assim, o processo desenvolvimental só poderá ser compreendido a partir das práticas culturais às quais os sujeitos envolvidos fazem parte (Rogoff, 2005). As crianças nascem com capacidades inatas, mas as emoções, os hábitos e o contexto social fazem diferença entre as crianças que a autora nomeou como “criança primitiva” e “criança civilizada”. Nesse sentido, a cultura não é somente uma variável que influenciará o curso do desenvolvimento, mas pode ser entendida como um processo dinâmico e recíproco, em que tanto a cultura quanto o indivíduo incidem em transformação, simultaneamente, sendo fundamental a leitura do contexto de vida das pessoas, uma vez que cada cultura produz diferentes processos desenvolvimentais (Super & Harkness, 1992; Rogoff, 2005).

Dessa forma, o componente cultural exerce uma forte influência na educação dos filhos e nas crenças sobre o desenvolvimento infantil, o que guia os pais em suas metas de socialização e na construção daquilo que acreditam ser o papel da criança, do ambiente e deles próprios.

O ambiente em que as crianças vivem não pode ser rotulado como um mero agrupamento eventual de costumes, de valores, de crenças e de interações. Todos os processos relacionais são regulados pelo contexto sociocultural do indivíduo, assim como pela cultura maior que engloba a sua realidade (Sousa, 2016).

Ao considerar os diversos ambientes em que as crianças têm contato, pesquisas (Super & Harkness, 1992; Rogoff, 2005; Corrêa, 2011) apontaram como as



variações culturais e contextuais incidem nas formas de cuidado demandado à infância, nas etnoteorias sobre o desenvolvimento infantil, nas expectativas e nas metas que os pais estabelecem em relação aos filhos. Em que pese as diferentes culturas e contextos que dão suporte ao desenvolvimento infantil, é mister estudar as comunidades tradicionais indígenas e suas formas de cuidado a partir do conhecimento da vivência desses indivíduos.

Quando se trata especificamente de crianças indígenas não se pode denominar de forma homogênea o conceito de criança para esses povos, uma vez que cada etnia trata a criança de um modo singular (Tassinari, 2007). Segundo Vitale e Grubtis (2009), a partir dessa diversidade, observa-se que a maioria dos estudos que tem abordado a infância indígena abrange crianças em idade escolar, cujos assuntos tratam, principalmente, sobre as áreas da saúde e da educação. Como mostram Vianna et al. (2012) a Psicologia brasileira tem auto-regulado seu conhecimento com base no modelo ocidental de pensamento. Nessa abordagem com povos indígenas há de ser inserido um novo olhar, na medida em que estas sociedades têm a concepção de mundo de acordo com seus princípios, diferente do modo de vida ocidental. Estudos antropológicos em saúde indígena discutem a armadilha da adoção de categorias ocidentais de forma genérica e descontextualizada das culturas e os modos de conceber próprios dos indígenas. Em se tratando da classificação ou do diagnóstico de doenças entre os Baniwa (Descola, 1997) e Garnelo & Buchillet (2006) explicam que é preciso conhecer os ciclos míticos deste povo, pois fundamentam a vida social. A cura, nesse sentido, está fundamentada na solução de conflitos para restauração do equilíbrio e da ordem social aceitável e não, meramente, em aspectos curativos individualizados ou desconectados das cosmologias Baniwa e Tembê (Descola, 1997).

De acordo com alguns autores, o ato de brincar faz parte do cotidiano da criança, pois apresenta práticas culturais e possibilita a liberdade para viver a infância (Nascimento & Zoia, 2014). Desse modo, percebe-se que a presença e as vivências das crianças indígenas entre adultos possibilitam maior interação, crescimento, aprendizagem e autonomia durante a sua existência.

Em algumas aldeias mais distantes da zona urbana, como as do Xingu, a criança tem autonomia desde o nascimento, pois ela nasce sem a interferência de outras pessoas, onde nem mesmo a parteira pode antecipar ou prorrogar o processo do nascimento. Portanto, o tempo de cada criança desde o nascimento é completamente individual e singular.

As pessoas vivem desde o nascimento em ambientes organizados culturalmente e são recebidas, enquanto crianças, pelos pais, com crenças, repre-

sentenças e metas próprias ao grupo ao qual pertencem. Existe um volume significativo de pesquisas realizadas nessa área que focalizam grupos urbanos de sociedades industriais ou pós-industriais, em detrimento de ambientes não urbanos, a exemplo das comunidades indígenas. Assim, a realização de estudos que abarcam os diferentes tipos de contexto e de socialização das crianças e de suas famílias, é fundamental para compreensão do desenvolvimento humano.

▲ Metodologia

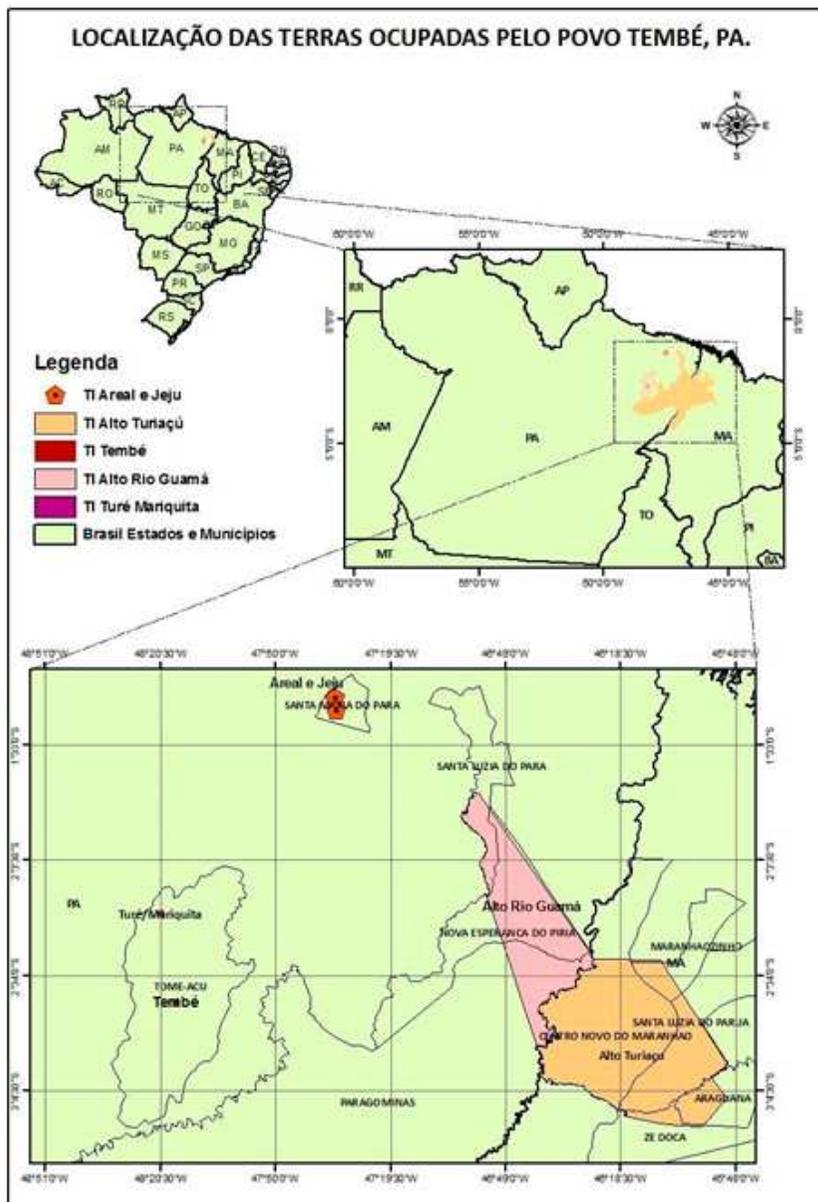
A pesquisa foi realizada na Aldeia Sede da etnia dos Tenetehar-Tembé da região do Guamá, que está localizada na Terra Indígena do Alto Rio Guamá (TIARG) (Figura 1). Foi realizado um estudo qualitativo etnográfico, por meio da técnica de observação participante (Pawlowski et al, 2016), a partir do referencial do Nicho Desenvolvimental (Harkness & Super, 1994). Esse processo inclui a caracterização descritiva dos cenários, ambiente físico e social para a construção de categorias temáticas que permitem interpretação ou conclusões sobre o significado dos dados abstraídos (Creswell, 2007). Os dados foram agrupados em tópicos a partir dos rituais que representam os ciclos de vida indígena.

Três categorias gerais foram criadas e dentro delas alguns subtópicos que foram: categoria 1 “Contexto físico e sociocultural da aldeia Tenetehar-Tembé” com os seguintes subitens: “a aldeia como o lugar de todos os indígenas”, “o espaço social da aldeia sede”, “ambientes sagrados da aldeia” e “o tempo na aldeia”. A categoria 2 foi nomeada de “As crenças dos Tenetehar-Tembé sobre ciclo de vida na perspectiva do nicho desenvolvimental” e os subtópicos foram: “o período gestacional na aldeia Tembé”, “a festa da criança pequena”, “a festa da criança”, “a tocaia”, “a festa do mingau (pinakapememeke) e “a festa da moça (wira’u-haw)”. A categoria 3 foi “prática de cuidado na aldeia Tembé” com os seguintes subitens: “os cuidados com as crianças” e “brincadeiras na aldeia”.

Foram coletados dados sobre os ambientes físico e social com a participação dos indígenas, que incluíram o cacique, as lideranças e os professores indígenas da Aldeia Sede. Os nomes dos participantes da pesquisa foram trocados para resguardar o sigilo das informações. Os participantes do estudo foram designados por nomes fictícios conforme recomendação do Comitê de Ética de Pesquisa.

Participaram da amostra de conveniência quatro crianças indígenas da etnia Tenetehar-Tembé na faixa etária de zero a sete anos, realizada com dois grupos: o primeiro do sexo feminino e o outro do sexo masculino. É importante frisar que tanto as mães quanto as crianças são pertencentes à etnia Tenetehar-Tembé. Foram excluídas crianças e mães que possuíam alguma condição de deficiência física ou mental que pudesse interferir na coleta de dados.



Figura 1: Distribuição dos indígenas Tenetehar-Tembé

Fonte: O autor, 2008.

O formulário sociodemográfico descreve os dados pessoais da mãe e da criança, bem como dados relativos ao território, a moradia, a relação conjugal e sobre o papel da mãe em relação aos cuidados que são demandados à criança, tais como alimentação e higiene pessoal.

A pesquisa teve início na aldeia Sede, após a autorização da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e do cacique da referida aldeia. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o parecer nº 1.942.285. Foram realizadas as visitas à aldeia, no período de janeiro a setembro de 2017, para ambientação, participação nos rituais e visitas nas casas dos indígenas a fim de observar e coletar dados a partir de conversas com esses.

Resultados e Discussão

Categoria 1 “Contexto físico e sociocultural da aldeia Tenetehar-Tembé”

1.1. “a aldeia como o lugar de todos os indígenas”

O ambiente da aldeia é um lugar que todos podem circular desde que sejam respeitados os horários. Ressalta-se que há uma proibição nessa circulação para o visitante que não pode transitar na Aldeia Sede sem a orientação dos indígenas, pois o ambiente da aldeia, para os Tembé, é particular (Lobo, 2016). Em razão disso, os estranhos devem pedir permissão para adentrar nesse espaço, mesmo tendo afinidade com a natureza, pois há um cuidado em respeitar os espíritos da floresta e a preservação florestal frente às ameaças de invasão de suas terras. A ideia de preservação assume um valor ecológico sustentável para a sobrevivência e manutenção da tradição dos Tembé, o que demarca a proteção da floresta.

Apesar dos Tembé não serem povos agricultores, eles utilizam a terra para o plantio de mandioca (*Manihot esculenta*). As famílias possuem roças ou lotes de terras cultivadas das quais tiram parte de sua alimentação. Para Dias et al. (2012), isso tem uma relação de vivência e não de sobrevivência precária com o seu ambiente natural. Apesar de terem recursos financeiros (ajuda governamental) buscam meios de proteção do seu habitat como o uso sustentável dos próprios recursos naturais.

O ambiente natural vai além de um espaço físico. Para o grupo, tudo o que ocorre na aldeia e nas proximidades, inclusive a morada dos não humanos (animais e espíritos), é considerado como ambiente indígena. Existe uma relação de adaptação mútua, pois o ambiente está relacionado ao conjunto de acontecimentos dentro e fora da aldeia.



1.2. “o espaço social da aldeia sede”

O ambiente social da aldeia Sede é entendido como um padrão de organização familiar em agrupamento, o que é comum nas aldeias da região em estudo. A aldeia pode ser compreendida como um pequeno vilarejo, habitual entre as etnias indígenas, inclusive a Tembé. Nessa comunidade pai, mãe e filhos convivem com os parentes consanguíneos e os afins. A comunidade é liderada pelo cacique com a participação dos membros dos grupos familiares. Alguns Tembé relatam que quando as famílias vivem de acordo com as regras existentes em seu território, o grupo vive bem e todos são capazes de gerenciar suas vidas conforme suas rotinas e a possibilidade de viverem melhor a cada dia nas suas casas.

O modelo de grupo familiar Tenetehar-Tembé é composto por pessoas que moram na mesma casa, parentes ou não, sendo que há casos de famílias que são compostas por filhos de um primeiro matrimônio, casos em que há separação, por morte ou novos relacionamentos após o óbito do companheiro (Barth, 2000).

É importante registrar que as casas são construídas de acordo com a proximidade de parentesco, tornam-se vizinhos e facilitam os relacionamentos e as redes de apoio social e afetivo. Identificou-se, a partir dos relatos, que houve mudanças na forma tradicional de residirem em ocas e que alterou na atualidade. As casas, atualmente, são construídas de alvenaria, em modelo padronizado, caracterizando que houve um impacto nas condições de vida dos indígenas (Coelho, 2014). A organização dos grupos familiares, em espaços privados, alterou uma dinâmica de interações grupais. Portanto, o ciclo de desenvolvimento indígena que agora se organiza pelo modelo de família privada, influenciada pela aculturação, deixa marcas e altera a cultura do povo Tembé (Coelho, 2014).

Geralmente, no final da semana se agrupam para compartilharem seus alimentos entre os parentes próximos. A preparação da comida é feita pela mãe ou avó, sendo que as crianças acompanham a preparação desses alimentos e sempre ficam por perto brincando na cozinha dos fundos e atendendo aos pedidos das mães para levar ou buscar objetos e temperos para a finalização da alimentação.

1.3. “ambientes sagrados da aldeia”

A cultura Tembé considera que o espaço do mato é sagrado e guardado por uma divindade sobrenatural, sendo necessário alcançar determinada faixa etária, para ter permissão para circular nesses espaços. Em referência ao sobrenatural, existem regras que são seguidas por todos e, para o cumprimento destas, há uma diferenciação entre as crianças e os mais velhos, pois acreditam na existência de afinidades entre humanos e natureza e que

determina os limites de não sair de casa em horários que são considerados proibidos, o que para os Tembé é considerado um meio de proteção diante do perigo vindo do mundo encantado da floresta.

Caso adentrem em um local proibido, correm o risco de serem afetados pelo sobrenatural em decorrência de sua desobediência ou, ainda, de seu desconhecimento. Uma das consequências mais vistas de descumprimento dessas regras é o “mau olhado”, que é o estado de adoecimento em que a pessoa se encontra, comumente passando a apresentar dores no corpo e febre (Castro, 2015). Sob a ótica da antropologia médica, é a construção de laços étnicos que unem essa comunidade na identificação e na compreensão da saída do estado de saúde.

1.4. “o tempo na aldeia”

A visão dos Tembé a respeito do ambiente em que estão inseridos organiza a condição de sujeito no ciclo de vida (criança e adulto), demarcado pelo tempo e pelo território, que incorporam aspectos naturais, sobrenaturais e as atividades extrativistas e da agricultura. Desse modo, o conceito de tempo e de idade, deve ser compreendido como multidimensional e, por isso, a idade cronológica não se torna uma boa medida da função desenvolvimental (Hoyer & Roodin, 2003).

O tempo não aparece como medida mensurável e absoluta. A noção cronológica é relativa e subjetiva que se constrói na vivência e que demarca uma identidade (Andrews, 2000). O argumento do sobrenatural e da possibilidade de humanos e de não humanos se relacionarem, em lugares próprios dos espíritos, é que se verifica a razão dos horários definidos, existindo regras para os moradores e visitantes circularem pela aldeia. Somente o xamã ou curandeiro tem a permissão de transitar em todos os lugares e períodos (Cunha, 1998).

Tal narrativa reitera que o ambiente da aldeia, além de estar relacionado com horários e com a permissão de acesso aos lugares que são conservados pelos guardiões espirituais da floresta, é local respeitado pelos Tenetehar-Tembé e que os seres espirituais fazem parte do mundo encantado o que não pode ser contrariado (Dias et al., 2012).

Pode-se notar que os indígenas criam suas crianças com determinadas recomendações em relação ao horário permitido para transitar pela aldeia. Existem proibições taxativas quanto à saída para o mato a qualquer hora e para tomar banho em qualquer lugar. A tarefa de educar e de repassar esses ensinamentos cabe aos pais que devem promover o cuidado, a observação e a proteção para evitar o adoecimento ocasionado pelos seres sobrenaturais, uma vez que estes não podem ser incomodados nas suas horas de descanso nas suas moradas (Co-



elho, 2014). Como pode ser visto, essa percepção cultural do tempo, construída pelo grupo familiar, demonstra nova integração da etnicidade e da saúde pela coletividade e repassada aos infantes para a construção do sentimento de pertencimento étnico.

As crianças da aldeia Sede são estimuladas em uma autonomia vigiada e se deslocam livremente pela comunidade, brincam e realizam atividades de acordo com a sua idade, horário e local, mas sempre sendo acompanhadas pelos pais, mães, irmãos ou irmãs maiores ou parentes próximos. As crianças, mesmo na aldeia, não andam sozinhas, o que faz parte das regras pré-estabelecidas, contribuindo para a formação do caráter e da cultura das crianças em desenvolvimento, que vão crescendo com a certeza que tem deveres a cumprir na comunidade. Essa crença orienta que as práticas adotadas nas interações, que são essenciais para o desenvolvimento infantil a partir da psicologia dos cuidadores e suas etnoteorias parentais, podem influenciar nos cuidados oferecidos às crianças (Tooby & Cosmides, 1995).

Para Harkness & Super (1996) tais práticas abarcam os costumes culturais e históricos que influenciam os cuidados ofertados às crianças, por aqueles que delas cuidam. Nesse sentido, fazem referência às técnicas de proteção, de ensino e de socialização usadas por integrantes de determinados contextos, na medida em que tendem a estar integradas à comunidade cultural que os cuidadores a tomam como óbvias, como uma forma natural de se comportar, sem precisar contestá-las, uma vez que está arraigada a vida cotidiana.

O papel do cuidador e as formas diversas de cuidado podem variar amplamente, devendo ser considerado o contexto e a cultura em que todos os membros da comunidade estão inseridos (Harkness & Super, 1992; Super & Harkness, 1999).

Categoria 2 “As crenças dos Tenetehar-Tembé sobre ciclo de vida na perspectiva do nicho desenvolvimental”

2.1. “o período gestacional na aldeia Tembé”

Um ritual importante entre os Tembé se refere ao período gestacional. Há uma intencionalidade no que compete à construção da pessoa durante toda a gravidez, pois “quando a criança ainda está no útero a sua humanidade não possui uma formação concreta, e, por isso, tem-se todo o cuidado para que ela não venha a ser afetada pela ação de um indivíduo próximo” (Coelho, 2014). Desde o início e durante toda a gravidez, os conhecimentos são repassados aos filhos, isto se dá por meio dos ensinamentos das pessoas mais velhas da aldeia, consideradas mais sábias e, por isso, mais valorizadas.

Em conformidade com o que Harkness & Super (1994) explanam sobre etnoterrias parentais, as normas da aldeia são baseadas nas crenças. Quando confirmada a gravidez de uma mulher, imediatamente têm início os tratamentos e os resguardos para a boa saúde do bebê e dos pais, já ocorrendo a suspensão de atividades pesadas para ambos os pais. Durante toda a gestação, entende-se que a criança é uma extensão dos pais, por isso, tudo que estes fizerem trará consequências para o bebê ainda no útero. Os pais têm restrições antes e após o parto, devendo todas serem obedecidas para afastar quaisquer consequências negativas para o bebê.

Para a mãe, durante a gravidez, são proibidos alguns afazeres como entrar na mata fechada, lavar roupa sozinha no rio, ir à roça, entre outros. A mãe realiza, apenas, atividades domésticas leves, não carrega objetos pesados e tem a alimentação diferenciada, não podendo comer paca (*Cuniculus*), anta (*Tapirus*), porco (*Sus scrofa domesticu*), peixe surubim (*Pseudoplastystoma fasciatum*). Segundo a crença da etnia, esses alimentos são perigosos por serem portadores de espíritos fortes denominados de Tapiwara (Wagley & Galvão, 1961). Considera-se, portanto, que se a mãe comer esses animais poderá colocar sua gravidez e a vida do bebê em risco. Quanto aos demais animais, por terem o espírito mais fraco, as mães podem consumir até momentos antes do parto.

Entre as proibições, também, está no fato das mulheres não poderem manusear os instrumentos de pesca ou de caça, pois, se manuseados, o pescador e o caçador correm o risco de serem afetados e ficarem “panema” (Galvão, 1979). Tal expressão é entendida, por este autor, não apenas como falta de sorte ou infelicidade ocasional, mas uma incapacidade temporária que aflige o indivíduo. Esse fato se estende por todo período de gravidez, até o nascimento, na saída das mães para o hospital ou posto de saúde.

Quando as mães saem do hospital, já que não foram cuidadas pelas indígenas, se elas apresentarem algum problema no pós-parto, as mulheres da Sede reconhecem que, se o parto tivesse ocorrido na aldeia, a parteira saberia cuidar para que a criança não apresentasse qualquer problema de saúde. Essa preocupação mostra que existe interação entre parentes que cuidam durante o período gestacional até a chegada do bebê, bem como a preocupação com a mulher que tem filho no hospital, fora do controle da aldeia (Dias-Scopel, 2014).

De maneira geral, muitas mães relataram que gostariam de ser atendidas em casa como ocorria no passado, mas que não se sentem seguras. Hoje, pela desconsideração do conhecimento da parteira, preferem dar à luz em hospitais na cidade (Gusman, Viana, Miranda, Pedrosa & Villela, 2015). As mulheres se deslocam para a cidade para saber o sexo do bebê e para as consultas de pré-natal, bem como realizar compras para o enxoval do filho.



O cacique da aldeia relatou um problema que ainda ocorre na aldeia, devido as mães procurarem hospitais para o parto dos filhos, em detrimento do trabalho da parteira. A parteira sabe voltar o quadril da mulher para seu lugar e faz recomendações de repouso de quarenta dias (quarentena), além de outros cuidados. Quem vai para o hospital não tem esses cuidados e, por isso, queixam-se de cansaço no quadril.

O parto das mulheres em hospitais é um novo processo diferente do tradicional e isto não é bem visto pela aldeia, de modo que se pode claramente perceber a existência de um conflito relacionado à prática do parto, situado entre o tradicional e o moderno. Como mostra o relato do cacique, a influência da medicina moderna deixa sequelas visíveis nas mães que têm seu filho no hospital, como dor de cabeça e náuseas. De outra forma, mães que tradicionalmente foram auxiliadas pelas parteiras, relataram ausência desses problemas após o parto.

Esses resultados também levantam a questão relacionada à formação técnica, dispensada pelas instituições de ensino, aos profissionais que cuidam da saúde indígena, a qual deveria contemplar as especificidades indígenas para que os profissionais possam bem atender o/a paciente indígena, conhecendo e compreendendo seus planos cosmológico e espiritual, com vistas a contribuir com melhora da expertise na atenção à saúde indígena (Sompré, 2019).

2.2. “wiraohawo-i: a festa da criança pequena (rituais de proteção)”

É o primeiro ritual depois que a criança nasce. Acontece após o resguardo da mãe. É uma cerimônia em que se objetiva a proteção dos bebês. Esse ritual ocorre na ramada (barracão onde acontece a festa) no período noturno, conduzido por um casal indígena da própria comunidade, e há a introdução de algumas carnes na dieta da mãe e a apresentação do bebê aos bichos da noite, para garantia que esses bichos não ousarão tentar qualquer malefício, como roubar a sombra ou a alma da criança, pois de acordo com o mito do roubo das sombras, muitas crianças da aldeia vieram a óbito (Lobo, 2016).

Todos vêm para a ramada com alegria, ver de perto o mais novo integrante da aldeia. As idosas da comunidade trazem presentes. É um evento que promove a proteção futura do bebê no processo do desenvolvimento infantil, cujo crescimento natural só é possível mediante condições ambientais suficientemente boas no cuidado das mães com as crianças (Winnicott, 2005). Assim, as crianças permanecem no ritual o tempo necessário, no local da festa são amamentadas, se alternam entre estarem acordadas ou dormindo. O importante é continuar na ramada por toda noite, ficando em redes ao longo da madrugada até o amanhecer.

2.3. “a festa da criança”

A Festa da Criança, diferente da anterior, marca a pré-iniciação dos meninos e das meninas Tenetehar-Tembé. Esse ritual acontece a partir dos cinco meses de idade. Durante a festa, apesar do maracá ser um instrumento de som usado somente pelos homens, em alguns momentos a criança pequena também tem acesso, pois serve para demarcar a importância de um momento ou de situação que pode ou não ter conotação religiosa, por exemplo, quando oferecido às crianças que queiram manejá-lo para realizar alguma brincadeira (Lobo, 2016). De acordo com as mães, o maracá, também tem a função de promover um sono tranquilo e agradável para as crianças no período noturno.

A Festa da Criança nas aldeias do Rio Guamá é o ritual de passagem do bebê, que é identificado pelo nome de “nenê-y” para a fase de criança, que passa a ser denominada de “kwaharer-y”. De acordo com os costumes dos Tembé, uma menina ou menino só deixa de ser criança quando sente vergonha de andar nu. O sentir vergonha é um marco dentro do desenvolvimento da pessoa em sua transição à vida adulta, que não pode ser rápida, pois quanto mais uma pessoa demora em deixar de ser criança, da mesma maneira ela demora a envelhecer.

O ritual da festa da criança acontece para finalizar o aleitamento materno, que termina quando a mãe decide introduzir alimentos considerados fortes na dieta da criança, carnes e outros produtos sólidos. Além da alimentação, no cerimonial, as crianças recebem a pintura corporal de jenipapo (Genipa americana), uma árvore que produz uma tinta preta e serve para purificação do corpo e prevenção de doenças (Coelho, 2014).

O evento ritualístico da festa da criança tem a duração de um dia e é presidido pelo Pajé da aldeia e pelo Cacique. É somente depois desse ritual que a criança está protegida e poderá receber visitas de pessoas não indígenas ou de outras comunidades.

O ritual supracitado acontece por dois motivos: o primeiro deles é outra gravidez da mãe, em que é preciso a retirada do bebê do seio e, o segundo, diz respeito à dentição da criança, pois quando ela já possui dentes se entende que ela tem a capacidade de comer alimentos sólidos. A partir de uma dessas situações, as mães com crianças ou bebês, fazem uma reunião para marcar a Festa da Criança (Coelho, 2014). Esse ritual acontece no período de muitas chuvas, devido à facilidade em encontrar a nambusinha (Tiramidae), ave que é servida para as crianças comerem como primeira refeição e que não é remosa (Brito Júnior & Estácio, 2013).

Antigamente, era dada a carne do veado vermelho para ser a primeira re-



feição sólida da criança, a fim de ficar igual ao animal: esperto, ligeiro e forte. Atualmente, esse animal está escasso. Na semana que vai acontecer à festa, o pai, os irmãos, os tios da criança, já vão para o mato procurar a nambusinha para a criança comer. A alimentação servida na festa da criança está relacionada com sistemas de crenças parentais ou etnoteorias dos Tembé, um conjunto organizado de ideias, de valores e de crenças, que estão implícitos nas atividades cotidianas, nos julgamentos, nas escolhas e nas decisões que os pais tomam.

Quando os pais e parentes chegam do mato com a caça, a criança é toda pintada de jenipapo, depois enfeitada, com uma cola tirada de pau e algumas penas da nambú. Depois que está pintada e arrumada, é colocada perto das outras crianças, as quais choram e ficam com medo umas das outras, isto porque não se reconhecem. Leva um tempo para elas ficarem juntas. Só depois que elas ficam bem, serão colocadas na tipóia e começa a festa. As mães da aldeia têm o conhecimento que essa prática é um marco na vida da criança, por isso a importância dessa cerimônia, mesmo que ela não consiga completar todo o ritual sendo ajudada por outro cuidador.

2.3. “a tocaia”

Ritual que acontece no mesmo dia da primeira menstruação da menina, que varia de acordo com a idade, ou seja, a menarca. Assim que a menina menstrua será iniciada uma cerimônia que começa na sua casa. Ela fica em um quarto separado onde entram apenas as pessoas mais íntimas da família do sexo feminino. No entanto, o pajé ou a pajé não pertencente à família tem acesso à Tocaia. Em hipótese alguma a menina pode ser vista pelo seu pai ou um homem que não seja o pajé. Portanto, o determinante biológico da menarca, organiza a crença que se traduz em comportamentos sociais.

A primeira fase do ritual se configura em um confinamento entre três a seis dias conforme o ciclo menstrual. Nenhum menino pode se aproximar da menina, no período da menarca, para não “furar a Tocaia”, expressão utilizada na aldeia. Caso isso ocorra, a menina dançará com o menino que já havia sido escolhido pelas famílias para dançar com ela e mais com o que furou a tocaia, ou seja, o que viu a moça no período que ela estava no resguardo da menarca (Coelho, 2014). Portanto, esse processo de quebra das regras na Tocaia tem consequências, pois acreditam que a menina possa morrer no segundo parto. Esta morte está relacionada com a tristeza representada no segundo parto com o nascimento do filho, já que o primeiro sempre representa a alegria.

No fim do período da Tocaia, a iniciada é esperada pela avó, prioriza-se a materna, caso não tenha, a avó paterna acompanha a menina para receber um

banho de água, que havia sido preparado na noite anterior com folhas de ervas que, segundo a crença, serve para o fortalecimento do corpo contra doenças futuras (Wagley & Galvão, 1961). Porém, antes da iniciada tomar o banho, ela é perseguida por um membro masculino da aldeia, que pode ser um idoso ou uma criança que corre atrás dela ao redor de sua casa, na tentativa de alcançá-la. No entanto, ela não pode ser pega, pois retornará ao confinamento da Tocaia por mais um dia, como forma de punição até que consiga escapar. Essa prática com a menina reflete as crenças de que, no futuro, será uma mulher capaz de cuidar de crianças e de idosos com destreza e agilidade o que a habilita poder gerar filhos e cuidá-los, bem como poder cuidar dos pais e dos avós quando necessitarem (Lima-Brito, Tavernard, Magalhães & Pontes, 2015).

No último dia em que a menina sai da Tocaia, os organizadores providenciam e agendam a Festa do Mingau (Pinakapememeke), a qual ocorrerá em momento posterior, com a agregação de outras meninas que passaram pelo ritual da Tocaia.

2.4. “a festa do mingau (pinakapememeke)

O ritual inicia às seis da manhã, quando as mães e as tias ralam a mandioca e as meninas têm o corpo pintado com jenipapo, com pinturas que representam a lua na metade do ciclo. A meia lua significa a pintura de Zary, que na cosmologia Tembé, é o sobrinho que se apaixonou pela tia e não controlava o seu amor, já que vinha todas as noites dormir com ela. Porém, antes de amanhecer o dia, ele desaparecia e ela não sabia com quem se deitava, então foi pedir o conselho da índia mais velha para descobrir o segredo. A idosa aconselhou a jovem, à durante a noite, molhar os dedos no jenipapo e pintar a metade do rosto. No dia seguinte, o homem apareceu com o rosto pintado e todos souberam que o sobrinho era quem dormia com a tia. Envergonhado com a descoberta, Zary foi embora e virou lua (Coelho, 2014).

Durante o ritual, o rosto das meninas é pintado com manchas similares as do peixe surubim ou da onça pintada. E, no cozimento da mandioca, os pedaços são retirados quentes do caldeirão e colocados no chão para que as iniciadas pisem, pois serve para o fortalecimento das pernas e contra as picadas de bichos peçonhentos. Ao ser analisada essa etapa do ritual, a Medicina Ocidental pode classificá-la, de acordo com Souza (2013), como a adoção, pela comunidade, de uma tecnologia de cuidado, conceituada, por esta autora, como procedimento de intervenção realizado nos processos da saúde e da doença, do normal e do patológico, da vida e da morte.

A partir de então, poderá ser observado que medidas preventivas contra doenças e para proteção aos espíritos da floresta que acontecem às iniciadas,



ocorrerão em todo o processo das cerimônias, caracterizando a realização da construção desses processos de tecnologias de cuidado. Na festa, uma porção do mingau é colocado em uma vasilha para que as iniciadas fiquem de cócoras e recebam o calor. Essa prática serve para evitar futuras doenças ginecológicas e problemas no parto. Logo depois é feito um beiju da mandioca que, ainda quente, é colocado na cabeça das iniciadas para que seus cabelos demorem a ficar brancos e impedir que elas fiquem loucas quando forem adultas.

Após a preparação do mingau, que é servido pelas meninas, suas mães começam a arrumá-las para a festa, que inicia ao anoitecer e termina somente no dia seguinte. O ritual é coletivo e tem a duração de uma noite. Ao finalizar essa festa, inicia-se o planejamento do ritual da festa da moça, com a presença de vários indígenas, que amplia as possibilidades de intersubjetivações na aldeia indígena (Ponte & Aquino, 2013).

2.5. “a festa da moça ou do Moqueado (*wira’ u-haw*)”

A última fase do rito de passagem de menina para fase adulta, que já está pronta para casar, e do menino para se tornar adulto, com várias atribuições. No primeiro dia do evento, as mulheres ornamentam a “ramada” e fabricam as saias com fios de algodão e fibras vegetais para usarem nas danças. Os homens da aldeia iniciam a reforma das barracas já existentes, além da construção de novos alojamentos de palhas para receber parentes vindos de outras aldeias que permanecem até o final da festa.

A organização do evento é responsabilidade de todos os integrantes da Aldeia, mas, apenas uma das iniciadas, será a dona da festa. Contudo, as famílias das outras iniciadas contribuem, como podem, para que a festa aconteça. A Aldeia passa a ser um local de acomodação de diversos grupos, sejam eles indígenas Tenetehara, membros de outras etnias ou os karawias (não indígenas) (Coelho, 2014). Enquanto alguns homens trabalham na aldeia, outros vão para a mata caçar animais para a preparação do moqueado (assado de carne batido no pilão com farinha de mandioca), que será servido no último dia da festa.

A festa é composta de cantorias, de dança circular e de batidas de maracá. As iniciadas com seus pares pisam forte com o pé direito, significando que tudo deve ser começado com o pé direito já que elas estão iniciando uma nova fase da vida. Mas um aspecto importante é a dança girar de modo anti-horário, o que serve como medida de proteção, para dificultar a presença do mal. Na cantoria os homens cantam, as letras das músicas homenageiam pássaros e animais da floresta e as mulheres acompanham num contexto afirmativo, como num coro. A importância desse coro feminino também se faz nos momentos

em que alguns dos presentes estão incorporados com espíritos de Karuwara, as mulheres cantam mais forte, demonstrando a sua força por meio do canto. Outro aspecto tradicional é que tudo na ramada ocorre do nascente ao poente, são os segredos da pajelança que legitimam as iniciadas e alegrem os presentes que se encontram na festa na ramada.

Um interessante aspecto do ritual se observa no respeito e na proteção com as pessoas que estão em transe, que são cuidadas para não caírem ou se machucarem, até que despertem. As situações de transe são constantes durante toda a semana da festa. Todavia, no domingo, último dia, com a convocação do Pajé, a situação de êxtase envolve mais a aldeia e os convidados. A situação permanece o dia inteiro até o encerramento da festa no pôr do sol, quando as karuwaras (espíritos) voltam para a floresta. Essas práticas são de natureza ritual e simbólica que visam manter valores e comportamentos por meio da repetição (Coelho, 2015).

Na semana que acontece o ritual, as iniciadas e seus pares dançam em círculo anti-horário todas as noites, exceto no sábado quando descansam, pois no domingo que é o último dia da festa, dançarão o dia todo. No sábado, além das iniciadas terem seus cabelos cortados pelo cacique da aldeia, elas recebem a pintura de jenipapo no corpo inteiro, são adornadas com penas de nambu, que em outros tempos já foi pena de Gavião Real (Wagley e Galvão, 1961).

No ritual, a menina se apresenta como uma pessoa em busca de força, de coragem e de determinação no seu ciclo de desenvolvimento. No último dia, as meninas recebem o “waza” que é um cocar feminino, um adorno de cabeça preparado com pena de aves coloridas e que mantém seus rostos semicobertos e os seios nus. Esse adorno diferenciado de cabeça é usado com uma saia longa, branca, com uma lista vermelha na altura do joelho que é um complemento de indumentária que somente as meninas podem usar e os meninos usam um short vermelho e uma saia de palha (Coelho, 2014). Neste dia, uma liderança indígena todo vestido com saia de palha dança na presença das meninas e apresenta um macaco guariba (*Alouatta*) que foi assado na brasa, com um cigarro de palha (*Tauari*) na boca e mostrando o pênis do animal.

As meninas não podem esboçar nenhum sorriso, pois se sorrirem demonstram que já não são puras, como também não estão preparadas para o casamento. Da mesma forma a pintura corporal feita no dia anterior, se no domingo ela não ficar totalmente escura, entende-se que a menina já manteve relações sexuais. Ainda, se o macaco escolhido para alegrar a festa, apresentar mau cheiro no mesmo dia da festa, significa que uma das iniciadas já manteve relação sexual.

A estrutura organizacional que descreve a preparação da mulher para a



gravidez pode ser compreendida a partir da Festa da Moça, um ritual de passagem para menina e o menino Tembé. Esse rito marca uma nova etapa na vida de um casal e é o início de uma vida de responsabilidades. Durante a Festa, acontecem rezas, danças, cantorias e xamanismo.

A Festa da Moça é um marco no desenvolvimento indígena Tembé que delimita a passagem da infância para a vida adulta. Este ritual é dividido em três fases: “Tocaia”, “Mingau” e Festa do Moqueado (Coelho, 2015). O conjunto desses três eventos que, por vezes, dá origem a uma nova família, é o estágio inicial para a formação de casais que já saem da festa visando uma união.

Categoria 3 “prática de cuidado na aldeia Tembé”

3.1. “os cuidados com as crianças”

As práticas de cuidados observadas no presente estudo foram descritas e agrupadas nas seguintes categorias/atividades:

Alimentação: Momento de interação da mãe e do pai com a criança nos momentos da alimentação como: café da manhã, almoço e jantar. Durante o período de amamentação, o pai prepara a refeição. Conversam sobre rituais, pinturas, histórias.

Espiritualidade: Todas as práticas e referências às situações em que envolviam de alguma forma a espiritualidade, o respeito aos espíritos e aos horários em que não podem transitar pela comunidade.

Práticas/crenças culturais: Refere-se aos costumes e às concepções da aldeia, por exemplo, tem momento para entrar no rio, e a mãe cuida da criança para não morrer, senão a mãe é penalizada pelos espíritos.

Banho: Como ocorre a interação da mãe da criança, do pai e dos irmãos nos momentos de banho, tanto na residência como nos rios da aldeia.

Sono: Momentos em que a criança vai dormir ou acorda em diferentes horas do dia.

Atividade escolar: Todas as ações que se referem ao contexto escolar como: ir para escola e fazer dever de casa.

Brincadeiras: Atividades referentes às brincadeiras das crianças, sempre sob supervisão de um adulto.

3.2. “brincadeiras na aldeia”

Por meio das brincadeiras as crianças indígenas se desenvolvem com a ideia prévia do que irão aprender em determinadas tarefas, para colocar em prática futuramente, ou seja, são orientadas e estimuladas, desde crianças, a incorporar papéis, como o de mãe, de dona de casa, de caçador, de pescador ou de guerreiro. As atividades são voltadas para projetar para o futuro os papéis que cada um exerce na aldeia.

De acordo com Nascimento e Zoia (2014), o brincar é pleno de significado e possibilita os desenvolvimentos cognitivo, afetivo e motor da criança, sendo, portanto, fundamental para um desenvolvimento biopsicossocial saudável. A brincadeira na aldeia é constante e todas as crianças têm um horário determinado para brincar, seja com outras crianças ou com adultos, sempre com o intuito de promover o aprendizado.

Segundo Winnicott (1975) o aprendizado por meio de brincadeiras facilita o crescimento e como resultado promove o pleno desenvolvimento. Uma criança que não brinca, pouco se constitui de maneira saudável e tende a apresentar prejuízos aos desenvolvimentos motor e afetivo, provavelmente tornando-se apática diante de situações, não conseguindo ajustar o raciocínio lógico à interação e à atenção. Consta-se que na aldeia Sede as crianças brincam sempre sob a vigilância dos adultos.

▲ Considerações Finais

No presente trabalho foi realizado um estudo sobre os subsistemas integrantes do sistema desenvolvimental e comportamental do povo Tembê, à luz da Teoria do Nicho Desenvolvimental, a saber, o ambiente físico e social, as práticas de cuidado, a psicologia dos cuidadores, assim como o papel de mediador do grupo familiar, com vistas a demonstrar aspectos da organização social dessa etnia, no que diz respeito aos cuidados dispensados desde a concepção de um indivíduo da comunidade até alcançar a vida adulta. Essa pesquisa se mostra importante por revelar o conceito que os indígenas têm sobre ambiente físico e social, do lugar onde habitam e o respeito que possuem pelos lugares sagrados em horários pré-determinados, práticas estas que vão desde as crianças até as pessoas de maior idade da aldeia.

A visão dos Tembê a respeito do ambiente em que estão inseridos organiza, em última instância, a condição de sujeito no ciclo de vida (criança e adulto). Desse modo, o conceito de tempo e de idade deve ser compreendido como multidimensional e, por isso, a idade cronológica não se torna uma boa medida



da função desenvolvimental (Hoyer & Roodin, 2003). Para a Medicina Ocidental, os ciclos de vida são divididos, didaticamente, em pré-natal, que vai da concepção até o nascimento; em primeira infância, que vai do nascimento aos 3 anos; a segunda infância, que vai dos 3 aos 6 anos; a terceira infância, que vai dos 6 aos 11 anos; adolescência, que vai dos 11 aos 20 anos; a vida adulta, que vai dos 21 aos 40 anos; a meia idade, que vai dos 40 aos 65 anos; e a terceira idade, que vai dos 65 anos em diante.

Para os Tembés os ciclos de vida podem ser compreendidos e definidos, didaticamente, como período gestacional, que vai desde a concepção ao nascimento; Festa da Criança Pequena, que acontece após o resguardo da mãe, ou seja, demarcando o nascimento da criança; a Festa da Criança, que acontece a partir dos 5 meses, a qual demarca o fim da amamentação materna exclusiva e início da alimentação sólida até a criança sentir vergonha de andar nu; a Toccaia, que é ritual marcado pela menarca da menina demarcando os preparativos para o início da transição da infância para a vida adulta; a Festa do Mingau, ritual para prevenção de doenças da idade adulta; a Festa da Moça, ritual que prepara a menina em transição para a fase adulta para o cuidado dos filhos, dos pais e dos avós. Essa passagem da fase menina para a de mulher, que se dá em torno dos 12 anos, atribui-lhe funções de responsabilidade na aldeia que difere, completamente, da vida no mundo ocidental, quando se identifica a fase de adolescência. Embora os rituais enfatizem a figura feminina e suas obrigações, os meninos tomam, igualmente, parte destes rituais e desses processos de mudança de ciclos de vida. Ao final da Festa da Moça homens e mulheres podem sair para construir suas famílias.

Como pode ser visto, o desenvolvimento Tembés não é regido por tempo mensuravelmente determinado em idades e/ou em faixas etárias como no mundo ocidental, mas sim, por episódios relativos e subjetivos, construídos nas vivências, nos processos fisiológicos, também nos sentimentos, nas percepções experienciadas no contexto dos ambientes físico e social, os quais demarcam a identidade das pessoas e da cultura, por meio dos rituais permeados e orientados em fundamentos de proteção e de cura. Com isso, sugere-se que novas investigações a respeito do nicho de desenvolvimento, a partir dos três subsistemas, sejam realizadas nos diferentes contextos, especialmente no contexto indígena onde se tem crenças culturais tão peculiares que exercem forte influência no desenvolvimento humano.

A teoria do Nicho Desenvolvimental facilitou a compreensão das crenças que norteiam o desenvolvimento humano. Tal embasamento permitiu compreender e avaliar o ser humano em seu ambiente natural e social de desenvolvimento. Portanto, o estudo pôde contribuir para diferentes áreas do conhecimento, como a

médica, a antropológica e a psicologia do desenvolvimento, ao incluir populações tradicionais de modo a proporcionar novas pesquisas sobre o cotidiano da vida indígena, suas tecnologias de cuidado, suas experiências de atenção à saúde, e, em última instância, fortalecendo a política nacional de atenção à saúde indígena.

Tal estudo é fundamental para as questões bioéticas, atualmente tão debatidas e estereotipadas, por vezes, mistificadas pela ignorância dos diferentes grupos, desconhecendo e desrespeitando a dignidade humana de forma globalizada. É preciso ir além do contexto histórico, entendendo os contextos cultural e social em que os diversos grupos estão inseridos.

Apenas a partir desse conhecimento mais amplo, criando alianças entre a história, a cultura e a sociedade é que haverá um melhor direcionamento a ser tomado diante dos dilemas éticos encontrados, quando culturas díspares se encontram e, por vezes, se renegam. É necessário estabelecer uma base sólida de conhecimento entre as diversas culturas, as morais e os costumes dos grupos, e tomar fundamentos que orientem momentos de decisão e de intercessão entre tais culturas, formando pontes que aproximem e agreguem conhecimento. Isso certamente afetará, diretamente, a qualidade de vida dos indivíduos envolvidos nessa jornada.

É prioritário o entendimento empático de que a dignidade humana deve ser tratada de forma única e singular, reconhecendo e respeitando as diferenças de todos, tornando tal identidade como patrimônio de seu povo.

▲ Referências

Andrews, M. (2000). **Ageful and proud. Ageing and Society**, 20(6), 791-795. doi:10.1017/s0144686x01007966.

Azevedo, T. (2016). **Psicologia Transcultural**: O que é, o que estuda e qual sua importância. Disponível em: <http://psicoativo.com/2016/07/psicologia-transcultural.html>.

Barth, F. (2000). **O guru, o iniciador e outras variações antropológicas**. Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa Livraria.

Brito Júnior, L.C & Estácio, A.G. (2013). Tabus alimentares em medicina: uma hipótese para fisiopatologia referente aos alimentos remosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 59(3), 213-216. doi:10.1016/j.ramb.2013.04.001

Bronfenbrenner, U. (1996). **A ecologia do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Médicas.



Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Castro, E.V. (2015). **Metafísica Canibais: Elementos para uma antropologia pós-estrutural**. Cosac Naify.

Coelho, J.R.L. (2014). **Cosmologia Tenetehara Tembé**: (re)pensando narrativas, ritos e alteridade no Alto Rio Guamá - PA (Dissertação não publicada). Universidade Federal do Maranhão.

Coelho, J.R.L. (2015). Karuwara: observando sobrenaturais entre os Tembé do Guamá. **Revista Estudos Amazônicos**, 11(1), 275-302. http://www.ufpa.br/historia/Estudos%20Amazonicos/Jose_Coelho.pdf.

Corrêa, I.N. (2011). **O céu dos índios Tembé**. Belém: Universidade do Estado do Pará, Planetário do Pará.

Creswell, W.J. (2007). **Método qualitativo, quantitativo e misto**. Artmed.

Cunha, M.C. (1998). Pontos de vista sobre a floresta amazônica: xamanismo e tradução. **Mana**, 4(1), 7-22. doi:10.1590/S0104-93131998000100001.

Descola, P. (1997). Ecologia e cosmologia. In Castro, E & Pinton, F. (Orgs.). **Faces do Trópico Úmido: Conceitos e questões sobre o desenvolvimento e meio ambiente** (pp. 243-261). Cejup.

Dias, C.L; Rocha, G & Mitschein, T.A. (2012). **O futuro Ameaçado do povo Tembé no Alto rio Guamá**. Núcleo de Meio Ambiente NUMA. UFPA. POEMA.

Dias-Scopel R.P. (2014). **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Mundurucu**. (Tese não publicada), Universidade Federal de Santa Catarina.

Galvão, E. (1979). **Índios e Brancos no Brasil: encontro de sociedades**. Paz e Terra.

Garnelo, L. & Buchillet, D. (2006). Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano oriental) do Alto Rio Negro (Brasil). **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 231-260, jul./dez.

Gusman, CR; Viana, AP; Miranda, MAB; Pedrosa, MV & Villela, WV. (2015). Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Bra-

sil: reflexão sobre desafios. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 37(4-5), 365-370. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400026&lng=en&tlng=pt

Harkness, S. & Super, C. M. (1992). Introdução. In S. Harkness, S & Super CM. (Eds.), **Os sistemas culturais dos Pais crença: Suas origens, expressões e consequências** (pp. 1-23). The Guilford.

Harkness, S. & Super, C.M. (1992). Parental ethnoteories in action. In. Sigel, IE; McGillicuddy-DeLisi, AV & Goodnow, JJ. (Orgs.), **Parental belief systems: The psychological consequences for children** (pp. 373-391). Lawrence Erlbaum.

Harkness, S & Super, CM. (1994). The developmental niche: a theoretical framework for analyzing the household production of health. **Social Science & Medicine**, 38(2), 217-226. doi:10.1016/0277-9536(94)90391-3

Harkness, S. & Super, C.M. (1996). **Parents cultural belief systems: their origins, expressions and consequences**. The Gilfrd Press.

Harkness, S; Super, C.M; Mavridis, C.J; Barry, O. & Zeitlin, M. (2013). **Culture and early childhood development**. In P. R. Britto, P. L. Engle, & C. M. Super (Eds), *Handbook of early childhood development research and its impact on global policy* (142-160). Oxford University Press.

Hoyer, W.J & Roodin, P.A. (2003). **Adult development and aging**. The McGraw-Hill.

Keller, H. (2007). **Cultures of infancy**. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum. doi:10.4324/9780203936771.

Lima-Brito, J.S; Tavernard, E.P.M; Magalhães, C.M.C & Pontes, F.A.R. (2015). O conceito de nicho de desenvolvimento sob uma perspectiva gerontológica. *Kairós Gerontologia*. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, 18(3), 213-226.

Lobo, R.G. (2016). **Naturezas esfumaçadas: os Tembê e o mercado de crédito de carbono**. (Tese não publicada). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

Nascimento, R. & Zoia, A. (2014). Crianças munduruku: um breve olhar sobre o brincar e sua aprendizagem social e cultural. **Revista Tellus**, 14(26), 119-130.

Papalia, D.E; Olds, S.W.; Feldman, R.T. (2006). **Desenvolvimento Humano**. Artmed.



Pawlowski, C.S; Andersen, H.B; Troelsen, J. & Schipperijn, J. (2016). Children's physical activity behavior during school recess: A pilot study using GPS, accelerometer, participant observation, and go-along interview. **Plos One**, 11(2), e0148786. doi:10.1371/journal.pone.0148786

Ponte, VS & Aquino, MJS. (2013). Para ser mulher verdadeira! - os Tenetehar-Tembé: relações entre ritual, direitos e estratégias de afirmação cultural em ações locais. **Nuevo Mundo Mundos Nuevos**. s/d. doi:10.4000/nuevomundo.66051

Rogoff, B. (2005). **A natureza cultural do desenvolvimento humano**. Artmed.

Sompré, I. (2019). **Avaliação da qualidade de vida, da depressão e da ansiedade nos indígenas graduandos do curso de Medicina na Universidade Federal do Pará**. Trabalho de conclusão de curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Sousa, L.C.B.D. (2016). **Nichos de desenvolvimento infantil: um estudo com mães e educadoras de creche em contexto não urbano**. (Tese não publicada). Programa de Pós-Graduação em psicologia social, Universidade Federal da Paraíba.

Souza, F. (2013). **Tecnologias de cuidado em saúde**. Rede HumanizaSus. <http://redehumanizasus.net/65498-tecnologias-de-cuidado-em-saude/>.

Super, C.M & Harkness, S. (1999). The environment as culture in developmental research. In S. L. Friedman & T. D. Wachs (Eds.), **Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts** (pp. 279-323). American Psychological Association.

Tassinari, A. (2007). Concepções indígenas de infância no Brasil. **Revista Tellus**, 7(13), 11-25.

Tooby, J & Cosmides, L. (1995). The psychological foundations of culture. In J. H. Barkow, L. Cosmides, & J. Cosmides (Eds), **The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture** (pp. 19-136). Oxford University Press.

Vianna, J.J.B; Cedaro, J.J & Teixeira Ott, A.M. (2012). Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. **Psicologia & Sociedade**, 24(1).

Vieira, M.L; Seidl-de-Moura, M.L; Lordelo, E; Piccinini, C.A; Martins, G.D.F; Macarini, S.M & Rimoli, A.O. (2006). Brazilian mother's beliefs about childrearing practices. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, 41(2), 195-211. doi:10.1177/0022022109354642.

Vitale, M.P & Grubits, S. (2009). Psicologia e povos indígenas: um estudo preliminar do estado da arte. **Revista Psicologia e Saúde**, 1(1), 15-30.

Wagley, C & Galvão, E. (1961). **Os índios Tenetehara: uma cultura em transição**. Rio de Janeiro, RJ: MEC/Serviço de Documentação.

Winnicott, D.W. (1975). **O brincar e a realidade**. Imago. (Original publicado em 1953).

Winnicott, D.W. (2005). O primeiro ano de vida. Concepções modernas do desenvolvimento emocional. In D. W. Winnicott (Ed.), **A família e o desenvolvimento individual** (pp. 03-21). Martins Fontes. (Original publicado em 1958).

Zanoni, C. (1999). **Conflito e coesão: o dinamismo Tenetehara**. Brasília, DF: Conselho Indigenista Missionário.

Quando a cultura faz laço: a importância dos rituais Tene-tehar-Tembé em análise interdisciplinar

08

Izabella Paiva Monteiro de Barros
Miriam Dantas de Almeida

Um mito é uma metáfora daquilo que repousa por trás do mundo visível
Campbell (1990, p. 12)

▲ Introdução

Pensar a saúde indígena no Brasil compreende mais do que um dialogar entre diversas ciências, envolve o desafio da interculturalidade. Assim, toda prática de cuidado nesse campo necessita da interdisciplinaridade, podendo a Psicologia trazer algumas contribuições importantes por meio de uma escuta diferenciada que permita colocar a palavra em circulação e, juntamente com o conhecimento do território e o estudo da cosmologia da etnia, torne possível o planejamento de ações dimensionadas por um perspectivismo cultural (Viveiros de Castro, 2014).

Assim, pode-se dizer que o psicólogo indigenista tem um importante papel de “construir ações e abordagens mais adequadas às situações indígenas associadas ao campo de atuação da saúde mental” (Macdowell, 2015, p. 9). A própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002) tem como marcos regulamentadores o respeito aos conhecimentos tradicionais e aos estudos socioantropológicos, ambos operadores éticos fundamentais para que o trabalho intercultural aconteça de forma articulada, visando a integralidade no cuidado.

Compreender o indígena a partir de seu universo cultural inclui um complexo e delicado trabalho de aprofundar o conhecimento acerca das especificidades das etapas de seu ciclo vital e de seu universo cultural repleto de valores religiosos, chamado de cosmologia, o que inclui intrinsecamente a relação com sua ancestra-

lidade, seu território, o meio ambiente e a natureza.

Esses estudos, que precisam ser aprofundados por quem pretende aproximar-se de seus territórios e de seus modos de viver, deverão ter os próprios indígenas como atores sociais na construção coletiva de uma antropologia indígena, que poderá contribuir, do ponto de vista sócio-histórico, para a manutenção dos rituais e práticas de cuidado de um povo, preservando na memória cultural os saberes ancestrais. Aqui se fala de uma condição que costuma ser não legitimada do “falar por”, quando se trata de um contato intercultural dessa natureza, e de um modo de aproximação que considera o diverso e o complexo na condição de vida dos povos indígenas. Não se trata apenas de uma designação moral de inclusão, como se diria de uma condição menos desenvolvida, mas sim de dar voz ao que o indígena tem a dizer. E esse dizer muitas vezes está presente de forma metafórica no *modus operandi* daquele povo, o que inclui os rituais e crenças.

Neste artigo, a partir de teorias do campo disciplinar da Psicologia, sobretudo em diálogo com a Antropologia, e com o objetivo de permitir reflexões acerca do potencial socializante, e, portanto, humanizante, dos rituais indígenas, privilegiaremos a etnia Tenetehar-Tembé, cuidadosamente estudada por Almeida (2017), uma das autoras deste trabalho. No entanto, todos os ritos de passagem e as práticas de bem viver dos povos tradicionais brasileiros devem ser preservados e resgatados, permitindo que os indígenas possam ter protagonismo em suas formas de promoção de saúde e práticas de cuidado, a partir do seu olhar particular sobre o desenvolvimento humano e sobre as maneiras de estar no mundo. Esses modos de viver e produzir saúde são derivados de acúmulos ancestrais que antecedem, em muitos séculos, a razão biomédica que toma o mundo ocidental moderno há pouco mais de três séculos.

Nesse contexto, ressaltamos a importância do diálogo intercultural ser mediado por diferentes linguagens e com a contribuição da Etnologia, para que assim se possa proceder com as leituras etnográficas desconstruídas das teorias e concepções que orientam os modos de vida e a categoria de saúde mental não indígenas.

Essa desconstrução parece ser o passo inicial para todo e qualquer pesquisador que pretenda se aproximar das cosmologias indígenas da forma mais isenta possível, livre de preconceitos ideológicos que possam resultar em uma leitura apressada e até equivocada dos significados e sentidos que determinadas manifestações culturais têm para um determinado grupo. E os rituais têm esse potencial polissêmico, tendo em vista que são repletos de atribuições simbólicas que transmitem a cultura, oferecendo material que permite ao sujeito daquela etnia desenvolver um sentimento de pertencimento, e contribuindo para o posicionamento subjetivo no eixo de filiação daquele povo. Não basta existir para pertencer;



é a cultura que contribuirá para o estabelecimento do laço social (Freud, 1996). Por isso se faz tão relevante que os rituais estejam presentes desde a gravidez e acompanhem todo o ciclo vital, marcando o corpo dos participantes daquele grupo, tornando-os referenciados uns aos outros, em uma relação dialética entre alteridade e parentesco (semelhança). Para os Tembé, deixar de existir é deixar de estar interligado, se afastando assim das origens.

Analogamente, nas comunidades não tradicionais Lacan localiza na função do pai, nas culturas ocidentais, essa função como residual, ou seja, aquela que garante a ordem social por meio de marcas que ordenam simbolicamente o funcionamento individual e grupal, uma vez que sua função é a de, “ao mesmo tempo, reunir e cindir as duas funções da paternidade (pater e genitor), a da nomeação e a da transmissão do sangue ou da raça” (Roudinesco, 2003, p. 23).

Assim, podemos considerar a dimensão imaginária do pai, ou seja, aquela relativa ao imaginário social ligado aos papéis e às expectativas sociais de um grupo, de uma dada cultura e de uma época. A partir da leitura freudiana do mito Totem e Tabu, Freud (1996) destacou a função do pai como aquela que permitiu o nascimento da cultura, e cuja manutenção se mantém pela transmissão filogenética: não é preciso que cada família realize novamente o ato fundamental que dá origem à ordem social. Corroborando com as ideias freudianas, Travassos e Ceccarelli (2016) afirmam que são as narrativas míticas que dão representação aos ideais sociais, ao mesmo tempo em que as marcas simbólicas transmitidas nos rituais vão compor o corpo próprio em busca de singularização.

Em *Os Complexos Familiares na Formação do Indivíduo*, ao estudar a constituição do psiquismo e a função da cultura no homem, Lacan (2003) localizou na família um operador estrutural e nuclear para a sobrevivência da espécie humana, distinguindo-a dos animais, destacando que sua conservação e seu progresso dependeriam sobretudo de sua comunicação. Nessa direção, a família, como um grupo social nuclear, seria responsável pela transmissão de uma cultura entre gerações, buscando nesses estudos articular os modos como essa transmissibilidade se daria em sua dimensão psíquica, além da genealógica presente em todas as espécies. Segundo ele (Lacan, 1938/2003), a estrutura da organização familiar é quem exerce essa transmissão.

É a partir do conceito de “complexo” que Lacan articula os fatores instintuais, sociais e psíquicos, que não funcionariam como uma predisposição, mas como uma sobredeterminação, uma combinação complexa de fatores articulados que interferem na constituição do indivíduo. Assim, a primeira resposta de Lacan à pergunta “o que é um pai?” seria: o pai é um complexo pelo qual a organização familiar permite que a função de transmissão da cultura se realize na subjetividade de cada criança.

Neste texto, Lacan (2003) pretendeu ainda apontar o papel de vários complexos na organização do psiquismo: o de desmame, o de intrusão e o de Édipo. Embora os referidos complexos não sejam aprofundados neste artigo tendo em vista os objetivos neste momento, consideramos suficiente mencioná-los nominalmente e, deixar registrado, que, a passagem por essas vivências deixa marcas determinantes na constituição dos indivíduos e participam da transmissão social da lei e da cultura. As proposições lacanianas foram baseadas no campo da Antropologia de Lévi-Strauss (2003), para quem o mito é um complexo.

Vale destacar que os dados culturais que serão articulados aos recortes da teoria psicanalítica são fruto de uma pesquisa empírica de uma das autoras deste artigo, que só foi iniciada após a autorização da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e do cacique da aldeia. Tratou-se de uma observação participante realizada na aldeia sede dos Tenetehar-Tembé no início de 2017, e que foi finalizada em outubro do mesmo ano.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Pará, sob o parecer nº 1.942.285. O instrumento de pesquisa (observação participante) permitiu coletar não só impressões do ambiente físico, como também experienciar uma variedade de situações do cotidiano da aldeia incluindo comportamentos dos integrantes daquela comunidade tanto de forma individual, como grupal (Minayo, 1994). Todas as observações foram registradas no diário de campo, em tempo real. Dessa forma, tais escritos contemplaram os comportamentos dos indígenas, como falas, gestos, expressões corporais, emoções, cantos, danças, risos e as descrições das pinturas.

Passemos, então, aos rituais do povo Tembé do Alto Rio Guamá, que têm estrutura e função análogas aos complexos descritos por Lacan como ordenadores para Psicologia individual a partir da Psicologia de seu grupo de referência (Freud, 1996).

Vale destacar que todas as falas que serão recortadas e mencionadas nos próximos trechos deste artigo foram autorizadas por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a aprovação da realização da pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Pará (Protocolo nº 1.942.285), e são dados primários coletados em pesquisa de mestrado de uma das autoras (Almeida, 2007).

▲ Os rituais do povo Tembé e a suas tradições

Os Tenetehar-Tembé, como etnia, estão em um processo gradativo de retorno às suas tradições culturais (rituais, pinturas corporais, objetos tradicionais e o idioma Tenetehara). Diante de sucessivos processos migratórios desse povo, é visível a existência de conflitos, não somente diante da disputa por terra e terri-



tório, mas também no que concerne às práticas culturais e à preservação de sua identidade étnica.

A vida dos Tenetehar-Tembé, famílias indígenas da sede e demais aldeias do Alto Rio Guamá é marcada por fases bem definidas dentro de seu próprio universo. A comunidade se originou de apenas uma família, a partir da qual, consecutivamente, os casamentos aconteceram entre parentes. Por isso a família é extensa e o cruzamento entre parentes é comum, uma vez que a relação de parentesco desse grupo Tupi é patrilinear (Coelho, 2015). Contudo, a estrutura familiar pode ser decisiva na formação da personalidade de seus integrantes a partir dos relacionamentos individuais estabelecidos (Zannoni, 1999) na medida em que ela norteia, por cerimônias próprias, a inserção do indivíduo na sociedade desde o seu nascimento. O mesmo acontece, do ponto de vista estrutural, ao longo do ciclo de vida dos homens não indígenas, conforme apresentado anteriormente.

A localização das aldeias na região permite compreender a área da terra indígena ocupada pelos Tembé. A distância geográfica entre aldeias e a cidade permite ter uma noção do tempo de deslocamento entre um e outro por um caminho de terra batida. Algumas mulheres grávidas são levadas em trabalho de parto e se deslocam por 41 quilômetros em uma estrada sem asfalto, atravessando algumas pontes, para chegar ao hospital do município de Capitão Poço. No período chuvoso a mãe só pode sair da aldeia para parir quando baixam as águas dos rios, que interditam as pontes, levando horas no percurso entre a aldeia e o hospital para ter seu bebê.

No intuito de contribuir com a produção de conhecimento sobre a gestação e diferentes tipos de parto em contextos não urbanos, Almeida (2017) discutiu o fenômeno completo da descentralização da gestão pública, que inspirou a reestruturação da política brasileira de saúde indígena e que, em sua expressão mais periférica, alcançou os Tembé (Ponte, 2014), quando foi criado o Subsistema de Saúde Indígena, estabelecido pela Lei 9.836/99 da operacionalização da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI), em 2010 (Brasil, 2002).

Os Tembé, a partir de seus rituais, elaboram a passagem pelas fases do desenvolvimento, práticas de cuidado que se iniciam desde o período de gravidez. A estrutura organizacional que descreve a preparação da mulher para dar à luz pode ser compreendida como tendo início com a menarca, quando a menina vai para a Tocaia, rito de passagem da fase de menina para moça Tenetehar-Tembé.

As práticas ritualísticas dizem respeito a uma série de atos, de palavras, de gestos requeridos por um determinado grupo para delimitar a relevância de uma situação que pode ou não ter conotação religiosa (Mclaren, 1992). Os

valores religiosos não precedem a origem dos ritos, mas estes dependem dela e lhe são essenciais. Os mitos e os ritos coexistem com a própria vida das comunidades, servindo para manter a coesão da identidade cultural daquele povo. Os mitos estão presentes desde a origem do ser humano e representam um capital fantasmático de uma cultura.

É importante ressaltar que, dentre as descobertas ao longo do desenvolvimento desses escritos, se deparou com uma pluralidade de definições de mito, algumas bem semelhantes, outras bem divergentes entre si, sendo possível perceber que as das áreas que fazem interface com a Psicanálise (Antropologia, Sociologia, Filosofia) em muito contribuem para o foco que se quis ressaltar neste artigo: a penetração do mito como ordenador simbólico estrutural no processo de subjetivação e no estabelecimento de uma cultura.

No novo dicionário Aurélio da língua portuguesa aparece o seguinte:

Mito (do grego *mythos*, 'fábula', do latim *mythu*): narrativa dos tempos fabulosos ou heroicos; representação de fatos ou personagens reais, exagerada pela imaginação popular, pela tradição, etc; pessoa ou fato assim representado ou concebido; ideia falsa, sem correspondente na realidade; coisa inacreditável, fantasiosa, irreal, utopia; exposição de uma doutrina ou de uma ideia sob forma imaginativa, em que a fantasia sugere e simboliza a verdade que deve ser transmitida; forma de pensamento oposta à do pensamento lógico e científico [...] (Ferreira, 1986, p. 1143).

É fundamental ressaltar que no contexto aqui em questão está também em jogo o que é místico, isto é:

Misterioso e espiritualmente alegórico ou figurado; referente à vida espiritual e contemplativa; [...] Do grego *mystikós* e do latim *mysticu* (Ferreira, 1986, p. 1142).

Migliavacca (1998) aponta o caráter tranquilizador dos mitos, já que estes surgem para dar conta do inexplicável na natureza. A autora faz uma afirmação de que se recorre ao mito quando se encontra com algo da ordem de uma experiência real, difícil de ser simbolizada, podendo os seres humanos se valerem dos mitos e rituais com o intuito de lançar mão de algo que auxilie em sua nomeação nesses momentos, que Travassos e Ceccarelli (2016) denominaram como de indeterminação subjetiva:

Uma das funções primordiais dos mitos é a de organizar o mundo, é a de tornar conhecido o mundo desconhecido, é a de tornar familiar aquilo que é estranho. Os mitos foram usados para explicar a existência do mundo e do próprio homem no mundo. Foram uma resposta encontrada para as perguntas surgidas a partir da contemplação do universo (Migliavacca, 1998, p. 144).



A mesma autora prossegue:

O pensamento mítico foi, provavelmente, um dos primeiros recursos de apreensão e de explicação da realidade usados pelo homem. Se falássemos como um grego, diríamos que, graças aos mitos, o caos pôde transformar-se em cosmos (Migliavacca, 1998, p. 145).

Freud, em *Psicologia das Massas e Análise do Ego* (1921/1996), desenvolve esse tema, e Buzzi (1998) corrobora com as ideias freudianas enfatizando a importância dos relatos míticos no que se refere à consolidação dos elos da aliança dos homens entre si e com seu meio ambiente. Ainda nesse sentido, Migliavacca (1998) afirma que é no mito que o homem se reconhece, já que é a expressão daquilo que é essencialmente humano e das relações do homem com o universo. Graças às cosmogonias que sustentam, cria-se um ponto de partida que permite fundar historicamente a origem do homem, dos animais e das coisas, assegurando a passagem do caos à ordem.

Sendo assim, o sistema mítico combina propriedades temporais, tanto do tempo reversível como do tempo irreversível. Tito Cardoso e Cunha no prefácio do livro "O Mito Individual do Neurótico"(Lacan, 1987), após retomar as idéias de Lévi-Strauss, resume que o mito é reversível, porque está sempre presente, mas cada vivência mítica particular é irreversível no tempo, porque individual.

O mito, como conceito antropológico, foi dessa forma abordado a partir de *Antropologia Estrutural*, texto teórico de um testemunho do progresso de um pensamento rigoroso e original do nomeado antropólogo já citado anteriormente (Lévi-Strauss, 2003).

No referente às contribuições antropológicas, Campbell (1990) também apresenta uma definição que possibilita o aparecimento de um sentido de mito importante pra se começar a pensar na gênese do sujeito, no que há de singular na subjetividade com base nos argumentos míticos. Ele diz:

Aquilo que os seres humanos têm em comum se revela nos mitos. Mitos são história de nossa busca da verdade, de sentido, de significação, através dos tempos. Todos nós precisamos contar nossa história (Campbell, 1990, p. 5).

Campbell (1990) aponta ainda que mito é experiência de vida, aquilo que se é capaz de conhecer e experimentar interiormente. O mito ajuda a colocar a mente em contato com a experiência de estar vivo. Segundo ele, a pessoa é ensinada a viver em função desses motivos míticos, pensamento que encontramos também no trabalho de Souza (2016).

Genep (1909/2011) diferenciou uma tríplice estrutura do ritual: ritos de separação, ritos de margem e ritos de agregação. Já Turner (1967/2005) fala da necessidade de pensar a vida social em processos dialéticos que marcam uma passagem, que o autor define como liminaridade. Já para Coelho (2014), a liminaridade consiste no abandono de um status anterior para que haja uma mudança de estado. Entende-se esta última categoria como simétrica em relação à alma, ou até no que se refere à *karuwara* do corpo, que é a substância de todos os seres. A *karuwara* da pessoa pode ser levada para outros espaços, principalmente nos momentos de liminaridade, ou seja, ocasiões em que a pessoa está em situações indefinidas de estado, podendo assumir então a perspectiva do outro (Viveiros de Castro, 2005).

Segundo Souza (2016, p. 148), o ritual é o meio pelo qual a sociedade “marca o corpo do jovem com sua lei”. O primeiro momento que marca o rito de passagem da moça se chama Tocaia, um ritual que acontece no mesmo dia da primeira menstruação da menina, que varia de acordo com a idade, ou seja, a menarca. Assim que a menina menstrua, é iniciada em uma cerimônia que começa na sua casa. Ela fica em um quarto separado onde entram apenas as pessoas mais íntimas da família do sexo feminino. No entanto, o pajé ou a pajé não pertencente à família tem acesso à Tocaia. Em hipótese alguma a menina pode ser vista pelo seu pai ou um homem que não seja o pajé. Portanto, o determinante biológico da menarca organiza a crença que se traduz em comportamentos sociais (Almeida, 2017).

A primeira fase do ritual se configura em um confinamento entre três a seis dias, conforme o ciclo menstrual. Nenhum menino pode se aproximar da menina no período da menarca, para não “furar a Tocaia”, expressão utilizada na aldeia. Caso isso ocorra, a menina dançará com o menino que já tenha sido escolhido pelas famílias para dançar com ela, e também com o que furou a Tocaia, ou seja, o que viu a moça no período em que ela estava no resguardo da menarca (Coelho, 2014). Portanto, esse processo de quebra das regras na Tocaia tem consequências, pois acreditam que a menina possa morrer no segundo parto (Almeida, 2017). Essa morte está relacionada com a tristeza representada no segundo parto com o nascimento do filho, já que o primeiro sempre representa a alegria.

No fim do período da Tocaia, a iniciada é esperada pela avó. Prioriza-se a materna, mas caso não seja possível, a avó paterna acompanha a menina a fim de receber um banho de água que havia sido preparado na noite anterior com folhas de ervas que, segundo a crença, servem para o fortalecimento do corpo contra doenças futuras (Wagley & Galvão, 1961; Zannoni, 1999).

Porém, antes de tomar o banho, a iniciada é perseguida por um integrante masculino da aldeia, que pode ser um idoso ou uma criança que corre atrás dela ao redor de sua casa na tentativa de alcançá-la. No entanto, ela não pode ser pega,



pois retornará ao confinamento da Tocaia por mais um dia como forma de punição até que consiga escapar. Essa prática com a menina reflete a crença de que, no futuro, será uma mulher capaz de cuidar de uma criança e de idosos, que amplia a compreensão do desenvolvimento na perspectiva do nicho, a partir do ciclo de vida (Lima-Brito et al, 2015). Ter destreza e agilidade lhe habilita a gerar filhos e cuidá-los, bem como a cuidar dos pais e avós quando necessitarem.

Ao se considerar que cada fase da cerimônia é norteadas por medidas preventivas para evitar doenças, segue-se com outros preparativos para um novo ritual. No último dia, quando a menina sai da Tocaia, os organizadores providenciam e agendam a Festa do Mingau (Pinakapememeke), que ocorrerá em momento posterior, com a agregação de outras meninas que passaram pelo ritual da Tocaia.

Durante o ritual, o rosto das meninas é pintado com manchas similares às do peixe surubim ou da onça-pintada. E, no cozimento da mandioca, os pedaços são retirados quentes do caldeirão e colocados no chão para que as iniciadas pisem, pois serve para o fortalecimento das pernas e também contra as picadas de bichos peçonhentos (Almeida, 2017).

A festa do mingau é um ritual de resistência e medida preventiva contra doenças e proteção aos espíritos da floresta que acontece às iniciadas, como informa Kuzã, professora indígena:

Na festa, as meninas iniciadas passam um dia inteiro na preparação do mingau, que consiste em um cozimento intenso de mandioca, que após terem pisado na mandioca quente, uma porção do mingau é colocada em uma vasilha para que as iniciadas fiquem de cócoras e recebam o calor. Essa prática serve para evitar futuras doenças ginecológicas e problemas no parto (Almeida, 2017).

Em seguida, neste mesmo ritual, ficam de cócoras e é feito um beiju da mandioca que, ainda quente, é colocado na cabeça das iniciadas para que seus cabelos demorem a ficar brancos, e também para impedir que elas fiquem loucas após o nascimento dos filhos, durante o resguardo ou quando forem adultas. Todos esses pequenos gestos repletos de simbolismo e de ancestralidade servem como medidas de prevenção, e são de grande importância para preparar essa futura mãe no contexto da cultura da comunidade (Lobo, 2016).

Ao finalizar a festa do mingau, inicia-se o planejamento do ritual da festa da moça, com a presença de vários indígenas, que amplia as possibilidades de inter-subjetivações na aldeia indígena (Ponte & Aquino, 2013).

A festa da moça ou do Moqueado (*Wira'u-haw*) é a última fase do rito de

passagem de menina para a fase adulta, uma vez que já está pronta para se casar. O menino vai, nesta ocasião, sendo preparado para tornar-se um adulto com várias atribuições. Vale ressaltar que a organização dos eventos é de responsabilidade de todos os integrantes da aldeia, mas apenas uma das iniciadas é a dona da festa. Contudo, as famílias dos outros iniciados contribuem como podem para que a festa aconteça.

Na semana em que acontece o ritual, as iniciadas e seus pares dançam em círculo anti-horário todas as noites, exceto no sábado, quando descansam, uma vez que o domingo é o último dia da festa e, nele, dançarão o dia todo. No sábado, além de terem seus cabelos cortados pelo cacique da aldeia, as iniciadas recebem a pintura de jenipapo no corpo inteiro e são adornadas com penas de nambu, que em outros tempos, já foi pena de Gavião Real (Wagley & Galvão, 1961; Zannoni, 1999). Além da pintura de jenipapo, as penas do gavião reforçam ainda mais a ideia da mulher forte como predadora no ritual, pois tanto o gavião quanto a onça e o surubim são predadores no ar, na terra e na água. No ritual, a menina se apresenta como uma pessoa em busca de força, coragem e determinação no seu ciclo de desenvolvimento.

Os três rituais citados acima são essenciais para a preparação de uma boa gestação e um bom parto na cultura dos Tembé. Todos demonstram a importância do preparo de uma mulher indígena desde a menarca até os processos de prevenção para o período de gravidez e parto, todos permeados por ritos de passagem acompanhados pela comunidade, que sempre oferece uma rede de apoio para uma gravidez saudável e um parto seguro.

Destacamos a importância desse conjunto de rituais que marcam a passagem de etapas do desenvolvimento no que concerne não só às normas, que mais tarde vão orientar os papéis que os adolescentes deverão desempenhar como homens e mulheres, mas que também educam, como dizem os indígenas, quanto ao modo de se relacionarem com as entidades não humanas. Os cuidados que devem ter em períodos de vulnerabilidade serão úteis pelo resto de suas vidas.

Outro ritual importante entre os Tembé se refere ao período gestacional. Há uma intencionalidade no que compete à construção da pessoa durante toda a gravidez, pois "quando a criança ainda está no útero a sua humanidade não possui uma formação concreta, tem-se todo o cuidado para que ela não venha a ser afetada pela ação de um indivíduo próximo" (Coelho, 2014, p. 66). De forma análoga, Barros (2010) apresenta toda uma série de operadores teórico-clínicos da Psicanálise que sustentam as operações simbólicas inerentes ao processo de constituição psíquica em crianças não indígenas. Desde o início e durante toda a gravidez, os conhecimentos são repassados aos filhos. Isso se dá por meio dos ensinamentos



das pessoas mais velhas da aldeia, consideradas mais sábias e, por isso, mais valorizadas.

Os conselhos que os mais velhos e as autoridades oferecem sobre como ser pessoa, como bem viver e como interagir segundo a identidade cultural daquele grupo social garantem o sentimento de pertencimento e a condição de humanos na interação com as alteridades extra-humanas que habitam a floresta.

O nascimento das crianças Tenetehar-Tembé é um momento importante no cotidiano da aldeia. Para os indígenas, o nascimento é entendido como a chegada da alegria na aldeia, com a certeza de que a cultura deles vai ser transmitida pelas gerações futuras, por meio da oralidade (Coelho, 2015). O ensinamento transmitido compreende as histórias contadas pelos mais velhos, o ensino do idioma Tenetehara e os rituais e crenças que giram em torno da gestação, do parto e do puerpério.

Quando da confirmação da gravidez de uma mulher, por exemplo, de imediato se iniciam os tratamentos e resguardos para a boa saúde do bebê e dos pais. Logo que a mãe descobre a gravidez, já ocorre a suspensão de atividades pesadas para ambos os pais. Durante toda a gestação, entende-se que a criança é uma extensão do pai, por isso, tudo que este fizer trará consequências para o bebê ainda no útero. Tanto o pai quanto a mãe têm restrições antes e após o parto, devendo todas ser obedecidas para afastar quaisquer consequências negativas para o bebê (Almeida, 2017).

Para a mãe, durante a gravidez, são proibidos alguns afazeres como entrar na mata fechada, lavar roupa sozinha no rio, ir à roça, entre outros. A mãe realiza apenas atividades domésticas leves, não carrega objetos pesados e tem a alimentação cotidiana diferenciada. Não pode comer alguns tipos de animais, como paca, anta, porco e peixe surubim. Segundo a crença da etnia, esses alimentos são perigosos por serem portadores de espíritos fortes denominados de Tapiwara (Wagley & Galvão, 1961). Considera-se, portanto, que se a mãe comer esses animais poderá colocar sua gravidez e a vida do bebê em risco. Os demais animais, por terem o espírito mais fraco, podem ser consumidos pelas gestantes até momentos antes do parto.

A prática de cuidado que acontece no período da gestação é permeada por proibições que devem ser cuidadosamente respeitadas pelos que vivem essa condição temporária e liminar. Em todas as fases e/ou rituais aparecem mudanças diacrônicas de "status" dos indivíduos na sociedade Tenetehar-Tembé (Zannoni, 1999; Coelho, 2014).

Entre as proibições, também está o fato de as mulheres não poderem manu-

sear os instrumentos de pesca ou caça, pois, se manuseados, o pescador e o caçador correm o risco de serem afetados e ficarem “panema”, palavra que é traduzida como “o perigo repousa” (Galvão, 1979). Tal expressão é entendida pelo antropólogo não apenas como falta de sorte ou infelicidade ocasional, mas como uma incapacidade temporária que aflige o indivíduo ou objeto, um processo cujas causas e sintomas são conhecidos de variadas maneiras, sendo uma das mais comuns à mulher grávida que se alimenta de caça ou peixe capturado por um indivíduo que não pertence à família. Esse fato se estende por todo período de gravidez, até o nascimento, na saída das mães para o hospital ou posto de saúde.

De acordo com as normas dos Tembé do Guamá, os homens ficam do lado de fora do local onde o parto é realizado, esperando que seja anunciado o nascimento da criança. Inquietos, eles ficam conversando sobre vários assuntos para aliviar a ansiedade diante das condições de perigo pelo qual a mãe e o bebê passam no momento do nascimento (Coelho, 2014, p.70). Na hora do nascimento, o perigo repousa sobre a casa, pois corre-se o risco de uma karuwara (espírito da floresta ou das águas) tomar o corpo da criança, fazendo-a nascer com problemas de saúde ou deformações.

Segundo relato de uma liderança feminina da aldeia, conforme a tradição dos Tembé “o parto é feito dentro do quarto, às vezes as mulheres preferem ficar de cócoras para ter o filho, outras preferem ficar sentadas em um banquinho bem baixo para ter a criança.” (Almeida, 2017).

Foi relatado à Almeida (2017) que, do mesmo modo que acontece em outras etnias, quando a “menina Munduruku fica mufina, ela também pode ficar panema, então ela pode passar a panemice para o marido quando esta estiver casada”, mas, “existem remédios para retirar a panemice do marido, que é lavar os braços dele com a água que sai do tipipi, banho com ervas do mato ou uso de pimenta” (Dias-Scopel, 2014 p. 109). A forma mais comum do marido ficar panema é quando ele alimenta uma mulher grávida ou ela apenas pega nos utensílios de caça ou pesca dele. Assim também ocorre com a menina Tembé, desde o início da gravidez até o nascimento, na saída das mães para o hospital ou posto de saúde.

O parto é um dos grandes riscos de morte para qualquer criança e aproximar a tradição indígena das unidades, hospitais e postos de saúde, de fato, contribui para melhorar os indicadores de saúde dos indígenas” (Aranda, 2010, p. 11).

Essa migração do parto hospitalar se deve à atuação dos técnicos de enfermagem distribuídos nas aldeias para orientação dos procedimentos relacionados ao período pré-natal e ao parto.



Na pesquisa de Almeida (2017) foi observado ainda o conflito que existe entre aqueles que apoiam a Medicina tradicional e os que defendem a Medicina regular, pois pela vontade das mães, na hora do parto, elas ficariam na aldeia para serem atendidas pela parteira, a quem se referem como cuidadoras, e por quem são aparadas. Porém, para evitar a mortalidade do nascituro ou da mãe, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por meio de seus técnicos, no cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde pela Lei 9.836/99 e nos protocolos desenvolvidos pelas áreas técnicas, induzem que as mulheres indígenas tenham filhos no hospital, contribuindo assim para reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil indígena (MTI). A assistência hospitalar ou ambulatorial especializada traduz o conhecimento biomédico para a segurança do parto e do puerpério.

Para os Tembé do Guamá, entretanto, são os rituais durante a gestação que possuem a virtude de preservar a saúde da gestante e da criança em formação, e também permitem tratar certos agravos e preparar um bom parto (no sentido estrito). Ao lado disso, o ritual “fabrica corpos e produz pessoas nos contextos comunitários organizados pelas redes de parentesco indígena, em um sentido amplo” (Ferreira, L. 2010, p. 133). Contudo, mesmo entre os Tembé, há um certo número de indivíduos que priorizam os valores independentes, enquanto outros terão maior tendência em priorizar os valores tradicionais, entre os quais, o parto. Instauram-se assim tensões culturais decorrentes da expansão da assistência biomédica por meio da política de saúde das populações indígenas implementada pelas instituições governamentais.

Quando as mães saem do hospital, por conta da intervenção não tradicional, os indígenas consideram como se elas apresentassem algum problema no pós-parto. As mulheres da aldeia sede reconhecem que, se o parto tivesse ocorrido na aldeia, a parteira saberia cuidar para que a criança não viesse a ter qualquer problema de saúde. Uma das mães entrevistadas relata:

Eu queria ter meu filho em casa, eu queria que a parteira pegasse o meu filho, mas por ordem da enfermeira do polo, tive meu filho no hospital; só que ter o filho em casa é melhor, a parteira tem paciência com a gente, ela cuida de nós e a gente se sente protegida e amparada (Almeida, 2017).

A preocupação da mãe demonstra que existe interação entre parentes durante o período gestacional até a chegada do bebê, bem como a preocupação com a mulher que tem o filho no hospital. Em outro momento, o cacique da aldeia, Naldo, relatou que a predominância de partos em hospital parece ser cada vez maior:

Hoje, pela desconsideração com a Medicina tradicional da parteira, os enfermeiros das aldeias direcionam as mulheres para dar à luz em hospi-

tais na cidade. As mulheres se deslocam para fazer o acompanhamento, saber o sexo do bebê, se está tudo bem com a saúde dela e do bebê, e que roupa deverão comprar. Houve um problema na aldeia, pois a parteira sabia voltar o quadril da mulher a seu lugar depois do parto, observar o repouso de quarenta dias, hoje quem vai para o hospital não tem esses cuidados. Por isso, muitas mulheres, hoje, que não tiveram esses cuidados no hospital, sentem cansaço no quadril (Almeida, 2017).

O parto das mulheres em hospitais é um novo processo, diferente do tradicional, e isso não é bem visto pela aldeia, de modo que se pode claramente perceber a existência de um conflito relacionado à localidade do parto, situado entre o tradicional e o moderno. Como demonstra o relato do cacique acima, a influência da Medicina moderna deixa sequelas visíveis nas mães que têm seu filho no hospital, mães que tradicionalmente, foram auxiliadas pela parteira da aldeia e não apresentavam problemas no parto. Essa preocupação demonstra que existe interação entre parentes que cuidam durante o período gestacional até a chegada do bebê, bem como a preocupação com a mulher que tem o filho no hospital, fora do controle da aldeia (Dias-Scopel, 2014).

De acordo com Ponte (2014), é nesse contexto que se alimenta uma dinâmica continuada de alianças e conflitos, cujo entendimento se faz imprescindível para a compreensão tanto do modo de vida na aldeia quanto do sentido que determinado ritual tem como ordenador simbólico daquele grupo, como forma de dar contorno às vivências de crise e aos momentos mutativos do ciclo de desenvolvimento daquele povo. Essas ideias encontram ressonância no trabalho de Souza (2016), que aponta como uma das possíveis consequências da fragilidade dos rituais como prática estruturante o suicídio, que associaria o abandono do mundo a uma espécie de dissolução do parentesco, gerando assim um comportamento identificado como típico dos “não parentes” (Viveiros de Castro, 2005). O suicídio, dessa forma, pode ser pensado como fenômeno associado a conflitos desencadeados por aspectos socioculturais e históricos dos povos indígenas no Alto Rio Negro.

Souza (2016) apresenta ainda, como parte de seus resultados de pesquisa, que a prática do suicídio estaria associada a tensões intergeracionais, de gênero e no campo do parentesco, e que a escolha pelo enforcamento entre os Guarani do Mato Grosso do Sul remeteria à uma tentativa simbólica de provocar o autoextermínio de uma das duas almas que os Guarani possuem, que estaria associada à fala e à palavra (Pimentel apud Souza, 2016).

Considerações Finais

A partir da pesquisa de Almeida (2017), articulada aos recortes da teoria psicanalítica em um esforço de diálogo intercultural, podemos perceber que no



concernente às tradições culturais do povo indígena em questão, muitas técnicas não pertencentes ao repertório étnico têm se tornado frequentes, especialmente quanto ao parto. O enfraquecimento das crenças que orientam a prática de cuidado, bem como a ausência de registro histórico dos rituais culturais em torno do parto tradicional, somados ao aumento das saídas das mães da aldeia para terem os seus filhos em hospitais, têm incomodado e preocupado muito a comunidade Tenetehar-Tembé. Os rituais e os sujeitos que compartilharam suas vivências reclamam para si regras sociais determinantes à vida dos Tembé que operam em momentos diferentes do ciclo vital, e que se fazem necessárias para a organização social e espiritual dessa sociedade.

Tais achados já haviam sido analogamente encontrados na pesquisa de Souza (2016), na qual se observou, a partir da revisão da literatura, que entre os indígenas da comunidade de São Gabriel da Cachoeira “os pajés eram mais poderosos, os velhos mais sábios, os jovens mais fortes, as pessoas mais saudáveis, o trabalho menos pesado etc” (Souza, 2016, pp. 151-152). Ao lado disso o autor encontrou, a partir do estudo das narrativas daqueles indígenas, a valorização de “determinados papéis sociais, conceitos ou instituições tidos como introduzidos em sua sociedade pelos não indígenas, tais como professor, civilização, religião, escola [...]” (Souza, 2016, pp. 151-152), valorização esta que também se estende aos hospitais, contribuição trazida pela pesquisa de Almeida (2017).

Considerando que o ciclo de vida Tembé difere do modelo dos manuais ocidentais para o cuidado à saúde, os rituais de passagem, incluindo os que cercam os processos de gestação e parto tradicionais, apresentam características peculiares que necessitam ser registradas, para que se contribua com a preservação da tradição e para que se mantenha viva a cosmologia.

Assim, podemos dizer que dentre as dificuldades enfrentadas pelos Tenetehar-Tembé está a preservação de alguns de seus saberes tradicionais, como um cerimonial para curar doenças ou uma forma de fazer remédios naturais. Durante rituais e visitas nas aldeias, as lideranças indígenas já buscam orientação dos não indígenas para que escrevam suas histórias. Uma destas lideranças destacou:

Porque em seus relatos os indígenas mais velhos podem transmitir o que sabem para as outras gerações. Entretanto cada ancião que morre em uma aldeia é como um livro que se perde, pois os mais velhos não deixam nada escrito (Almeida, 2017).

Parteiras, benzedeadas, pajés e curandeiras das aldeias têm a consciência de que se não houver uma preservação desses saberes, de como utilizar os recursos naturais em prol da saúde e bem-estar dos Tenetehar-Tembé, poderá haver, inclusive, o aparecimento de algumas doenças (Buchillet, 1991). Na cultura Tembé o pajé

equilibra o sistema de prevenção, tratamento e cura.

Destacamos que os impactos socioculturais na Aldeia Sede da Terra Indígena do Alto Rio Guamá, influenciados pelos modelos de parto e demais formas de marcar a passagem pelos ciclos da vida praticados em culturas não indígenas, põem em risco a história e a tradição Tembé, resultando muitas vezes em conflitos socioculturais na Aldeia Sede, em virtude do antagonismo das práticas de parto, por exemplo. E essas tensões culturais se estabelecem com a expansão da assistência biomédica por meio da política de saúde das populações indígenas implementada pelas instituições governamentais.

Diante disso, é imprescindível fazer uma reflexão a respeito da cosmologia de cada povo e verificar os fundamentos ontológicos, ou seja, a não separação dos construtos subjetivos e objetivos, o mundo interno e o mundo externo ou da matéria e da substância, respectivamente (Ingold, 1991). Assim, a tradição poderá ser reinventada (Hobsbawm, 1997), pois se apresenta como algo que está em risco de se perder, corroborando para o etnocídio.

Escrever sobre os rituais do povo Tenetehar-Tembé é um trabalho de luta e resistência que promove a reafirmação da cultura como a detentora do saber soberano sobre as práticas de bem viver: “[...] precisamos que a vida tenha significação, precisamos tocar o eterno, compreender o misterioso, descobrir o que somos” (Moyers apud Campbell, 1990, p. 16). Pretende-se concluir, então, que o espaço e o tempo em uma cultura indígena favorecem, por meio dos rituais, a tessitura de sentidos no campo do parentesco. Assim, pode-se dizer que os rituais são categorias estruturantes do universo sociocultural indígena, potente antídoto contra a ameaça de continuidade cultural do etnocídio histórico. O desaparecimento dos rituais contribuirá para a perda da eficácia simbólica das estratégias tradicionais, dentre as quais estão os rituais do povo Tenetehar-Tembé, que devem, portanto, ser o quanto antes resgatados como estratégia central na resistência contra a violência do apagamento histórico e a ameaça na construção de laços de parentesco.

Fazem-se urgentes ações interdisciplinares, incluindo as de promoção de saúde e bem viver, que busquem, conforme propõe Souza (2016), “compreender e reconstruir sentidos, construir caminhos culturalmente sensíveis” (p. 157). Será preciso agregar diferentes alternativas, tanto dos saberes tradicionais como dos saberes não indígenas, para que, em um esforço coletivo, se possa dialogar sobre o cuidado efetivo e integral na interculturalidade.

Tendo em vista o cenário exposto acerca da cultura ritualística dos Tembé, percebe-se um valorizado papel social nessa etnia no que se refere à mulher e à mãe indígena, figuras centrais no funcionamento e organização dessa cultura. No



entanto, essa questão está, por sua vez, fora da pretensão deste texto, e merece ser apresentada detalhadamente em outro momento.

Referências

Almeida, MD. (2017). **Práticas de cuidado com crianças Tenetehar-Tembe**. Dissertação. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal do Pará, Belém, 80 p.

Aranda, F. (2010). Da tribo para a maternidade, parto + tradição. **Revista FUNASA**. São Paulo.

Barros, IPM. (2010). **Movimentos do desejo materno antes e após o nascimento do filho: um estudo longitudinal**. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Brasil. (2002). **Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 40 p. LEI 9.836/99.

Buchillet, D. (1991). **Medicinas tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. 1ª ed. MPEG/Edições CEJUR/UEP.

Buzzi, A. R. (1998). **Introdução ao pensar: o ser, o conhecimento, a linguagem**: 25. ed. Vozes.

Campbell, J. (1990). **O poder do mito**. Palas Athena.

Coelho, J.R.L. (2014). Karuwara: observando sobrenaturais entre os Tembê do Guamá. **Revista Estudos Amazônicos**, 11(1), 275-302. http://www.ufpa.br/historia/Estudos%20Amazonicos/Jose_Coelho.pdf

Coelho, J.R.L. (2015). **Cosmologia Tenetehar-Tembé: (re)pensando narrativas, ritos e alteridade no Alto Rio Guamá PA**. (Dissertação não publicada). Universidade Federal do Amazonas. Manaus, Amazonas. <http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/2875>

Dias-Scopel, R.P. (2014). **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Mundurucu**. (Tese não publicada), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Ferreira, A.B.H. (1986). **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2ª ed. Nova Fronteira.

Ferreira, L.O. (2010). Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradi-

cionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. OURIQUES, Luciane Ferreira e OSÓRIO, Patrícia Silva (org.). **Projeto Vigisus II/Funasa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

Freud, S. (1996). Psicologia das massas e análise do ego. In S. Freud, **Obras Psicológicas Completas**. Imago (Original publicado em 1921).

Galvão, E. (1979). **Índios e brancos no Brasil: encontro de sociedades**. Paz e Terra.

Gennep, A.V. (2011). **Os ritos de Passagem**. Ed: Vozes.

Hobsbawm, E. (1997). **Introdução: a invenção das tradições**. In: Hobsbawm, E & Ranger, T. A invenção das tradições. Paz e Terra.

Ingold, T. (1991). **Become persons**: consciousness and sociality in human evolution. *Cultural Dynamics*, v. 4, n. 3, pp. 355-378.

Lacan, J. (1987). **O Mito Individual do Neurótico**. Lisboa: Assírio & Alvim. (Trabalho Original publicado em 1953).

Lacan, J. (2003). Os complexos familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em Psicologia. In: Lacan, J. **Outros escritos**. Jorge Zahar Ed(Original publicado em 1938).

Lévi-Strauss, C. (2003). **Antropologia Estrutural**. 6ª ed. Tempo Brasileiro.

Lima-Brito, B.J; Tavenard, E.P.M; Magalhães, C.M.C & Pontes, F.A.R. (2015). O conceito de nicho de desenvolvimento sob uma perspectiva gerontológica. **Revista Kairós** (Online), v. 18, pp. 213-226.

Lobo, R.G. (2016) **Naturezas esfumaçadas: os Tembé e o mercado de crédito de carbono**. (Tese não publicada). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, SP. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-11032016-143051/pt-br.php>

Macdowell, P.L. (2015). **Sujeito e subjetivação no pensamento ameríndio, ou por um diálogo entre a etnologia e a saúde mental**. 63 f. Monografia (Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas) - Universidade de Brasília.

Mclaren, P. (1992). **Rituais na escola: em direção a uma economia política de símbolos e gestos na educação**. Vozes.

Migliavacca, E.M. (1998). O universo dos mitos e a compreensão psicanalítica do



ser e estar no mundo. **Mudanças**, 6 (10), pp. 139-150.

Minayo, M.C. (1994). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec/Abrasco.

Ponte, V.S. (2014). **Os Tenetehar-Tembé do Guamá e do Gurupi, Povo verdadeiro: Saúde diferenciada e Indianidade na ação pública local**. Tese de doutorado. Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais.

Ponte, V.S. & Aquino, M.J.S. (2013). **Para ser mulher verdadeira! os Tenetehar-Tembé: relações entre ritual, direitos e estratégias de afirmação cultural em ações locais**. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. s/d. doi:10.4000/nuevomundo.66051

Roudinesco, E. (2003). **A família em desordem**. Jorge Zahar.

SESAI, (2016). Relatório: **Taxa de mortalidade infantil**, Dsei Guamá Tocantins, SIASI Sistema de informação da atenção à Saúde Indígena - Belém.

Souza, M.L.P. (2016). Narrativas indígenas sobre suicídio no Alto Rio Negro, Brasil: tendo sentidos. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, pp. 145-159. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100145&lng=pt&nrm=iso

Travassos, M.R.C & Ceccarelli, P.R. (2016). Ritos de passagem: o lugar da adolescência nas sociedades indígenas Tembé Tenetehara e Kaxuyana. **Reverso**, Belo Horizonte: v. 38, n. 71, pp. 99-106. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952016000100011&lng=pt&nrm=iso>.

Turner, V. (2005). **Floresta de Símbolos: aspectos do ritual Ndembu**. Tradução de Paulo Gabriel Hilu da Rocha Pinto- Niterói, Rio de Janeiro: EDUFF.

Viveiros de Castro, E. (2005). **A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia**. Cosac, Naify.

Viveiros de Castro, E. (2014). A floresta de cristal: notas sobre a ontologia dos espíritos amazônicos. **Igarss**, (1), 1-5., doi:10.1007/s13398-014-0173-7.2

Wagley, C & Galvão, E. (1961). **Os índios Tenetehara. Uma cultura em transição**. Rio de Janeiro, MEC/Serviço de Documentação.

Zannoni, C. (1999). **Conflito e coesão: o dinamismo tenetehara**. Brasília, DF: Conselho Indigenista Missionário.

Desafios na produção de saúde com os Kaiowá e Guarani em Dourados – Mato Grosso do Sul

09

Janaina Mazzuchelli Pereira
Cátia Paranhos Martins

▲ Apresentação

Este trabalho apresenta reflexões, inquietações e sentimentos despertados nos caminhos trilhados em experiência de atuação profissional no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com ênfase em Saúde Indígena da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). O campo de prática se fez na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando no Hospital Universitário da Grande Dourados (HUGD) e outros serviços da rede de atenção à saúde (RAS), tais como Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança (HIPE), conhecido também como Hospital da Missão.

Os Programas de Residências Multiprofissionais são formação em serviço para o SUS, com dedicação exclusiva de 60 horas semanais, sendo divididas em atividades teóricas e de prática profissional. A organização se dá com os profissionais dos campos de prática que são chamados preceptores, responsáveis pela orientação e interação com as equipes, e os tutores que são docentes das instituições parceiras do Programa de Residência para orientações teóricas, aulas e projetos (Brasil, 2009).

A Residência Multiprofissional em Saúde da UFGD iniciou em 2010, sendo ofertadas doze vagas por ano, organizada nas ênfases Atenção Cardiovascular e Atenção à Saúde Indígena e compartilhada em três profissões para o trabalho multiprofissional, sendo: enfermagem, psicologia e nutrição com duração de 24 meses. Em 2019, foram criadas a ênfase Atenção Materno-Infantil e a Residência Uniprofissional de Enfermagem Obstétrica.

As práticas em saúde por muitas vezes são realizadas de formas institucionalizadas e não reflexivas, configurando-se enquanto produtoras de violações e violências. A partir desta vivência será a escrita na busca por elaboração das diversas experiências, no desafio de cuidar dos usuários indígenas nos pontos de atenção da rede SUS de Dourados. Tais momentos de indagações e de escutas foram registrados em diário de campo construído ao longo de dois anos como profissional residente. Por se tratar de relato de experiência, o

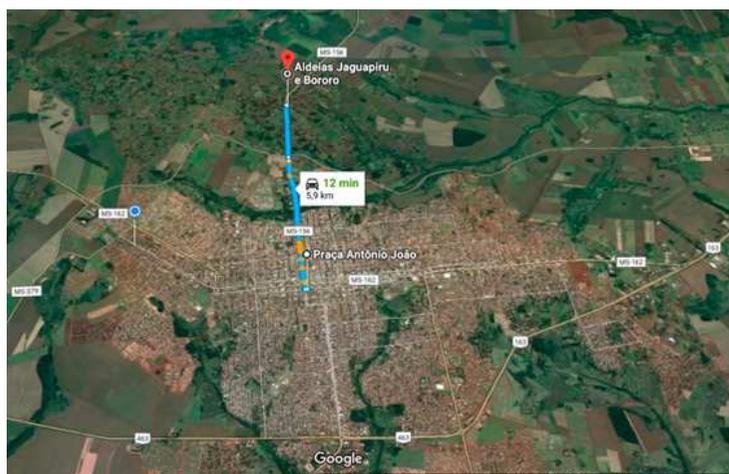
trabalho qualitativo possibilita interpretação, movimentos e transformações nos processos de trabalho pelo fortalecimento do cuidado no SUS.

O trabalho como residente esteve pautado e articulado com a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e pelos acúmulos produzidos por pesquisadores do campo da Saúde Coletiva e da Antropologia. A experiência começa na atuação junto à equipe da SESAI, no território da Reserva Indígena de Dourados (RID), aldeia Bororó, no Posto de Saúde "Ireno Isnard" e também na aldeia Jaguapiru, no Posto de Saúde "Guateka". Na Reserva Indígena foram produzidos deslocamentos, mobilizando o olhar e a sensibilidade no modo de acolher, pensar e falar com os Kaiowá e Guarani.

▲ Quem são os povos indígenas de Dourados e como se aproximar do "desconhecido"?

A cidade de Dourados, interior do Mato Grosso do Sul, possui uma vasta população indígena. Segundo dados do Sistema de Atenção à Saúde Indígena (SIASI¹¹, 2018), atualmente residem cerca de 18.000 pessoas na Reserva Indígena "Francisco Horta Barbosa" (RID), composta pelas etnias Kaiowá, Guarani Nhandeva, Terena, algumas outras etnias em minoria e também moradores não indígenas. A proximidade geográfica de cerca de 6 km entre a RID e o centro da cidade de Dourados torna comum a presença destas pessoas nos espaços urbanos, centro de compras e serviços públicos.

Figura 01: Distância entre a Reserva Indígena "Francisco Horta Barbosa" e centro da cidade de Dourados



Fonte: Google Maps, 2019.

Com o processo de colonização, os indígenas de Dourados e região perderam quase todas as suas terras, sendo submetidos a situações de confinamento em reservas desde o início do século XX. As lutas por demarcação de terras para reprodução dos modos de ser na perspectiva histórico-cultural marcam esses povos. Grande parte das terras são áreas degradadas pela exploração do agronegócio, dificultando a reprodução de saberes relacionados à fauna e flora, bem como os demais conhecimentos e modos de cuidado da cosmologia, que são fundamentais para viver o modo de ser guarani em *tekoha*.

Sobre as Reservas Indígenas, Troquez (2006, p. 32) relata que: "[...] as Reservas Indígenas foram resultadas de um projeto claro de colonização e civilização que desconsiderou as especificidades (étnicas, culturais e históricas) dos indígenas e negou-lhe o direito à posse das terras que tradicionalmente ocuparam".

O *tekoha*, para os *Kaiowá* e *Guarani*, pode ser definido como todo espaço sagrado em que vivem e seguem seus costumes, suas tradições, onde se organizam e acontecem os eventos sociais e políticos, como festas, danças, rezas, casamentos, reuniões e outros momentos da vida e da morte (Maciel, 2012).

A vida na RID é permeada por enfrentamentos, devido ao processo de fragmentação das unidades familiares tradicionais, as parentelas. Inúmeras são as dificuldades e as vulnerabilidades, as quais os indígenas vivenciam cotidianamente. Grande parcela dessas é devido à situação de confinamento e inviabilidade do ser indígena, tais como: exploração do mundo do trabalho, desarticulação da organização social tradicional, invasão das religiões cristãs, violação de direitos, escassez de alimentos e água, uso de drogas lícitas e ilícitas, suicídio, preconceito e discriminação. São alguns elementos significativos que definem parte da vivência indígena na região de Dourados.

Durante o período na Reserva Indígena era comum nós, residentes, permanecermos no Posto de Saúde durante o intervalo de almoço. Foi num desses dias, conversando com uma senhora da etnia *Guarani*, que aguardava o carro do plantão de transporte da SESAI para consultas, que pude compreender um pouco o que significa viver em uma área de Reserva ao escutar: *"eu moro ali perto da escola, mas vou vender lá e voltar lá na minha terra. Aqui tem muita gente, não tem lugar pra plantar e ter minha criação, quando eu morava lá que era bom, dava assim roça, os guri brincava tudo"*¹².

Sobre as experiências de vida para os *Kaiowá* no Mato Grosso do Sul, Mura e Silva (2012) referem que estas podem produzir diversos modos de ser, viver e se

12 • As falas de pessoas que estão nos registros de diário de campo serão escritas entre aspas e em itálico.



expressar. Isso permite a manifestação de conflitos inter e intrageracionais, configurando o teko reta, isto é, os múltiplos modos de ser kaiowá.

Conforme discute Santana Junior (2009), a relação do indígena com a terra em área de confinamento tende a ser residencial, pouco abarcando os sentidos de vida, da cosmologia e da produção de alimentos. Esta relação produz atravessamentos diários e reorganização das famílias para resistência e produção de vida neste contexto de vulnerabilidade.

Apesar de todas as dificuldades, os indígenas não são passivos, produzem sentido à sobrevivência de suas comunidades e (re)existência de seus valores. Os modos de resistir não se assemelham à brutalidade dos não índios que os atacam com venenos, carros, armas de fogo e poder político (CIMI, 2018). Segundo Troquez (2006), para os indígenas, especialmente os Kaiowá, reagir com raiva é algo imoral e por isso tendem a ser mais quietos, com um modo de ser marcado pela paciência e calma.

Entre as principais reivindicações que surgiram no cotidiano de trabalho, bem como nos espaços e eventos¹³ com a presença e diálogo com os indígenas estão: acesso e melhoria do Subsistema, educação, segurança, terra, água, alimentos e garantia de seus direitos enquanto povos diferenciados. Essa marca da singularidade se evidencia na fala de um indígena durante um dos eventos que almejava formar atores sociais na garantia dos direitos da criança e adolescente indígena, chamado Projeto Erovia Kunumin: *“Os indígenas vivem mais a interculturalidade que os Karaí¹⁴ (não índios), desde a escola conseguem viver dois mundos. Não somos nem mais, nem menos, somos apenas diferentes”*.

O não acesso às ações de saúde é uma das muitas formas de violentar esses povos, conforme nos relata Minayo (2006). A autora concebe a violência como múltipla e mutável no tempo, envolvendo conflitos de autoridade, relações de poder e embate, aniquilamento da existência do outro e seus bens. As violências são experimentadas sob forte carga emocional por quem a comete, sofre e presencia devendo ser analisadas e correlacionadas com o Estado e sociedade.

A relação entre Estado e povos indígenas se dá num contexto de poder vinculado à dimensão do direito e dos discursos de verdade (Cruz & Coelho, 2012, p. 188). Por meio de leis, regulamentos, protocolos, instituições e organizações

13 - Destaque para os seguintes eventos: Projeto Erovia Kunumin do Instituto Tribos Jovens, com objetivo de formar atores sociais na garantia dos direitos da criança e adolescente indígena, em 2017; I Fórum Estadual de Saúde Indígena realizado em Dourados, em 2016; Aty Guasu na Aldeia Limão Verde - Amambai/MS: Grande reunião política dos Guarani e Kaiowá do estado Mato Grosso do Sul, em 2016.

14 - Expressão utilizada para nomear os brancos, não indígenas.

inventadas por nós, não indígenas, é que se dão as relações de força e dominações. Ao nos depararmos com a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), verificamos no Mato Grosso do Sul uma série de violações das orientações lá elencadas como direitos especiais:

Os serviços de saúde deverão ser organizados, na medida do possível, em nível comunitário. Esses serviços deverão ser planejados e administrados em cooperação com os povos interessados e levar em conta as suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como os seus métodos de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais (Brasil, 2004, art. 25.2).

É a partir deste olhar e no respeito aos povos indígenas que possuem direito às políticas públicas marcadas pela etnicidade, que realizo os questionamentos: qual modelo de atenção é ofertado a estes povos nos serviços do SUS em que atuei enquanto residente? O que a formação de residente em saúde indígena me qualifica no cuidado a essa população?

▲ Hospital e o cuidado multiprofissional

O Hospital é reconhecido como lugar da cura pelo modelo biomédico, e por diversas vezes desconsidera os aspectos psicossociais e culturais envolvidos nos processos de adoecimentos. Tais aspectos são reconhecidos apenas quando existe um embate no modo de fazer saúde hospitalar com seus métodos e protocolos que se inviabilizam por inúmeras condições, tais como o não acesso a água potável, saneamento básico ou ausência de renda para alimentação e moradia adequadas. Durante o processo de residência, o setor que mais me impactou foi a Clínica Médica. Este setor é de internação de adultos e idosos, sendo diversos os diagnósticos, que variam desde doenças infecto-parasitárias às condições neurológicas e cardiovasculares.

O próprio nome do setor, clínica "Médica", já demonstra um pouco como se organizam e se dão as relações de trabalho. Apesar das demandas multiprofissionais, a conduta clínica biomédica prevalece em detrimento dos diversos atravessamentos psicossociais e culturais. O grande desafio de atuação é propiciar o uso de "tecnologias leves" e não só construir espaços para "tecnologias leve-duras", tal como nos ensina Merhy e Feuerwerker (2009, p. 10):

A clínica é o território das tecnologias leve-duras - pertence aos trabalhadores (e a certos trabalhadores mais que a outros) - portanto uma negociação em seu território pressupõe subordinação de uns (desprovidos do saber) por outros (detentores do saber e da única verdade cientificamente admissível). No território das tecnologias leves, os saberes estruturados acerca do corpo de órgãos podem ser apresentados como oferta e não como imposição de um estilo de vida ou de única explicação válida para os desconfortos e sofrimentos.



A assistência à saúde realizada como imposição de modos corretos de se alimentar, dormir, higienizar, pensar e viver é orientada a todo instante por diversas categorias profissionais. Tais condutas produzem afastamentos e dificuldades de vinculação entre o profissional de saúde e o usuário do SUS, aqui em especial o usuário indígena. As imposições de saberes e verdades violam a autonomia e o autocuidado, distanciam o usuário de gerir a própria vida.

No texto *“Ritos corporais entre os Nacirema”*, Horace Miner (1973) relata de modo a causar estranhamento os hábitos de alimentação, higiene e cuidado em saúde da cultura ocidental na perspectiva de vida capitalista. As reflexões foram despertadas em uma aula de Antropologia da Saúde. Nacirema é escrito num jogo de letras que significa *“american”* na ordem inversa e a leitura do texto provocou sentimentos como estranhamento, aproximação e identificação a partir de outro olhar, que levou aos muitos questionamentos. Percebemos que os nossos hábitos podem causar desconfortos a uma pessoa que nunca esteve imersa na vida da cidade, por exemplo. Além disso, tais deslocamentos fizeram a mim e demais residentes nos aproximarmos do que os povos de Dourados e região podem sentir ao vivenciarem os costumes de nossa sociedade e do hospital.

Durante a experiência na Clínica Médica, foram poucos atendimentos a usuários indígenas, o que causou frustração e desânimo para atuação. Mas nestes poucos atendimentos teve um que marcou minha trajetória enquanto residente e que apresento a seguir.

Tive um belo encontro com uma senhora, da etnia Kaiowá, falante guarani e português, residente em área rural de uma fazenda em que ela e seu marido trabalhavam. Foi internada devido aos sintomas de tuberculose não tratada anteriormente, por dificuldade nas relações com o serviço de saúde do município que residia. A área de moradia não tinha atendimento da SESAI. A usuária foi internada no final da tarde de uma sexta-feira e tive o primeiro contato com ela na segunda-feira pela manhã. A equipe do hospital já havia realizado atendimentos e tentativas de coletas de exames, sem sucesso, ao longo do final de semana. Com a dificuldade no primeiro contato, a equipe do setor passou a ter uma postura de distanciamento da usuária, diziam que era agressiva, pouco colaborativa e resistente ao tratamento por não aceitar ingerir as medicações, sendo solicitado atendimento do serviço de psicologia.

Iniciei o atendimento junto com um profissional indígena intérprete, que auxiliava os atendimentos no hospital, visando um diálogo efetivo e para escutá-la a respeito do processo de hospitalização. No primeiro encontro, surgiram questões do porquê estar no hospital e no quarto de isolamento, dúvidas sobre o uso de equipamentos, como as máscaras e as luvas. Explicamos a importância

do diagnóstico e do tratamento de tuberculose, segundo nosso modo “Karaí” de entendimento da saúde. Em respeito à sua autonomia, explicamos que ela não era obrigada a ficar no hospital, existindo a possibilidade de documentar e solicitar “alta médica a pedido”, se assim desejasse. A partir disso me vinculei à usuária e iniciamos o cuidado em equipe multiprofissional, com a colaboração da nutricionista e do enfermeiro residentes.

Após o contato de forma respeitosa e preocupada com a vinculação, foi durante uma manhã que compreendi as dificuldades no uso da medicação em decorrência das reações adversas, como dor de estômago, náuseas e vômitos, após ingestão dos comprimidos. O comprimido que a senhora nomeava como “*vermelhinho*”, soltava pigmentos vermelhos nas excreções e para ela significava que a medicação estava machucando e sangrando o seu corpo. Numa outra situação, durante um exame de imagem, a usuária olhou para a tela e viu o seu pulmão projetado, sem compreender o que aquela imagem e cores significavam e gerando ansiedade e medo da morte.

Tentamos em equipe compreender seu processo de adoecimento vinculado à narrativa de lhe terem feito um *paje vai*, ou seja, um feitiço. Construímos juntas o que significavam os exames, a medicação, o funcionamento da rotina hospitalar e assim pudemos diminuir as ansiedades e estabelecer outros modos de cuidado. Para a usuária, seu adoecimento não se limitava a aspectos físicos, mas principalmente era atravessado pelo espiritual, sendo o canto/reza kaiowá fundamental para o tratamento e recuperação. Como conciliar tais aspectos no contexto hospitalar ou ainda na pós-alta?

Sobre a relação entre a crença do feitiço e a tuberculose, Aoki (2013, p.16) esclarece que:

Paje vai sempre esteve restrito ao mundo mais íntimo do ser guarani. Eles não têm interesse que esse aspecto importante do seu modo de ser seja publicamente institucionalizado (isto é, para o mundo “karaí”). Muitas vezes eu ouvi deles que não adiantaria nada falar sobre feitiço aos “karaí” porque eles não acreditam.

Nestes processos, pude notar que o tempo de diálogo e escuta a alguns indígenas é outro e necessitava de muitas horas, por vezes manhãs e tarde inteiras, não sendo possível limitar aos moldes de atendimento psicológico aprendidos na graduação e teorias em Psicologia. No cuidado a esta população é preciso buscar outros saberes e ciências, diante da complexidade que é a concepção de adoecimento e cura para os indígenas. A principal técnica para atendimento é a escuta e a disponibilidade em aprender com o usuário e família, mesmo com a diversidade da língua guarani.



Voltando à história da senhora, a não aceitação da usuária em realizar um exame para coleta de escarro gerava impaciência e incômodo à equipe médica. Ela dizia que não tinha secreções por sentir náuseas ao produzir o escarro. Após alguns dias me ofereci para auxiliar no exame, que era necessário para o diagnóstico, e sendo assim já na primeira coleta deu certo. Acordamos que o enfermeiro residente auxiliaria na segunda coleta, pois não estaria no hospital no próximo dia e eram necessárias ao menos duas amostras. Após os atendimentos buscávamos compartilhar com a equipe sobre necessidades da usuária, assim foi feita prescrição medicamentosa para minimizar as reações adversas do “vermelhinho”, gerando menores desconfortos.

O discurso da equipe, principalmente de alguns profissionais, era sempre se referindo à usuária como irresponsável, ignorante e que mataria os filhos pequenos ao transmitir tuberculose aos familiares. A equipe de saúde do município de origem havia informado ao hospital que recentemente uma das filhas da usuária falecera com sintomas de tuberculose, sendo o fato utilizado na consulta médica para culpabilização. Por diversas vezes, ao tentar desconstruir e deslocar este discurso colocando a relação do adoecimento da família vinculada à crença do feitiço, uma profissional dizia: *“eles (referindo-se aos indígenas) só não são ignorantes para o que querem, quando têm benefícios aí entendem de tudo, agora para o que precisa entender inventam coisas”*.

Ao longo desta caminhada, estabeleci um bom diálogo e vinculação com um outro profissional que também acompanhava o caso e se dispôs ao cuidado, demonstrando interesse e dedicação em escutar, respeitar e se vincular à usuária proporcionando nova relação entre esta e a equipe médica. Pude notar o olhar da usuária diferente, que passou a nomear a profissional citada anteriormente como: *“a mulher que tem brilhante (referindo-se aos brincos de pedras)”*. Essa profissional, além de possuir o brilhante (brinco), detinha o poder ou ao menos tentava exercer o poder sobre a usuária.

Escutar história de vida, valores, modo de viver e se relacionar nas áreas de Reserva e nos acampamentos, bem como acolher as dificuldades no processo de internação proporcionando comunicação com a família, visita do marido e filhos pequenos e as idas ao espaço externo de gramado e árvores do hospital foram possibilidades de cuidado e encontros. Entretanto, no caso da senhora, não houve acordo entre o que a equipe de residentes multiprofissional definia como conduta para alta hospitalar e o que a equipe médica julgou necessário. A usuária necessitava do uso da medicação por mais alguns dias e após isso o tratamento de mais seis meses em seu território. Na internação aderiu ao tratamento sem maiores dificuldades e faltavam poucos dias para completar o ciclo inicial de medicamentos. Sugerimos que continuasse internada e após esse período recebesse alta hospi-

ta- lar, já com o contato e combinações com a equipe municipal. Nesse período o setor do hospital estava lotado e a equipe médica optou por encaminhar a usuária para a Casa de Apoio à Saúde Indígena¹⁵ (CASAI) e não se responsabilizou pela alta junto ao município. A usuária conhecia o funcionamento da CASAI e dizia que lá não ficaria, pois atribuía a um lugar ruim de estar.

Durante a residência, já em outro ponto da Rede de Saúde, reencontrei esta família devido à internação dos filhos menores sob mandado judicial para diagnóstico e tratamento de tuberculose, demonstrando a dificuldade que nós profissionais de serviços de saúde temos no cuidado efetivo junto às diferentes concepções de vida, saúde e cura.

Nos espaços hospitalares de referência às populações indígenas, vivenciei orientações de promoção e prevenção feitas a partir do modelo biomédico e o uso dos profissionais falantes da língua guarani como intérpretes apenas nos momentos para convencimento ao tratamento e para transmitir informações necessárias ao diagnóstico. Poucas vezes o intérprete era acionado para que o usuário falasse sobre o que pensa, sente, compreende e julga necessário ao seu processo de tratamento e cura.

Já na SESAI observei ações de promoção de saúde mais próximas à população com orientações de uso da medicina tradicional. O chá de folha de goiabeira, associado ao uso do soro fisiológico por via oral, evita a desidratação no tratamento de diarreia, ou xiri, para o *Kaiowá* e *Guarani*. O uso das cinzas de *Takuára* para cicatrizar o umbigo do recém-nascido, associado a orientações de higienização diária, evita infecções. Aprendi com uma técnica de enfermagem, guarani, num dos campos de prática, que antigamente o “fedegoso” era utilizado no tratamento de feridas e machucados pelos *Kaiowá* e *Guarani*. Atualmente, com o domínio do agronegócio é raro encontrar “fedegoso”, pois esta planta é considerada daninha nas lavouras de soja e tóxica para bovinos.

O modo de fazer saúde, limitado ao saber biomédico, marcado pela centralidade do hospital, por muitas vezes causou frustração, impotência e cansaço a mim e alguns colegas residentes. O dia a dia convivendo com expressões de preconceitos aos povos indígenas, tais como: “*não gosta de tomar banho*”, “*é da cultura estuprar*”, “*nossa, mas não tinha um nome mais esquisito para colocar na criança*”, “*coitadinho, tão sujinho*”, “*ainda bem que só têm um filho porque não sabe cuidar, coitadinho*” ou até mesmo a barbárie de “*tinha mesmo que castrar tudo*”, entre outras violências, refletem tanto o racismo quanto os impasses no acesso e na qualificação dos serviços do SUS.

13 - Equipamento integrante do Subsistema de Saúde Indígena para integralidade e acompanhamento dos indígenas referenciados para continuidade em equipe multiprofissional.



O discurso em relação à higiene e ao banho era presente na fala de alguns profissionais durante o atendimento às indígenas, em que por diversas vezes é solicitado à usuária para que tome banho “*direitinho*” antes de ir para a consulta, principalmente nos agendamentos de coleta de preventivo. Não presenciei tais discursos nos atendimentos urbanos a não indígenas, mas não se solicita que a usuária tome banho “*direitinho*”, sendo apenas colocado como observação para a coleta de preventivo não estar no período menstrual. Além disso, quem questionava se haviam tomado banho “*direitinho*” não se preocupava se as usuárias tinham água em casa para o banho, para beber e cozinhar.

Há distanciamento na compreensão do mundo, com destaque para o significado da terra para estes povos. Terra é vida e não sujeira. Outro exemplo é o entendimento do nome e o valor da palavra para o *Guarani*. Chamorro (2008, p. 265) ensina que “Um dos símbolos através do qual brilha o caráter sacramental da palavra é o nome. Costuma-se dizer que nos grupos chamados Guarani as pessoas não têm nome como se tivessem uma coisa; elas são seu nome”.

Por vezes a assistência em saúde configura-se como produtor de único modo correto de cuidar, desconsiderando diversidades de expressão de sentimentos, afetividades e educação. Certa vez, acompanhei a internação de uma criança *Guarani Kaiowá* que estava em processo de adoção por uma tia de sua família extensa. A avó, idosa kaiowá, por um período esteve como acompanhante na hospitalização, sendo afetuosa no cuidado da neta. Auxiliava quando esta vomitava, solicitava a enfermeira quando estava febril e permaneceu na internação mesmo preocupada com a manutenção de plantações, animais e bens materiais em sua vida na aldeia.

Ainda que nesta relação entre avó e neta existissem esses elementos de cuidado, a equipe do hospital afirmava que a avó não sabia cuidar da criança. De fato, esta avó possuía outro modo de fazer ou não pensava ser significativo realizar nossos hábitos, como pentear cabelos ou dar banho e trocar roupas diariamente, o que ao olhar da equipe demonstrava desleixo. Os trabalhadores julgavam que a criança não gostava da avó, pois em alguns momentos apresentava choro e agressividade. Talvez a criança não gostasse mesmo era do hospital e tal postura demonstra o quanto nossas práticas em saúde ainda são etnocentradas, limitando a possibilidade de olhar e construir outros modos de vida, saúde e afetos.

Discursos e crenças de que indígenas abandonam os familiares, crianças ou idosos no processo de adoecimento eram recorrentes entre profissionais de saúde, havendo pouca ou nenhuma reflexão sobre as condições de moradia, transporte, acesso à renda e organização familiar que atravessam, dificultam ou impedem o acompanhamento de um familiar durante uma internação hospitalar, que são sempre distantes de seu território. Naturalizar estes discursos pode ge-

rar descaso, abandono e negligência por parte do serviço de saúde, como ocorreu a uma família indígena que acompanhei junto à nutricionista e enfermeiro residente e que relato a seguir.

Foi o primeiro caso que atendemos logo que iniciamos o trabalho no setor de Clínica Médica. O usuário estava internado há alguns dias, proveniente de outro hospital, após realizar cirurgia neurológica com perda de massa encefálica. Encontrava-se sem resposta a estímulos físicos e verbais. Ao iniciarmos o acompanhamento do caso, verificamos que a equipe realizava exames e procedimentos biomédicos, mas o usuário estava sem acompanhante e nenhum dos profissionais da equipe sabia informar se o mesmo tinha família e se esta tinha informações sobre a gravidade do caso.

Iniciei o acompanhamento realizando contato com a SESAI de seu território. A psicóloga e a enfermeira que atendia a aldeia desconheciam a internação e buscaram manter contato e informações. Após os diálogos compreendemos que o mesmo estava sem acompanhante, pois tinha filhos pequenos e um bebê que estava aos cuidados da esposa. Antes da cirurgia, trabalhava em uma usina possuindo mobilidade, autonomia e movimentos físicos preservados.

Após episódio de desmaio durante o trabalho o usuário foi encaminhado ao hospital do município de origem e, posteriormente, transferido para Dourados. Antes do contato e aproximação do serviço a família sabia da internação, mas não tinha conhecimento da gravidade e prognóstico. Sendo assim, ao longo deste processo, realizamos reuniões com a esposa e localizamos um cunhado que permaneceu por um período no hospital como acompanhante.

O usuário teve diagnóstico de câncer com prognóstico já para os cuidados paliativos, vindo a falecer no período de internação. Antes de seu falecimento, marcamos um encontro junto à psicóloga da SESAI e equipe multiprofissional do hospital para que a esposa e o cunhado tivessem conhecimento do diagnóstico, prognóstico e pudessem se despedir do familiar. Deste caso, o que ficou marcado e nos incomodou foi a morosidade do serviço de saúde em contatar a família, visto que o usuário estava em estado grave, podendo vir a óbito a qualquer momento. Havia boatos de abandono familiar por ser indígena, mas sem conhecimento real do que acontecia. A comunicação entre equipes e serviços da rede é fundamental e produz a qualificação do cuidado.

Em alguns momentos, diante de tantas violências e descaso na assistência aos indígenas, sentimo-nos sem ação, paralisados, sem forças para resistência afetiva e política. O compartilhamento dos casos, espaços grupais de acompanhamento e de estudos em Saúde Indígena, apoio de alguns profissionais preceptores



e tutores, foram motivadores e auxiliaram a continuidade da caminhada junto aos usuários, primando pelo compromisso ético. Momentos de vivência nos territórios, aprendendo *com nhanderu e nhandesy, as lideranças religiosas para os Guarani e Kaiowá*, e comunidade indígena, são essenciais para ampliar o olhar, transformar as práticas e fortalecer o cuidado em saúde indígena.

▲ Saúde indígena e saúde indigenista

Os serviços de assistência à saúde para as populações indígenas são organizados e formulados com base nas concepções da sociedade ocidental, configurando-se como um modelo de saúde indigenista. Outro modelo é a Saúde Indígena, que considera o indígena com suas próprias concepções de saúde-doença e saberes para organização e formulação do cuidado.

Ao se tratar especificamente de saúde indígena, é importante ressaltar que a concepção de doença e saúde para os guarani é concebida sob uma perspectiva que se difere da sociedade ocidental, onde a compreensão da saúde restringe a ausência de doença ou bem-estar como um todo. Na concepção de saúde dos guarani é considerado todo o seu Teko (modo de ser) (Santos; Ballarini; Morais, 2012, p. 7).

Langdon (1999) problematiza as intervenções na área da saúde e a falta de conhecimento da cultura indígena por parte dos trabalhadores. Refere que os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e com isso não há êxito nos trabalhos, tal como os relatos que vivenciei e foram citados neste trabalho.

Ao longo da experiência no SUS é possível identificar que há hierarquia entre os saberes, no caso a biomedicina sobre a Saúde Indígena ou sobre o conhecimento popular, configurando uma relação de dominação. Meneses (1999) ressalta que o etnocentrismo vinculado à dominação como condição que não tira a vida do Outro, mas apenas a diferença, ou seja, extingue-se a alteridade que o constitui como Outro, assimilando-o e reduzindo-o à imagem e semelhança do Mesmo. É necessário apontar que os indígenas também têm desenvolvido conhecimentos e saberes sobre saúde e estes saberes compõem seu sistema de saúde, definindo o que é doença e saúde, o que causa doenças e o que as cura, e o que é cura (Langdon, 1999).

Relato a seguir um encontro com uma família Kaiowá durante a hospitalização do filho de dois anos de idade em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devido complicações por pneumonia. A história expressa, brevemente, a violação do direito à medicina tradicional, bem como as práticas etnocentradas que desqualificam a integralidade e complementaridade de outros saberes que não o biomédico.

O usuário deu entrada na unidade em estado grave, acompanhado pela mãe e trazidos pelo serviço de saúde do seu território. Durante a admissão do usuário

no setor e realização dos procedimentos necessários de emergência pude fazer acolhimento à genitora e manteve contato com a equipe de saúde de referência. Verifiquei que a gravidade da situação se deu a partir da dificuldade em localizar a família, que ao perceber a aproximação da equipe da SESAI saía de casa e se refugiava no mato para que o filho não fosse levado até a consulta hospitalar. Com o agravamento dos sintomas e situação de urgência, a família buscou o serviço para pedir ajuda. A partir destas informações pude fomentar o acolhimento como estratégia de cuidado, percebendo qual era o entendimento sobre a hospitalização e almejando diminuir o receio da família.

A mãe relatava com detalhes como o filho havia adoecido na última semana e como cuidava da criança, segundo as suas concepções de cura, que são centradas no canto/reza kaiowá e nos remédios tradicionais. Pertenciam a uma família de rezadores, sendo que a avó e tia eram *nhandesy* na comunidade onde residiam. O hospital mobilizava sentimentos como o medo, pois pouco compreendia o que significavam as práticas biomédicas. Além disso, há um ano havia perdido um filho durante uma internação decorrente também de complicações por pneumonia.

No segundo dia de internação da criança pude conhecer o genitor e acompanhar a família no entendimento do funcionamento e rotina hospitalar, buscando respostas aos questionamentos que traziam e os aproximando da equipe responsável pelo filho. O pai havia levado até o hospital um remédio tradicional para curar pneumonia, referia ser feito a partir da "*graxa de anta*" e que seria necessário passar no peito do filho. O guarda da entrada do hospital não deixou entrar a medicação, pois no setor de UTI não é permitido entrada de bolsas, sacolas e nenhum tipo de objeto ou medicação. Apresentei a necessidade da família à equipe e a profissional de medicina não permitiu, naquele momento, a liberação e acordou com a família que assim que houvesse estabilização no quadro da criança poderiam passar o remédio no filho.

No período que vivenciei a experiência surgiram julgamentos de alguns profissionais em decorrência da família ter buscado o cuidado na medicina tradicional. Algo que me marcou neste processo foi a expressão de uma profissional que realizava um procedimento de intubação na criança e por repetidas vezes dizia: "*coitadinho, olha, tão sujinho*". A profissional pouco compreendia que horas antes aquela criança estava em casa, com a família, cheia de vida e por isso as marcas da terra em seu corpo.

Pude acompanhar o processo de hospitalização por um período e posteriormente outra colega residente deu continuidade ao cuidado, pois eu mudaria de setor de atuação. Após cerca de um mês fui informada que o usuário falecera na internação. Com o falecimento, realizei uma visita à família, junto com equipe



da SESAI e a colega residente que compartilhou o cuidado. Foi um momento importante, apesar das lembranças que surgiram de nosso reencontro. Fomos recebidas com muito afeto, cuidado e alegria como os *kaiowás* costumam receber as pessoas que chegam em suas casas. Durante a visita a família pôde falar como aconteceu todo o processo no hospital, sobre as suas concepções de como se deu o adoecer, o velório e enterro do filho e ainda compartilhar como a vida de todos ali estava diferente após o acontecimento. Pudemos acolher e vivenciar uma resignificação para o cuidado em saúde, sendo que o reencontro abriu caminhos para futuras visitas ao sermos convidadas a voltar e conhecer melhor a comunidade e vida *kaiowá*.

Os serviços de saúde ainda atuam muito distantes das concepções tradicionais de adoecimento e cura, sendo uma reivindicação da população a garantia das especificidades dos povos indígenas no funcionamento do SUS. Durante o I Fórum Estadual de Saúde Indígena realizado na Reserva Indígena de Dourados, em 2016, o nhanderu Getúlio Juca ensinou aos presentes que: *“os indígenas têm conhecimento de cura, de remédios que não são usados na saúde e isso deixa os índios doentes e podem até morrer. Cada uma das três etnias [Kaiowá, Guarani e Terena] tem sua língua e cultura e que precisa ser resgatada e respeitada, as doenças estão no ar e o médico não sabe curar”*.

O formato de equipe básica em Saúde Indígena descrito na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNAPSI) não inclui rezador, parteiras e outros agentes importantes para concepções tradicionais. Percebemos em nossa experiência que os agentes indígenas de saúde são orientados a partir do modelo de medicina ocidental, mas por vezes integram remédios tradicionais e explicações de adoecimento a partir do olhar indígena potencializando outro cuidado à população.

A produção do cuidado em saúde se dá nos encontros, como propõe Feuerwerker (2014, p. 38):

(...) no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor (com suas ferramentas - conhecimentos, equipamentos - e concepções) e do agente consumidor (com suas intencionalidades, conhecimentos e concepções). Desse modo, o agente consumidor é, em parte, objeto daquele ato produtivo, mas também é um agente ativo, que interfere no processo.

Ainda que o Estado demarque por meio do SUS os lugares e papéis dos indígenas nos serviços de saúde, os usuários constroem formas de resistência. As avaliações hospitalares, as não adesões aos tratamentos farmacológicos e a representatividade nas instâncias de participação social indígena, como Conselho Local e Distrital de Saúde, são modos de luta e resistência indígena nos espaços de saúde.

▲ Conclusão

Ser residente foi um processo de transformação pessoal e profissional em que a diversidade se fez presente a todo instante na assistência à comunidade indígena. Ampliar o olhar e produzir questionamentos dos serviços ofertados à população foi algo que aprendi ao perceber o meu próprio despreparo e fragilidade diante do desconhecido, do plural, da diversidade étnica. Buscar na literatura e a cada encontro com os usuários o conhecimento do que é preciso fazer, respeitar o tempo, reinventar as técnicas para não reproduzir atitudes etnocêntricas são desafios diários.

O funcionamento institucional e as inflexibilidades no projeto pedagógico da RMS e nos serviços de saúde foram atravessamentos que trouxeram angústia e, ao mesmo tempo, movimentação em busca de novos sentidos de cuidado com a comunidade indígena. Sempre haverá mais perguntas do que respostas. Por vezes as respostas foram produzidas no próprio encontro com os usuários e só pude compreender algumas destas, meses ou ano depois. E para outras, haverá tempo.

Algumas mudanças se fazem necessárias e são permeadas por questões políticas, de legislações, organização dos serviços de saúde para um cuidado mais próximo da vida das comunidades indígenas. A presença de rezadores e parteiras integrados à equipe básica da SESAI é fundamental ou, ainda, a oferta de alimentação tradicional durante as internações hospitalares são exemplos de adequações possíveis para humanização da atenção. A presença de profissional intérprete nos serviços ainda é uma reivindicação a ser garantida e também a presença de profissionais indígenas nos pontos de atenção da rede SUS.

Um dos desafios do SUS é construir equipes responsáveis e dispostas ao cuidado intercultural. As RMS são potencialidades para outros modos de pensar e fazer saúde, baseados na construção do respeito à etnicidade. Precisamos de RMS e propostas pedagógicas que fortaleçam o SUS para além do hospital, promovendo ações nos serviços próximos à população. As Residências Médicas ainda limitam a experiência de capacitação profissional dentro do espaço hospitalar, sendo que ao habitar os territórios de saúde é que podemos qualificar, compreender e ressignificar nossos saberes e técnicas.

As reflexões sobre os cuidados em saúde e as violações que relatei ao longo deste trabalho apontam para insuficiência de espaços de educação permanente e atualização profissional para os trabalhadores do SUS. Estruturas e condições precárias de trabalho, a falta de material e recursos produz cansaço, adoecimento, esgotamento afetivo e emocional aos trabalhadores. Os atestados médicos e até crises psicológicas gerando afastamento nos ambientes de trabalho são recorrentes.



tes nos diversos espaços que transitamos ao longo da RMS. Pouco se fala e promove a saúde mental do trabalhador do SUS.

Ao finalizar a experiência como residente em Saúde Indígena foi publicada a Portaria nº 2663, de 11 de outubro de 2017. A legislação redefiniu critérios para o repasse do Incentivo Financeiro à Atenção Especializada aos Povos Indígenas no âmbito do SUS. Ainda que a publicação tenha gerado movimentação e diálogo sobre a temática para adequações nos atendimentos hospitalares, os desafios que vivenciei e problematizei acima estão além dos recursos financeiros, abarcam dimensões Éticas e Políticas do Cuidado em Saúde.

São diversas mobilizações e potencialidades que a atuação no SUS nos permite vivenciar. O SUS somos todos nós, usuários e trabalhadores, se construindo e fortalecendo a cada prática, com a movimentação social e política pelo direito à saúde com qualidade. As transformações se dão no cotidiano, a cada encontro, a partir da escuta para poder cuidar. Embora os desafios sejam muitos, continuamos a luta por reivindicar, apoiar e ampliar a saúde pública enquanto direito constitucional, em especial uma saúde que respeite e aprenda com os povos indígenas.

▲ Referências

Aoki, C. (2013). **Paje vai - Feitiço entre os Ava-Guarani e Paĩ Kaiowá no Mato Grosso do Sul**. <http://guarani.roguata.com/pt-br/content/text/paje-vai-feitico-entre-os-ava-guarani-e-pai-kaiowa-no-mato-grosso-do-sul>.

Brasil. (2009). **Portaria Interministerial nº 1077 de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília.

Brasil. (2004). **Presidência da República. Decreto nº 5.051, de 19 de abril de 2004**. Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. Brasília.

Chamorro, G. (2008). **Terra Madura - Yvy: fundamento da palavra Guarani**. UFGD.

Conselho Indigenista Missionário. (2018). **Relatório: violência contra os povos indígenas no Brasil - dados de 2017**. Brasília: CIMI. <https://cimi.org.br/observatorio-da-violencia/edicoes-anteriores/>

Cruz, K.R & Coelho, E.M.B. (2012). A saúde indigenista e os desafios da participação indígena. **Saude Soc.**, [s. l.], v. 21, n. 1 (Supl. 1), p. 185-98. <http://dx.doi.org/10.18080/soc.v21n1supl1p185-98>

org/10.1590/S0104-12902012000500016.

Feuerwerker, L.C.M. (2014). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida.

Langdon, E.J.M. (1999). **Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século**. In: CONGRESSO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, 5., Ilha de Margarita. Anais [...]. Ilha de Marguerita, 7-11 jun. 17 p.

Maciel, N.A. (2012). História da Comunidade Kaiowá da Terra Indígena Panambizinho (1920-2005). UFGD.

Meneses, P. (1999). Etnocentrismo e relativismo cultural: algumas reflexões. **Revisita Symposium**, Unica, v. 3.

Merhy, E & Feuerwerker, L.C.M. (2009). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarin, ACS & Gomberg, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. UFS.

Minayo, M.C.S. (2006). Violência e saúde. Fiocruz.

Miner, H.A.K. (1973). Ritos Corporais entre os Nacirema. In: Romney, AK & Vore, EPL. (ed.). **You and others - readings in Introductory Anthropology**. Tradução de Selma Erlich. Cambridge: Winthrop Publishers. p. 72-76.

Mura, F & Silva, A.B. (2012). Tradição de conhecimento, processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowa. In: GARNELO, Luiza; PONTES, Ana Lúcia (org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI.

Santana Junior, J.R. (2009). Formação territorial da região da Grande Dourados... Geografia, [s. l.], v. 00, n. 0, jan./jun. Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Geociências 89. **Formação Territorial da Região da Grande Dourados: Colonização e Dinâmica Produtiva**.

Santos, R.M; Ballarini, A.J & Morais, K.S. (2012). A Importância do Avatí Kyry (Batismo do Milho Branco) para a Saúde do Povo Guarani (Ñandeva e Kayowá) da Reserva Indígena de Dourados. In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPPAS, 6., Belém. **Anais [...]**.ANPPAS.

Troquez, MCC. (2006). **Professores índios e transformações socioculturais em um cenário multiétnico: a Reserva Indígena de Dourados (1960-2005)**. Dissertação (Mestrado em História). UFGD.



Competência cultural e a atuação profissional no contexto da atenção à saúde dos povos indígenas: um olhar sobre o Parque Indígena do Xingu (PIX)¹⁴

10

*Evelin Placido dos Santos
Anna Luiza de Fátima Pinho Lins Gryscek
Clayton de Carvalho Coelho*

Introdução

O Brasil é marcado por uma grande diversidade cultural, presente inicialmente pelos povos originários ou indígenas, e a partir da colonização, pela contribuição dos europeus e dos povos africanos. Imigrações posteriores, advindas do mundo todo contribuem, ainda, para esta diversidade. Temos, dispersos em todo território nacional, em torno de 817.963 indígenas, distribuídos em cerca de 230 povos, falantes de 180 línguas (IBGE, 2010).

A interculturalidade é um fenômeno atual no campo de atuação dos profissionais de saúde, que desempenham atividades com uma grande diversidade de pessoas, no que diz respeito ao gênero, à raça, à etnia ou religião. Em princípio, estes profissionais não deveriam reconhecer as necessidades das pessoas apenas pelas doenças que estas apresentam, mas de acordo com suas experiências narradas isoladamente ou de forma contextualizada (Gregis & Martini, 2006; Mendonça, 2009).

Os profissionais devem estar culturalmente sensíveis para realizar um cuidado em saúde fundamentado em singularidades de ações, motivados para atuarem neste contexto e preparados para realizarem adequações ou adapta-

14 - Texto baseado em dissertação de Mestrado Profissional na Atenção Primária em Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - São Paulo - SP, Brasil, defendida em 08/12/2016.

ções de condutas condizentes às situações de saúde/doença das pessoas ou comunidades (Gregis & Martini, 2006).

Os povos indígenas em nosso país, através da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASPI), têm garantido o direito a uma atenção diferenciada, com respeito às suas especificidades étnicas e culturais e às suas diferentes situações de risco e vulnerabilidade. Porém, a aproximação entre a teoria e a prática da atenção à saúde destes povos está sendo construída de forma ainda incipiente (Rodrigues *et al.*, 2015).

A população indígena representa cerca de 0,4% da população nacional, sendo o menor estrato racial da população brasileira, porém, apresentando indicadores de saúde 2 a 3 vezes piores, quando comparados com aqueles da sociedade envolvente, com altas taxas de doenças endêmicas, carenciais e crônicas (IBGE, 2010; Langdon & Cardoso, 2015).

Constituem-se historicamente numa população marginalizada, de subordinação política, exploração econômica, discriminação social e inadequação do atendimento em saúde, decorrente da falta de coerência das políticas públicas de saúde e educação indígenas. Essas políticas deveriam ser baseadas nos direitos e necessidades dessas populações, reconhecidos na Constituição Brasileira de 1988. Entretanto, ainda se observa estagnação no processo de construção de um modelo assistencial de fato diferenciado e que certamente resultaria numa política com eficácia e participativa (Delfino & Laganá, 2005; CIMI 2013; Langdon & Cardoso, 2015).

Seguramente a atenção à saúde em populações indígenas, incluindo as ações de imunização, tem peculiaridades. Estamos diante de um cenário de grande diversidade cultural, diferentes visões de mundo, e distintas formas de compreender o processo saúde-doença. Nesse contexto, o profissional de saúde, deve estar preparado para atuar de maneira sensível às diferenças culturais para, assim, garantir a qualidade do trabalho, buscando, de fato o caminho da já mencionada, atenção diferenciada (Gregis & Martini, 2006; Rodrigues *et al.*, 2015;).

O cuidado culturalmente competente surgiu como o mantra da prática contemporânea de enfermagem após a Segunda Guerra, imbuído com fórmulas e instruções para os prestadores de saúde, sobre como tornar-se culturalmente sensível e enaltecer a diversidade, preparando os enfermeiros para um mundo de prática em que a diversidade é a mandamento norteador do cuidado (Andrews & Boyle, 2005).

A competência cultural é essencial para oferecer o "diferencial" da escuta e compreensão do indígena e do seu universo. O desenvolvimento desta



competência resulta da disposição dos profissionais de saúde em despirem-se de seus valores para entender a cultura indígena, relativizar seu conhecimento biomédico, desconstruir práticas etnocêntricas e demonstrar respeito à cultura indígena e interesse pela história do povo que irá atender (Mendonça, 2009; Rodrigues *et al*, 2015).

O conceito de competência cultural na enfermagem surge na Teoria da Enfermagem Transcultural, cuja missão é sensibilizar os enfermeiros sobre a diversidade cultural e promover cuidados culturalmente competentes, em que Pagliuca e Maia (2012) em uma revisão da Teoria da Enfermagem Transcultural, apontaram Leininger, Campinha-Bacote, Giger e Davidhizar, Orque Purnel e Paulanka, Spector, Andrews & Boyle como as principais referências teóricas que contribuem para o avanço da enfermagem transcultural. O termo competência cultural é novo na literatura de enfermagem e o mesmo precisa ser apresentado e disseminado.

A compreensão ampla dos aspectos morais e culturais envolvidos em cada caso é essencial para a incorporação do conceito de competência cultural aos cuidados de enfermagem. Diante de uma identidade multicultural, que deve ser respeitada, o enfermeiro deve despir-se dos seus próprios preconceitos, criados a partir de sua identidade cultural, minimizando a sobreposição de uma cultura à outra (Gregis & Martini, 2006; Mendonça, 2009).

Os atributos comumente identificados de maneira mais significativa no surgimento do conceito de competência cultural, referem-se a um grupo de características que incluem conhecimento cultural, habilidade cultural, comunicação cultural e consciência cultural. Ainda, na literatura, é identificado como característica própria do conceito, um caráter pessoal. Dentre estas características individuais, destacam-se: a empatia, o respeito, a confiança, o vínculo, a flexibilidade, a franqueza, a humildade e a compaixão (Gregis & Martini, 2006; Pagliuca & Maia, 2012).

O conhecimento cultural é marcado pela compreensão das características intraculturais e interculturais. Neste sentido, exige o conhecimento de regras ou padrões culturais específicos dentro de diferentes culturas e que interferem nas formas de viver de cada indivíduo. O conhecimento das singularidades de cada cultura, possibilita a compreensão das crenças, relações de gênero, papéis sociais, estrutura econômica, etnicidade, acessibilidade à educação, tradições, estrutura familiar, concepção do processo de saúde/doença e estilos de vida (Gregis & Martini, 2006; Ruthes & Cunha, 2008; Maia *et al.*, 2009; Pagliuca & Maia, 2012).

As diferenças individuais são conhecidas no interior de uma mesma cultura que podem ser tão diversas quanto a de pessoas pertencentes às culturas diferentes. Cada indivíduo traz consigo diferentes tradições e práticas dentro de sua

cultura. Quando se avaliam os modelos de enfermagem existentes, há poucas referências ao diálogo como um método de aprendizado sobre a cultura do outro. Inserir-se no diálogo depende de uma relação direta com o outro, em um processo de descoberta e aprendizado que pode ser mútuo e equilibrado. No entanto, o foco dos modelos de enfermagem aparentemente está em aprender "sobre" outra cultura em contraposição à aprender "com" outra cultura, aplicando o conhecimento encontrado, ao contrário da troca possibilitada pela conversação e pelo diálogo que permitiriam que se chegasse a um novo entendimento com base no conteúdo deste diálogo (Gregis & Martini, 2006; Ruthes & Cunha, 2008; Maia et al., 2009; Mendonça, 2009; Pagliuca & Maia, 2012).

A comunicação cultural eficaz através de terminologia, de linguagem adequada a cada contexto e de ênfase no idioma, são habilidades culturais que devem ser melhoradas para a transmissão das informações de forma precisa, na discussão dos assuntos culturais de forma aberta, sugerindo respostas baseadas na cultura e avaliando etnicamente o significado que a cultura tem para as pessoas (Tripp-Reimer, 2001; Gregis & Martini, 2006; Pagliuca & Maia, 2012).

Para desenvolver habilidade cultural é indispensável a aprendizagem de competências linguísticas, que incluem reconhecer a necessidade de tradutores e de métodos para romper as barreiras da comunicação. Destaca-se a variação dos padrões de comunicação entre culturas, sendo premente não negligenciar a comunicação não verbal, pois silêncio, olhar, toque têm significado cultural, e são fundamentais à clínica (Tripp-Reimer, 2001).

A consciência cultural incorpora-se nas características individuais. Esse atributo é determinado pela orientação cultural de cada pessoa e pela capacidade em desenvolver a autenticidade, em um exercício de reconhecimento da própria identidade cultural (autoconsciência) e pela disponibilidade para entender as outras culturas (Tripp-Reimer, 2001; Gregis & Martini, 2006; Pagliuca & Maia, 2012). A consciência cultural é importante para o reconhecimento de preconceitos, dos estereótipos e as suposições sobre os padrões culturais manifestados em diferentes culturas, em uma atitude respeitosa dos diversos pontos de vista, contribuindo para diminuir as dissonâncias culturais e a imposição de uma cultura sobre outra.

O Parque Indígena do Xingu (PIX) compreende uma área de aproximadamente 2.800.000ha, na região das cabeceiras do Rio Xingu, em uma região de transição entre o cerrado e a floresta amazônica, dentro do qual vivem atualmente 16 etnias, dos troncos linguísticos Karib (Ikpeng, Kuikuro, Kalapalo, Nahukua e Matipu), Aruak (Mehinako, Yawalapiti, Waurá), Tupi (Aweti, Juruna, Kaiabi e Kamaiurá), Macro-Jê (Kisêdjê), além de um povo de língua isolada (Trumai), compondo uma população total de aproximadamente 6.554 indivíduos em 2018. Diante deste



complexo contexto intercultural, buscamos evidenciar a importância do desenvolvimento da competência cultural pelos profissionais de saúde para atuarem com os povos indígenas.

Métodos

A pesquisa foi de caráter qualitativo, de natureza descritiva, utilizando a abordagem metodológica da sistematização de experiência vivida pelo próprio sujeito da pesquisa (Triviños, 1987; Holliday, 2006; Minayo, 2013). Conduzida no âmbito das atividades de imunização realizadas no PIX, localizado na Amazônia legal ao Nordeste do Estado do Mato Grosso. O PIX é uma forte referência da diversidade da Amazônia, no que diz respeito à situação ecológica, social e cultural, tornando-se uma ilha de sociodiversidade no coração do Brasil (ISA, 2011). Lá vivem 16 povos, distribuídos em 106 aldeias, em 2018, segundo informações do censo do DSEI (Relatório de Imunização do Projeto Xingu, 2018).

O estudo foi desenvolvido a partir dos dados coletados em diversas fontes, incluindo documentos, relatórios técnicos, cadernos de campo e anotações da autora. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde indígenas (agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem indígenas) e não indígenas (enfermeiros e técnicos de enfermagem), no âmbito das atividades de imunização realizadas no Parque Indígena do Xingu. Buscou-se enriquecer a sistematização da experiência através da vivência de outros sujeitos. As entrevistas foram realizadas, com a anuência dos sujeitos, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Para a realização das entrevistas procedeu-se à constituição de uma amostra intencional de informantes-chave entre os profissionais de saúde, a partir da vivência e conhecimento da pesquisadora sobre o processo de trabalho e local de estudo. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, técnico de enfermagem, agente de saúde ou auxiliar de enfermagem indígenas e ter participado diretamente da manutenção da rede de frio em campo, em algum momento, durante as atividades de imunização. Foram formados dois grupos de análise separando profissionais indígenas e não indígenas em grupos distintos. O primeiro grupo - de profissionais não indígenas - foi formado por 5 enfermeiros, (enfermeiro 1, 2, 3, 4 e 5) e 2 técnicos de enfermagem (TE 1 e 2), e o segundo, de profissionais indígenas, formado por 4 agentes indígenas de saúde, (AIS 1, 2, 3 e 4,) e 2 auxiliares de enfermagem indígenas (AEI 1 e 2).

O projeto foi submetido à aprovação, com anuência do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) do DSEI Xingu, do coordenador do DSEI, do Coordenador da Divisão de Atenção à Saúde Indígena e do coordenador da Unidade de

Saúde e Meio Ambiente do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo para acesso aos dados.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - CEP/EEUSP. Sendo aprovada pelo CONEP através do parecer consubstanciado nº 1.403.512 em 06 de fevereiro de 2016. As recomendações para pesquisas envolvendo populações indígenas, incluídas nas Resoluções nº 196/96 e nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde - CNS foram seguidas rigorosamente.

A organização dos documentos, das informações e das entrevistas foram realizadas de fevereiro a maio de 2016, após a aprovação do trabalho pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa- CONEP. Foram consultadas diferentes fontes, entre elas: cadernos de apontamentos pessoais da pesquisadora, documentos que continham propostas, planejamentos, rascunhos, projetos de atividades, informes, atas de reunião, programações, além de gravações, fotografias, mapas e desenhos no período de 2007 a 2015. Os registros permitiram analisar os diferentes momentos que ocorreram ao longo do tempo estudado, com os quais foi possível reconstruir essa experiência (Holliday, 2006).

Na análise das entrevistas buscamos seguir as orientações de Minayo (2013), definindo como objetivo principal da análise, a compreensão das informações registradas procurando ampliar o conhecimento acumulado sobre o tema estudado, articulando-o ao contexto cultural onde emergiu. Como as entrevistas foram gravadas, seguiram-se as orientações de Triviños (1987) e Lakatos & Marconi (2003), no sentido de transcrevê-las o mais brevemente possível, procurando-se preservar com exatidão a integridade dos discursos, inclusive no que se referia a linguagem empregada pelos sujeitos.

Para a apreensão da narrativa indígena, pareceram adequadas as características da entrevista semiestruturada, com a utilização de questionamentos básicos e permitindo que o informante seguisse espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador (Triviños, 1987). Em cada questão levantada procurou-se delinear o objeto e fazer emergir a visão e os juízos a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores (Minayo, 2013). Através das entrevistas, buscou-se a compreensão das concepções que os vários sujeitos envolvidos com a imunização possuíam acerca das atividades que realizaram.

As entrevistas foram realizadas com base em um roteiro, dividido em blocos temáticos, a saber: identificação do entrevistado; concepções sobre os aspectos do planejamento, da execução, do monitoramento e avaliação das atividades de



imunização; a estrutura da rede de frio; os aspectos técnicos e práticos que envolvem os cuidados com a conservação, manuseio, transporte, aplicação das vacinas e organização do trabalho para esta atividade; potencialidades e fragilidades; sugestões e expectativas dos profissionais acerca das atividades de imunização.

A análise documental forneceu elementos que permitiram construir unidades temáticas que subsidiaram a caracterização de um trabalho de imunização, em uma área isolada com características próprias (Lakatos & Marconi, 2003). Os documentos foram analisados no sentido de contextualizar o objeto da pesquisa e tentar explicar suas vinculações mais profundas no sentido de melhor compreendê-lo, complementar as informações coletadas através das entrevistas semiestruturadas.

Realizou-se a leitura atenta dos relatórios técnicos, das transcrições das entrevistas, documentos e anotações pessoais (Bardin, 1979; Holliday, 1994; Minayo, 2013), a partir da qual foram construídas as seguintes unidades temáticas: planejamento das atividades de imunização no contexto do PIX; a execução das atividades de imunização no PIX; monitoramento e avaliação das atividades de imunização do PIX.

Relacionando-se intrinsecamente às unidades temáticas, emergiram dos discursos registrados nas entrevistas, da análise dos documentos e da vivência da pesquisadora, as sub unidades temáticas empíricas que são aquelas constituídas com finalidade operacional, visando o trabalho de campo e tem a possibilidade de apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade (Minayo, 2013). Para análise de conteúdo, foram percorridos os passos descritos por Bardin (1979).

A partir da constituição de uma ideia global das narrativas dos entrevistados e dos documentos consultados, procurou-se desmembrar as unidades de registro e codificar os dados brutos do texto. Este procedimento, essencialmente indutivo, envolveu recortes no texto, classificação e agregação, permitindo atingir uma codificação, visando a construção das unidades temáticas. A codificação foi feita por frases, sendo que cada frase representava uma unidade de registro/sentido, relacionada a uma unidade temática. Esse processo foi feito com cada documento consultado e com cada uma das entrevistas, observando-se que muitas frases tinham unidades de sentido que traziam no seu significado elementos comuns.

Realizou-se, então, a categorização das unidades temáticas com significados comuns e houve a constatação de que os dados já tinham “significado”. Nesse processo de análise, foi importante fazer fluir e se interpretar, tanto a corrente que trazia o fluxo dos dados, como a que trazia os fundamentos teóricos.

Finalmente, apreendidas as mensagens contidas nos discursos e no conteúdo dos documentos, e constituídas as sub unidades temáticas empíricas relacionadas com as unidades temáticas, procedeu-se a análise dos dados. No presente artigo discute-se exclusivamente as questões que dizem respeito à competência cultural do profissional que atua no contexto da imunização com povos indígenas, que emergiram na unidade temática “Planejamento das atividades de imunização no contexto do PIX”.

▲ Resultados

As atividades de vacinação são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar de saúde indígena - EMSI composta basicamente por enfermeiras, médicos, auxiliares de enfermagem indígenas e agentes indígenas de saúde, além de médicos residentes e alunos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A composição da equipe pode variar, dependendo de demandas específicas ou sazonais do serviço de saúde. A coordenação da equipe é encargo de uma enfermeira, que é responsável por toda a programação de cada etapa de imunização. A presença dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e/ou Auxiliares de Enfermagem Indígenas (AEI) em cada etapa é indispensável, agindo como interlocutores entre a equipe não indígena e a comunidade, facilitando o trabalho como um todo, atuando ainda na identificação das pessoas a serem vacinadas e dos pacientes e como tradutores.

Um aspecto fundamental desta etapa foi a participação efetiva dos auxiliares de enfermagem indígenas e AIS na vacina. Existe ainda um tabu que envolve o ato de vacinar, onde somente os brancos poderiam realizá-lo, no entanto, a participação destes profissionais faz com que a comunidade passe a enxergá-los como integrantes da equipe da vacina, legitimando-os como profissionais capazes de dar continuidade a este trabalho futuramente (Relatório de Trabalho Projeto Xingu/UNIFESP 2003).

Nas entrevistas todos os profissionais demonstraram a preocupação com o conhecimento necessário sobre vacinas. Dois enfermeiros, dos cinco entrevistados, colocaram claramente o fato de não se sentirem preparados para assumir a execução desta atividade, evidenciando a falta de conhecimento e preparo profissional:

(...) não me sinto à vontade, fico olhando para caixa azul e já me dá medo... precisa mexer muito rápido com os frascos de vacina, pensar na vacina que vai aplicar, preparar e saber aplicar, é muita coisa (...) (Enfermeiro 3)

(...) são muitos detalhes, muitas vacinas... o calendário é complicado, é muita responsabilidade, eu não tenho conhecimento suficiente nem para aplicar as vacinas, imagine para coordenar uma ação desta (...) (Enfermeiro 5)

Conhecer a comunidade, seus costumes, sua língua e o diálogo, aparece-



ram em falas dos profissionais indígenas entrevistados, como ponto importante, no que diz respeito a atuação do profissional culturalmente competente:

(...) sempre gostei do trabalho da Ngaitemtxi [nome dado pelos indígenas da etnia Kisêdjê para enfermeira que coordena as atividades de vacina e pesquisadora do presente trabalho], ela é carinhosa, aprendeu falar pelo menos as palavras que ajudam na hora de conversar e explicar da vacina e ela também conhece todo mundo, sabe o nome de todos... assim a gente fica com segurança, ela explica tudo da vacina... da doença que a vacina vai prevenir e também fala das reações que a vacina pode dar (...) (Agente Indígena de Saúde - 4)

(...) tem que pensar em tudo, nos que estão em reclusão, nas crianças que acabou de nascer, nos velhos e nos doentes que não podem sair da casa... tem que levar a vacina lá na casa... fora da casa tem espíritos que podem pegar as crianças (...) (Auxiliar de Enfermagem Indígena - 1)

O conhecimento do deslocamento sazonal dos indígenas para as roçadas ou para as cidades do entorno, evidencia a necessidade de se lançar mão de diversas estratégias no enfrentamento das dificuldades que as equipes vêm sofrendo para alcançar as metas de imunização em algumas comunidades, ficando evidente nas entrevistas:

(...) nos indígenas estão saindo muito das suas aldeias para cidade, quando tem vacina, a gente avisa no rádio o dia que a vacina vai passar, quando a gente chega na aldeia eles foram viajar, muitas vezes com crianças pequenas (...) (Enfermeiro - 2)

(...) eu vejo como um problema muito grande que enfrentamos na vacina, quando as famílias saem para viajar e não espera a vacina... as vezes demoram meses para voltar e leva a criança (...) (Auxiliar de Enfermagem Indígena - 2)

(...) quando é tempo de plantar a roça, as famílias acampam longe das aldeias, onde estão fazendo a roça, então precisa programar a vacina para outro dia (...) (Agente Indígena de Saúde - 2)

(...) é muito difícil explicar para o índio que ele não pode viajar e que precisa esperar a vacina, eles não entendem e ficam bravos com a gente (...) (Agente Indígena de Saúde - 3)

(...) eu sempre aviso e explico para minha comunidade que a vacina está vindo e que não pode sair, precisa esperar e depois pode ir para cidade... quando a vacina chega e vou chamar, a família saiu e eu nem vi (...) (Agente de Saúde Indígena - 4)

Nessas situações, outras viagens devem ser planejadas no sentido de garantir o acesso dessa população aos imunobiológicos e o sucesso da vacinação dependerá de fazer coincidir os momentos de presença da equipe e da população alvo da campanha em dia, local e horário precisos. Para possibilitar isto, é

fundamental que a equipe conheça os hábitos da população assistida, incluindo as épocas de roçada, dos rituais e festas, seus costumes e tabus, para poder propiciar outros momentos para o encontro com as comunidades, respeitando as regras sociais de cada povo, inclusive garantindo a vacinação de adolescentes que possam estar em reclusão, ou crianças que acabaram de nascer e não podem sair da casa.

A necessidade do conhecimento das relações socioculturais, do processo saúde-doença dos indígenas e formas de enxergar o mundo, são evidenciadas durante relato encontrado em manuscritos de diários de viagem:

(...) como somos ignorantes, eu achando que sabia tudo e que tinha que fazer a vacina de BCG no claro, como a casa deles é escura, a criança tem que sair da casa... ir até o local onde estamos com nosso “circo armado”, lugar onde montamos o espaço para fazer a vacinação... isso sempre me deixava intrigada, sempre que chamava as mães com os bebês que haviam acabado de nascer para vacinar, elas não vinham... eu ficava muito brava... achava que seria impossível fazer a vacina dentro da casa escura, onde a criança estava protegida e onde ela deveria estar... ainda bem que tive a ideia de perguntar... o Mayaun (Cacique do Povo Ikpeng), me contou, quando você fica chamando as mães elas não vêm, elas não podem tirar a criança que tem pouco tempo que nasceu de dentro da casa, dentro da casa ela está protegida, aqui fora tem espíritos que podem roubar a alma dela... fiquei pensando o quanto tinha que entender destes povos, não sei nada e minha ignorância faz com que eles acabem infringindo regras da sua cultura (...) (manuscrito de diário de viagem, 3ª Etapa de Vacina 2008).

Discussão

O estudo permitiu evidenciar pontos importantes no que diz respeito ao desenvolvimento de competência cultural e sua importância para os profissionais que atuam na atenção à saúde dos povos indígenas. Os resultados indicam a necessidade dos profissionais desenvolverem conhecimentos, habilidades, comunicação e consciência culturais como atributos da competência cultural.

Os atributos da competência cultural que emergiram neste estudo, correspondem às bases teóricas da prática de enfermagem culturalmente competente propostos pela Teoria da Enfermagem Transcultural (Andrews & Boyle, 2005). Apesar desse arcabouço teórico, ainda é difícil percebermos estes atributos em situações práticas, um dos principais exemplos é que a “cultura”, muitas vezes, é vista como um problema, por impor obstáculos a uma prática tecnicista, criando uma barreira para a realização dos cuidados. Além disso, por pensar que a cultura é o que as outras pessoas possuem, objetivamos a cultura, nos distanciando dela. Esta marginalização da cultura e dos pacientes de outras etnias minimiza a responsabilidade de nossa própria bagagem cultural prática; o problema situ-



a-se na cultura de nosso paciente - o problema é o outro (Tripp-Reimer, 2001; Gregis & Martini, 2006).

No presente estudo, identifica-se como conhecimento cultural tem a necessidade de compreensão das relações socioculturais, da visão de mundo, do processo saúde-doença, sobre as formas de cuidado e cura dos indígenas, assim como é apresentado por Gregis & Martini (2006) e proposto pela Teoria de Enfermagem Transcultural (Andrews & Boyle, 2005).

Os profissionais que atuam em contato com populações culturalmente diferenciadas, como os indígenas, devem buscar apreender as interpretações destas populações sobre as ações de vacinação e sobre as doenças por elas evitadas (Garnelo, 2011).

Pinheiro (2016), ao analisar o conhecimento dos profissionais de enfermagem que trabalham no DSEI Porto Velho, com populações indígenas, localizadas no Estado de Rondônia, ao norte do país, acerca da conservação de imunobiológicos, retrata um cenário preocupante. O autor menciona uma lacuna de conhecimentos sobre vacinas e muitas fragilidades para o desempenho das atividades de vacinação. Os elementos que permearam a sua pesquisa foram os seguintes: a existência de carência de profissionais permanentemente nas áreas indígenas, a alta rotatividade de profissionais, o conhecimento insuficiente para lidar com culturas diferentes e a falta de compromisso por parte dos profissionais. Além disto há a percepção de que poucos recebem treinamento e a falta de equipamentos, entre outros problemas operacionais. Situação semelhante é relatada por Garnelo (2011) na região do Alto Rio Negro.

Os profissionais que lidam com a imunização devem, necessariamente, além de ter conhecimento dos conceitos e princípios básicos sobre vacinação, precisam, também, conhecer e respeitar os costumes e regras culturais de cada comunidade atendida, em especial em relação aos cuidados para com as crianças, adolescentes, gestantes, idosos ou qualquer outro indivíduo daquela comunidade (Bahia, 2011; Santos, 2010).

A aquisição do conhecimento cultural propicia condições para que a sensibilidade ou habilidade cultural, necessária para avaliar os problemas de saúde daquele paciente ou da comunidade, aflore de maneira intuitiva. Seja no momento de uma avaliação individual, no momento do exame físico, por exemplo, ou no diagnóstico de uma situação de saúde da comunidade, possibilitando uma análise das convicções, das práticas e dos valores dos grupos, e produzindo intervenções de enfermagem contextualizadas e cuidados efetivos.

No atributo da avaliação cultural, aplicam-se aspectos como comunicação verbal e não verbal, associação cultural, orientação de valores, regras socioculturais, convicções relativas a práticas alimentares e condições socioeconômicas. Portanto, avaliação cultural é um atributo a ser observado na construção da competência cultural do enfermeiro (Gregis & Martini, 2006; Ruthes & Cunha, 2008; Pagliuca & Maia, 2012).

A competência cultural articula temas como consciência cultural, que resulta da disposição dos profissionais de saúde para despirem-se de seus valores para entender a cultura indígena, relativizando seu conhecimento biomédico, desconstruir práticas etnocêntricas, demonstrar respeito à cultura indígena e interesse pela história do povo que irá atender (Mendonça, 2009; Rodrigues et al, 2015).

Na atenção à saúde indígena há diferentes sistemas de cura. Há outros sujeitos que são fundamentais na lida com o processo de adoecimento, como a parteira, pajé, rezador, raizeiro, entre outros. Estes são definidos como especialistas tradicionais, além dos saberes e práticas coletivas de autoatenção, sendo necessário o constante diálogo entre esses diferentes conhecimentos. Assim, o diálogo intercultural, a escuta qualificada, a criação de vínculo e a participação dos indígenas como protagonistas do cuidado à saúde são fundamentais para a atuação em contextos interculturais (Mendonça, 2009; Rodrigues et al, 2015).

▲ Considerações Finais

Conclui-se que a interculturalidade é característica inerente aos cuidados à saúde dos povos indígenas, particularmente entre os profissionais de enfermagem. Para além do simples respeito aos povos indígenas, a prática do cuidado de enfermagem culturalmente competente, envolve o diálogo contínuo, fazendo uso de linguagens verbais e não verbais, do conhecimento de significados e práticas derivados das concepções de mundo, da compreensão do processo saúde-doença, valores culturais, do contexto ambiental e territorial, estruturas sociais. Assim, necessitamos estar abertos ao diálogo e colocando-nos no lugar do outro, com sensibilidade e, sobretudo, sendo capazes de colocar de lado os próprios valores para compreender o outro, com valores, crenças e práticas diferentes das nossas.

A diversidade cultural dos povos indígenas coloca um grande desafio para a saúde pública, que é o de tornar acessíveis os benefícios da medicina ocidental como uma forma de minimizar o impacto sanitário negativo que advém do contato crescente desses povos com a sociedade nacional, sem suplantando o conhecimento e as práticas tradicionais. Em nosso ponto de vista, tornar esses serviços e os benefícios acessíveis significa dialogar continuamente com as comunidades, entendendo sua concepção de mundo, seu sistema etiológico



e suas práticas de cura e explicando nossas concepções do processo saúde-doença e nosso sistema de atenção à saúde, buscando um caminho de conciliação entre os saberes tradicionais e a medicina ocidental. Isso não significa deixar de lado os conceitos da saúde pública e seus modelos de intervenção. Pelo contrário, trata-se de revisitá-los e adaptá-los para o trabalho com as sociedades indígenas, pois o processo saúde-doença que essas sociedades vêm experimentando após o contato é singular e complexo.

Desenvolver e promover a saúde e bem estar através da inclusão da cultura do indivíduo e da comunidade nos processos de cuidados na saúde e na doença, se mostram habilidades essenciais para o caminho do cuidado culturalmente competente, atributo essencial na construção de uma atenção realmente diferenciada aos Povos Indígenas. E, mais que isto, na crescente diversidade da população, ressalta-se a visibilidade dos grupos antes socialmente invisíveis, como os casais homoafetivos, idosos, dependentes químicos, mulheres, a diversidade de profissões e de serviços, com a tendência à inclusão da mão de obra feminina e da imigração. Tornando a competência cultural algo de suma importância no cotidiano dos profissionais de enfermagem, mesmo àqueles distantes da saúde indígena. A partir da experiência aqui relatada, fica patente a importância da competência cultural do profissional de enfermagem para a qualificação dos cuidados prestados, sejam à indígenas ou a quaisquer indivíduos culturalmente diversos.

Referências

Andrews, M.M & Boyle, J.S (ED). (2005). **Transcultural concepts in nursing care**. 5. ed. Lippincott Williams & Wilkins.

Bahia. (2011). Secretaria de Saúde. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação do Programa Estadual de Imunização. **Manual de Procedimento para vacinação**. Salvador: Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Bardin, L. (1979). **Análise de Conteúdo**. Edições 70.

CIMI – Conselho Indigenista Missionário. **Relatório: Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil**. Dados de 2013. www.cimi.org.br.

Delfino, P.D & Laganá, M.T.C. (2005). Perfil de morbimortalidade dos Povos Indígenas Brasileiros: características epidemiológicas de 1994-2004. **Saúde Coletiva**, 2:72-8.

Garnelo, L. (2011). Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. **Hist Cienc Saude-Manguinhos**.18(1):175-90.

Gregis, C & Martini, J.G. (2006). Processo de competência cultural nos cuidados de enfermagem a usuários de drogas injetáveis no projeto de redução de danos de Porto Alegre-Brasil. SMAD. **Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 2, n. 1.

Holliday, OJ. (2006). **Para sistematizar experiências**. 2. ed. Brasília: Ministério do Meio Ambiente.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas resultados do universo**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Instituto Socioambiental (ISA). (2011). **Almanaque Socioambiental Parque Indígena do Xingu: 50 anos**. Instituto Socioambiental.

Lakatos, E.M & Marconi, M.A. (2003). **Fundamentos de pesquisa metodológica científica**. Atlas.

Langdon, E.J & Cardoso, M.D (Orgs). (2015). **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. UFSC.

Maia, E.R; Almeida, S.B; Oliveira, W.R & Pagliuca, L.M.F. Care delivery to disabled people: competencies of community health agents. **Rev Enferm UFPE On Line**. 3(4):151-9. <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/104>

Mendonça, S. (2009). Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena: uma introdução. São Paulo: UAB/Unifesp. Texto de Apoio, Disciplina de Antropologia, I **Curso de Especialização em Saúde Indígena**.

Minayo, M.C.S. (2013). O desafio da pesquisa social. In: Minayo M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33a ed. Vozes.

Pagliuca, L.M.F & Maia, E.R. (2012). Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.5, p.849-55.

Pinheiro, J.S. (2016). **Análise dos aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas no Distrito Sanitário Especial Indígena de Porto Velho, Rondônia, Brasil**. [dissertação]. Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR).

Rodrigues, D; Mendonça, S; Oliveira, L; Roder, F & Coelho, C. (2015). A atenção diferenciada em saúde indígena: considerações iniciais. **Curso de Especialização**



de Saúde Indígena - UNIFESP/UNASUS. Disciplina de Política e Organização dos Serviços de Saúde Indígena. <http://si.unasus.unifesp.br/>.

Ruthes, R.M & Cunha, I.C.K.O. (2008). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 61(1):109-2.

Santos, E.P. (2010). **Estrutura e operacionalização da imunização em uma área de difícil acesso** [trabalho de conclusão de curso]. Universidade Aberta do Brasil, Universidade Federal de São Paulo.

Tripp-Reimer, T. (2001). Cultural barriers to care: inverting the problem. **Diabetes Spectrum**; 14(1):13-22[online]. <http://spectrum.diabetesjournals.org/cgi/content/full/14/1/13>

Triviños, N.A.S. (1987). **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** Atlas.

Como foi que isso se tornou necessário? Sobre relações entre os Kaiowá e a Saúde Indígena

11

Leandro Lucato Moretti

Introdução

O texto a seguir discute a respeito das relações produzidas entre os Kaiowá e Guarani e a constituição da política de saúde indígena no Mato Grosso do Sul, principalmente na região sul do estado. Serão apresentadas informações referentes ao contexto e características da região em diálogo com dados produzidos na vivência do pesquisador com esses grupos, principalmente, durante a construção da pesquisa de mestrado em psicologia social (Moretti, 2017) sobre usos de bebidas alcoólicas e transformações nos modos de beber. Adjacente a essa temática, foram também construídos dados e informações sobre a constituição da saúde indígena na região que será o foco deste texto. Essas observações podem contribuir na discussão sobre a saúde indígena no contexto dos Kaiowá e Guarani, se aproximando das versões e percepções dos reza-dores, rezadoras e outras lideranças indígenas sobre este processo.

É fundamental aqui, a ideia da existência de saúdes indígenas, apresentada por Garnelo (2012), diferentes da concepção biomédica que marca o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Isso possibilita pensar que os coletivos indígenas possuem suas concepções de saúde, doença, práticas de cuidado e itinerários terapêuticos próprios, pautadas em suas especificidades e são imprescindíveis para a sua reprodução física e cultural.

Na pesquisa, a que esse texto se refere¹⁵, foi utilizado o método etnográfico a partir da psicologia social em diálogo com a antropologia, lançando mão de diferentes formas de construção de dados em conjunto com os Kaiowá, como a observação participante, entrevistas, conversas, registro em caderno de campo e diálogo com outras produções bibliográficas já existentes, inspirado pelo processo de “olhar, ouvir e escrever” descrito por Oliveira (1996) acerca do trabalho do antropólogo. A escolha por

15 - Moretti, LL. (2017). Modos de beber em áreas indígenas no Mato Grosso do Sul: aproximações entre a psicologia social e perspectivas kaiowá e guarani. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

relacionar a psicologia social com o método etnográfico, característico da antropologia, de acordo com Neves (2006, p.15) “aponta motivos éticos relacionados ao respeito, aos valores e práticas do grupo pesquisado” e “recusa ao etnocentrismo”. A partir da densa descrição dos fenômenos observados, busca-se aproximar das interpretações próprias dos grupos e de acordo com a autora:

É justamente esta “descrição densa”, em busca da produção de sentidos nos grupos sociais, que a Psicologia Social tem como um dos objetos principais. Portanto, ao nos voltarmos para a etnografia, estamos em busca de nosso próprio objeto de estudo e de opções metodológicas válidas para melhor abordá-lo (Neves, 2006, p.4)

Portanto, essa relação com a etnografia foi entendida como uma forma da psicologia social mergulhar suas questões e horizontes em um diálogo com outro modo de vida e de percepção dos fenômenos, no caso dos Kaiowá e Guarani, a fim de construir caminhos mais consistentes a serem percorridos nas vezes em que a psicologia é demanda por essas comunidades.

Com relação a procedimentos, foram acompanhadas situações relacionadas ao campo da saúde indígena e a saúde mental indígena, dialogando com interlocutores sobre essas temáticas, onde muito pode-se ouvir sobre suas percepções, projetos futuros e histórias sobre um outro momento da vida kaiowá e guarani. Em campo, foram identificados elementos sobre suas percepções sobre saúde referentes ao tempo antigo, envolvendo práticas de cuidado e saúde, bem como transformações geradas pelas relações estabelecidas com a sociedade não indígena, que foram organizados e serão apresentados a seguir.

Inicialmente, serão retomados aspectos gerais da política atual de saúde indígena e saúde mental indígena. Em seguida será realizada uma caracterização do processo histórico vivenciado pelos Kaiowá e Guarani na região sul do Mato Grosso do Sul, mais especificamente, no município de Dourados/MS. Posteriormente, serão apresentados os dados produzidos em campo em diálogo com esse contexto apresentado.

▲ Saúde Indígena no Brasil

A Saúde Indígena está organizada como um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS), criado em 1999, por meio da Lei nº 9.836 (Lei Arouca), seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), hierarquizado e integrado, articulando-se com os demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde, de acordo com Santos et al. (2008).

Fruto das reivindicações do movimento indígena, a saúde indígena representa uma grande conquista dos povos indígenas e tem-se então uma maior organização da rede de equipamentos de Saúde Indígena, que vinha sendo demandada, respeitando as especificidades dos territórios e coletivos indígenas. Atualmente, o órgão gestor do SasiSUS é a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2009, ligada ao Ministério da Saúde, responsável por coordenar e executar a Política Nacional de Aten-

ção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

Os Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEIs) são centrais no modelo atual de organização da Saúde Indígena e surgem com a proposta de garantir a atenção diferenciada para as populações indígenas. São definidos como:

(...) um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (FUNASA, 2002).

No Brasil são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e epidemiológicos. Dispõem de uma rede de serviços em seu território, integrada e articulada com a rede do SUS, contando com Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) nas áreas indígenas e Polos Base (tipo I e II), que cobrem um conjunto de áreas indígenas, constituindo-se como primeira referência para as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) (Santos et. al. 2008). Além disso, também estão articuladas com as redes de serviços as Casas de Saúde Indígena (CASAI), ofertando suporte aos indígenas nos municípios de referência. De acordo com Palheta (2015, p.46), o DSEI Mato Grosso do Sul, foco desse texto, atende uma população de 70.383 pessoas, a maior população entre todos no Brasil, e é responsável por oito etnias que vivem no estado: Kaiowa, Guarani (Ñandeva), Terena, Kadiwéu, Kinikinau, Ofayé, Guató e Atikun.

A partir de um contexto de demandas apresentadas pelos coletivos indígenas para a área da psicologia, como os altos índices de suicídios e usos problemáticos de bebidas alcoólicas e outras drogas, foi aprovada a portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007, que estabelece as diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. Tem-se desde então, um aumento na contratação de profissionais de psicologia para integrarem as EMSI e atuarem nos DSEIs, buscando construir respostas as demandas apresentadas. O Ministério da Saúde através da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas apresentou algumas diretrizes para a área,

indicando a necessidade de escuta das instâncias representativas dessas comunidades no manejo de situações de saúde mental e, especificamente, de problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, ressaltando também a pertinência de que as ações sejam articuladas entre as diferentes esferas do governo (Chaves, Cardoso e Ferreira, 2013, p.214).

Os casos que necessitam de maior acompanhamento e atenção no campo da saúde mental têm como referência na rede do SUS os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que muitas vezes estão em municípios próximos as áreas indígenas. Porém, ainda falta preparação e formação do serviço para contemplar as especificidades dos indígenas, além das dificuldades para o acesso ao serviço.



Em resumo, a Saúde Indígena ainda tem como desafio constituir a atenção diferenciada idealizada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) do ano 2002. Por isso, a constante ameaça da municipalização da Saúde Indígena por parte do Governo Federal representa um risco, e foi rechaçada pelos indígenas com uma série de mobilizações nas várias regiões país no ano de 2019. A PNASPI já contempla a participação de financiamento por parte dos governos estaduais e municipais, que pouco, ou nada, destinam de seus orçamentos para essa área, o que dificultaria ainda mais a garantia dos direitos dos coletivos indígenas.

Posto brevemente esse contexto da política de Saúde Indígena, a seguir serão apresentadas informações sobre os Kaiowá em Mato Grosso do Sul, coletivo indígena que se refere este texto, como suas especificidades territoriais, demográficas, de organização social e o processo histórico vivenciado na região.

▲ Os Kaiowá

Os Kaiowá, povos falantes de língua Guarani, se relacionam com os Guarani historicamente e vivem em pequenas áreas localizadas no sul do estado Mato Grosso do Sul. Atualmente são estimados em mais de 43.000 pessoas pelo IBGE (2010), apresentando um crescente populacional nos últimos anos. Também habitam regiões do outro lado da fronteira com o Paraguai, onde são conhecidos como *Päi Tavyterã* e *Ava Guarani*, além das comunidades guarani que habitam outros estados do Brasil, Bolívia e Argentina que somam, ao total, 280 mil pessoas na América, conforme os dados levantados pelo Mapa Guarani Continental (2016).

Os interlocutores principais deste texto são da etnia Kaiowá, moradores da região de Dourados/MS. Nas áreas que o pesquisador circulou, os grupos se intitulam como Kaiowá Guarani, somente como Kaiowá, ou até mesmo, 'Kaiowá Puro'.

A concepção da humanidade kaiowa é por eles compreendida no campo do parentesco e da organização social. Permite entender porque "ser" Kaiowá implica em desenvolver a capacidade de "viver como parentes entre parentes" e de, ao mesmo tempo, aprender como se relacionar com os não parentes e com os estrangeiros (Pereira, 2016, p.14).

No município de Dourados/MS, a população indígena é estimada em mais de 17.000 pessoas pela FUNAI (2019), das etnias Kaiowá, Guarani e Terena, distribuídas em : a Reserva Indígena de Dourados, criada em 1917 pelo governo brasileiro; a TI Panambizinho - demarcada em 2005 após anos de luta e reivindicação da terra; e os acampamentos de retomada Nú Verá I, Nú Verá II, Apyka'í, Boqueirão e Pakurity - que aguardam ainda hoje os estudos demarcatórios, além dos novos acampamentos que surgem constantemente, e a população moradora da área urbana. Deve-se destacar que cada área possui processos históricos e características próprias. A Reserva Indígena de Dourados, onde estão localizadas as aldeias Jaguapirú e Bororó, segundo o Instituto Socioambiental (ISA, 2017), concentra a maior parte da população em uma pequena porção de terra de 3.000 hectares.

Pode-se observar que o cotidiano de grande parte dessas áreas é marcado por dificuldades impostas para a existência dessas pessoas a seus modos. Em geral, as possibilidades de renda são mínimas, poucos cargos públicos à disposição, poucas oportunidades de trabalho nas áreas urbanas, restando a realização de trabalhos esporádicos por diárias em fazendas e/ou usinas da região. As famílias são atendidas pelos benefícios sociais como aposentadorias, pensões, Programa Bolsa Família (PBF) e a distribuição de cestas básicas por meio da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Para Pereira (2016), este contexto é resultado de inúmeras transformações no sistema social kaiowa nos últimos anos:

A ocupação das terras tradicionais kaiowá pelas frentes de ocupação agropecuária no último século impôs a esta população visíveis transformações em seu sistema social, resultantes da imposição de novas formas de produção econômica, da perda do território, de alterações nos padrões demográficos e de residência. Ocorreram também modificações na relação entre os sexos e os modelos de casamento. Estes problemas resultam da interação necessária e compulsória com outras populações, agências da sociedade civil e instituições do estado nacional (Pereira, 2016, p.16).

Foi registrado também que os territórios que são reconhecidos pelo Estado, contam, em sua maioria, com a presença de Escolas Indígenas, Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), o atendimento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e de equipes da área de assistência social (há o CRAS Bororó na TI Dourados), da Funai, além de outras instituições que atuam em conjunto com essas populações, como Organizações não-governamentais (ONGs). O relatório “Estudos etnográficos sobre o Programa Bolsa Família entre Povos Indígenas” (Brasil, 2016, p.66) aponta que esse conjunto de ações sociais, que inclui cestas de alimentação, PBF e a merenda escolar, entre outros elementos, não para é suficiente para solucionar problemas vivenciados atualmente, como por exemplo a insegurança alimentar.

O município de Dourados/MS compõe o DSEI Mato Grosso do Sul, onde conta com a presença de um Polo Base tipo II. São três UBSI nas áreas indígenas, que recebem a assistência de duas EMSI. Ainda faltam profissionais suficientes nas diferentes áreas, o que sobrecarrega o trabalho das EMSI, reforçados por mais alguns poucos profissionais disponíveis na rede pública de saúde. A rede de saúde indígena em Dourados se apoia em serviços ofertados pelo Hospital da Missão Indígena Caiuá e o Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) que são referência no atendimento especializado à população indígena. A UFGD possui um programa de pós-graduação de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Indígena que forma profissionais de psicologia, nutrição e enfermagem para atuarem nesse contexto.

No município existem dois CAPS (CAPS AD E CAPS II) que são referências dos encaminhamentos das questões de saúde mental indígena, porém, devido a distância dos territórios indígenas, muitas vezes percorridas de bicicleta e a pé, inviabiliza o acompanhamento desses casos. É uma discussão recorrente, a criação de um CAPS AD Indígena, que atenderia no interior das áreas. Porém, não se tem um consenso a



respeito disso entre os profissionais de saúde e as lideranças indígenas. Mais a respeito dessa discussão pode ser encontrado em Silveira (2018, pp.198-199). Atualmente, tem-se construído uma demanda por uma instituição específica para o atendimento psicológico baseado no modelo de abstinência, como as comunidades terapêuticas, que será discutido na pesquisa de doutorado.

Apresentado esses elementos sobre o contexto da região, é importante retomar agora alguns elementos do processo histórico vivenciado pelos Kaiowá para aprofundar no entendimento das transformações sociais que marcam a realidade atual. Brand (1997) descreve esse processo histórico como um confinamento em pequenas porções de terras, sob a tutela do Estado, com a perda progressiva dos seus territórios e, consequentemente, de sua autonomia. A implantação de oito reservas indígenas, entre 1915 e 1928, segundo CTI (2008), assumiram uma função política de liberar terras para a especulação imobiliária e posterior ocupação agropecuária, objetivando alcançar a integração à sociedade envolvente, por meio de características, como a proximidade da cidade para trabalho, imposição de lideranças, instituições e formas de se organizar. A Reserva Indígena de Dourados, atualmente TI Dourados, é demarcada em 1917 e expressa uma interferência secular do Estado na vida dos Kaiowá na região. As reservas marcam então um período de intensas transformações para os coletivos kaiowá que viviam na região.

Os grupos que foram para a reserva encontraram uma realidade que não se afinava ao modo de organização tradicional (...) Os Guarani e Kaiowá nunca tinham vivido, segundo seus costumes, organizados em um pequeno território, nas chamadas “aldeias” (...) Contrapondo-se à forma tradicional de organização do território, a reserva implicou em problemas econômicos, políticos e religiosos. Elas não atendiam, assim como continuam a não atender, às necessidades física e cultural dos Guarani e Kaiowá (Crespe, 2015, p.115).

O confinamento e a condição de crescente desigualdade que estavam submetidos os Kaiowá e Guarani, também atraiu interessados em contribuir assistencialmente com essas famílias, como a vinda de missionários para a evangelização desses coletivos. Em 1928, a Missão Evangélica Caiuá¹⁶ se instalou no município de Dourados/MS, próxima a Reserva indígena de Dourados.

Na sua primeira fase, uma das maiores demandas era o atendimento à saúde, como foi apontado acima, as epidemias e a desnutrição provocam inúmeros óbitos. Assim, uma das suas primeiras ações foi a construção de um orfanato e de um centro de assistência à saúde, o qual, mais tarde, transforma-se no Hospital da Missão, como é comumente denominado. (Vietta, 2003, pp.112-113).

Com o avanço da produção agrícola na região, o desmatamento cada vez maior das áreas para a pecuária e agricultura e a escassez crescente de trabalho no campo, as

16 - A Missão Evangélica Caiuá é conveniada ao SUS prestando serviços na saúde indígena no DSEI Mato Grosso do Sul, por meio do Hospital da Missão, referência nos encaminhamentos, principalmente dos Kaiowá e Guarani, sendo também responsável pela contratação de profissionais em outros DSEIs no Brasil.

possibilidades de vida para os Kaiowá foram progressivamente se limitando. Permanecer nas Reservas se tornava cada mais necessário, levando a um contexto de instabilidade nas relações internas, além da miséria que estavam sendo submetidos, frente a falta de possibilidade de produção de seus alimentos.

As condições de vida cada vez mais difíceis nas Reservas Indígenas geram, a partir da década de 1980, mobilizações de grupos para a retomada de territórios ancestrais, iniciando uma nova etapa no movimento indígena e na demarcação de TIs (Pereira, 2004; crespel, 2015). Ainda que não suficientes, as retomadas desses territórios estão relacionadas com a organização de movimentos de luta possibilitados pelos direitos conquistados com os artigos 231 e 232 da Constituição Federal de 1988, que reconhecem os direitos territoriais e culturais dos grupos indígenas. Cabe destacar também, que neste momento iniciaram-se as articulações e construção da Aty Guasu, as grandes assembleias kaiowá e guarani, conforme descrito por Pimentel (2015).

Nos dias atuais, as inúmeras violências históricas as quais este coletivo indígena foi submetido, permeiam as relações entre as famílias e as pessoas. O cotidiano, muitas vezes violento, é uma expressão de uma série de projetos e intervenções integracionistas por parte do Estado Brasileiro, que buscaram normatizar o modo de vida desses grupos, em busca de um desenvolvimento econômico considerado pelos Kaiowá como destrutivo.

Para Pereira (2016), o núcleo familiar, que é reconhecido como o “fogo doméstico” é central na organização social e política dos Kaiowá:

O fogo constitui o módulo organizacional mínimo no interior do grupo familiar extenso ou parentela, composta por vários fogos, interligados por relações de consanguinidade, afinidade ou aliança política. O pertencimento a um fogo é pré-condição para a existência humana entre os kaiowá. O fogo prepara os alimentos, protege contra o frio e em torno dele as pessoas costumam se reunir para tomara mate ao amanhecer e ao anoitecer. Para o Kaiowá, é impensável a condição de saúde física e estabilidade emocional fora da sociabilidade livre e descontraída no círculo de parentes próximos. No fogo deve prevalecer a amabilidade, as pessoas devem se sentir confortáveis e à vontade umas com as outras. Quando isso não ocorre, o fogo se desarticula (Pereira, 2016, p.24)

Pereira (2016) apontou a desestruturação de muitas famílias extensas, as parentelas, devido aos problemas sociais ocasionados historicamente. Porém, também afirmou a parentela como primordial para a superação dessas questões que afligem o cotidiano atual.

O consumo de bebidas alcoólicas, a violência doméstica, a insegurança nas reservas, etc. são problemas sociais que tem impacto direto na desestruturação de muitos fogos, mas por outro lado, reforçam o sentimento de sua necessidade como refúgio das tensões que permeiam a coletividade da reserva. Os Kaiowá reconhecem que isto decorre da situação histórica atual, exigindo deles um grande esforço para encontrar saídas a estes impasses (Pereira, 2016, p. 39)



Portanto, deve-se entender as questões e fenômenos de saúde, inseridas nas redes de relações, algo central na vida dos Kaiowá. Posto esses elementos sobre o processo histórico e transformações geradas em seu sistema social, é importante agora apresentar informações referentes a categorias e concepções de saúde kaiowá, para o diálogo que aqui pretende.

▲ Saúde kaiowá e guarani: versões e histórias

Nesse momento da discussão, é importante trazer elementos que expressam a percepção de saúde para os Kaiowá, pensando nas relações que mantem com o seu sistema social. O processo saúde e doença construído socialmente nesse coletivo, também se apresenta como fundamental para a discussão que aqui se pretende.

A noção de saúde entre os Kaiowa inverte o ditado “mente são em corpo são”, sendo possível afirmar: “o corpo é são quando a mente é são”. Por exemplo, descrevem as deformidades corporais como uma condição precária da alma no corpo (isto quando ela não está completamente ausente) (Mura & Silva, 2012, p.143)

Montardo (2002), ao discutir a respeito da música e os rituais para os Kaiowá e Guarani, relata uma manifestação corporal de saúde:

Os Guarani dançam com os joelhos flexionados e movimentando os ombros. O que é buscado é a leveza e a agilidade. Em termos gerais as pessoas são pesadas para dançar, mas quando estão acostumadas ou treinadas elas são leves, yvevuy. Os ombros devem estar erguidos como manifestação de saúde, e este é um dos objetivos do ritual Montardo, 2002, p. 222 - 223)

Em contraponto a isso, a autora descreve os ‘ombros murchos’ como uma expressão de doença:

No caso dos Guarani uma situação corporal oposta ao estar erguido seria o estar murcho. A parte do corpo que fica visivelmente murcha é o ombro (...) explicou-me que, quando a pessoa está com o ombro caído, é porque um animal está pesando sobre ele (Montardo, 2002, p.224)

É possível arriscar que saúde para os Kaiowá e Guarani tem relação direta com corpo, construído social e historicamente, a partir das práticas de cuidados, que envolvem as rezas, a alimentação, os remédios do mato e inúmeros rituais, como o batismo do milho e o resguardo na primeira menstruação das mulheres que são fundamentais para a construção de um corpo leve, ágil, de acordo com o que se espera no teko porã (Meliá, Grünberg & Grünberg, 1976), o bom modo de ser kaiowá e guarani. Os Kaiowá constantemente nos lembram que seus corpos e sua saúde têm profunda relação com suas terras e tudo aquilo que a compõe, como as florestas, os rios, os animais e os espíritos. Com a perda de seus territórios para o avanço da produção do agronegócio, tem-se profundas transformações no tipo de corpo e saúde produzidas.

Seguindo a proposta deste texto, é importante entender a Saúde Indígena para além da trajetória e marcos legais que estabelecem o SasiSUS. É necessário retomar esse processo histórico pela perspectiva dos Kaiowá e Guarani, passando por suas percepções e vivências acerca do processo de chegada mais intensa dos não indígenas na região, momento em que muitas transformações acontecem em sua organização social, corpos e saúdes. Para tentar construir essa discussão, serão apresentados a seguir alguns breves dados construídos em campo que podem expressar elementos para elucidar as relações entre os Kaiowá e Guarani com a Saúde Indígena.

Primeiro, é importante trazer a fala de uma liderança da Aldeia Te'Yikue, que compõe a Aty Guasu, realizada durante o 'I Fórum Estadual de Saúde Indígena do Mato Grosso do Sul', na Reserva Indígena de Dourados, em julho de 2016. O evento reunia indígenas e não indígenas que tinham relação com a saúde indígena. Segundo a liderança:

(...) antes de tudo, era preciso entender como esse sistema de saúde do *kara*¹⁷ foi imposto a nós, indígenas, e como interrompe nossa liberdade, chegou até nós e se tornou necessário. Nós devemos saber, ou aprender, a discutir nossas questões, como o álcool e o suicídio, as *ñandesy* e os *ñanderú*¹⁸ sabem muito o que fazer e devem atender a população e os nossos parentes.

A fala acima, escolhida para ilustrar o título deste texto, provoca a retomada do processo histórico vivenciado, a partir do olhar dos Kaiowá, entendendo as mudanças sociais ocasionadas pela intensificação da chegada de não indígenas na região. Além disso, também provoca para discutir a questão do subsistema se “tornar necessário” e “interromper a liberdade” na relação com a perda de autonomia histórica motivada pela perda das terras. Também expõe, a capacidade das rezadoras e rezadores aprenderem a lidar com as novas problemáticas.

É certo que nem sempre foi assim. São muitos os relatos que expressam as transformações no contexto de saúde dos Kaiowá. Uma *Ñandesy*¹⁹ kaiowa lembrou em uma de nossas conversas, que no tempo do *Pa'i Chiquito*²⁰, “não era preciso hospital” ou buscar cuidados de saúde em instituições dos não indígenas. Ele era responsável por cuidados com a saúde do grupo e seus conhecimentos e práticas davam respostas aos problemas de saúde existentes, com o uso rezas e plantas que estavam disponíveis. Também relatou que não indígenas procuravam o *Pa'i Chiquito* atrás de respostas para seus problemas de saúde por meio de suas práticas de cuidado.

17 - Não indígenas

18 - Rezadoras e rezadores

19 - Esta *Ñandesy* é uma rezadora, da etnia Kaiowá, importante dentro da Aldeia Panambizinho, envolvida com diversas lutas políticas, participando da Aty Guasu e da Aty Kuña. É uma profunda conhecedora de práticas tradicionais, que aprendeu com sua mãe. Seguindo normas éticas, o nome foi mantido em sigilo, adotando *Ñandesy* para se referir a ela

20 - Liderança política e religiosa de grande influência entre os Kaiowá e Guarani. Faleceu em 1990.



É possível somar aqui, a fala, durante o Fórum de Saúde, de uma liderança da Reserva Indígena Taquaperi em Coronel Sapucaia/MS: “vivemos muito tempo sem o atendimento dos hospitais e outras instituições, a partir de nossas práticas, como o trabalho das parteiras indígenas, as antigas e as atuais né (...)”. Além disso, falou sobre as parteiras: “(...) essas massagens em mulheres grávidas, que são comuns atualmente, já eram realizadas pelas parteiras há muito tempo, a runca runca, me lembro que minha mãe fazia nas mulheres da comunidade (...)”.

As rezadoras e rezadores produziam os conhecimentos e as práticas de cuidado necessárias, conforme outros relatos apontaram. Uma liderança da Reserva Indígena de Dourados, membro da Aty Guasu e que tem uma participação ativa na luta pela garantia de direitos na saúde indígena, destacou que os ñanderú e as ñandesy lançam mão de remédios próprios, os pohã, produzidos a partir de plantas características e os seus usos específicos. Também apontou a relação entre o nhembo'e, que são cantos e rezas específicas, e as plantas encontradas nos brejos, campos e matas, no processo de preparo dos remédios.

Essa liderança também apontou que existem problemas que os médicos não foram preparados para lidar, como o “anguery somente os ñanderú sabem como curar, somente com muita reza e o uso dos pohã certos (...) somente eles sabem as providências para cada situação de saúde ou desordem”. O anguary se constituiu como uma fonte de enfermidades, doenças e outros problemas de saúdes que podem acometer os Kaiowá.

(...) é um tipo de alma, carnal ou telúrica, separada do corpo por ocasião da morte. Costuma perambular pelos locais por onde transitava a pessoa em vida, assustando ou infligindo mal às pessoas, sendo por isso muito temida (Pereira, 2016, p.32).

A liderança também relatou que a prática de bons rezadores e rezadoras possuem os conhecimentos necessários para curar os feitiços, comuns no cotidiano atual das áreas indígenas e que se constituem como um desafio para a Saúde Indígena.

Com a chegada mais intensa de não indígenas na região historicamente habitada pelos Kaiowá e Guarani, começam a surgir novos problemas relacionados à saúde, como doenças e epidemias características dos não indígenas, como gripe, sarampo entre outras, que se espalhavam com facilidade entre as famílias.

Torna-se relevante retomar aqui um relato de um acadêmico indígena, durante uma discussão em sala de aula no *Teko Arandu*²¹. Segundo ele, determinado dia em sua aldeia, todos acordaram doentes, possivelmente gripados, e “(...) foram bater na porta do ñanderu, ele também estava doente, e não sabia o que fazer. Eles ficaram um tempo lá, até que alguém chegou e falou que tinha um lugar lá que eles tratavam aquilo que a gente tinha, que a gente ia ficar bem”.

Nesse momento, é possível perceber que começaram a emergir questões de saúde de diferentes ordens, provenientes do contato com o mundo não indígena, e que vão além do sistema de conhecimento kaiowá. Esses novos problemas, para os Kaiowá, são explicados devido a desequilíbrios gerados nos seus territórios.

Essa busca por assistência em instituições dos não indígenas citada no relato, nem sempre ocorriam de forma harmoniosa. No caso da Missão Evangélica Caiuá, adotavam o ideal de evangelização e integração desses grupos, e existem relatos que a assistência estava condicionada a adoção de hábitos dos missionários. Fato também constatado por Pschisky (2014):

(...) somente se adotassem novos costumes e práticas relacionadas à saúde, ao trabalho e, sobretudo, às crenças. Através dos missionários agrônomos, os índios receberiam instruções sobre os métodos agrícolas. Com o missionário médico, foram adotados novos métodos preventivos e de cura no processo saúde-doença (...) (Pschisky, 2014, pp.62-63)

Foi possível perceber como essa chegada de novas instituições vai ao sentido da integração das famílias indígenas da região, condicionando a assistência a essas novas questões de saúde a uma aceitação de crenças e práticas ocidentais. É importante entender, que muitas das concepções e práticas do mundo não indígena não dão conta de expressar a diversidade e complexidade do mundo kaiowá e guarani.

Como por exemplo, já no período de devolutivas da pesquisa de mestrado construída, em um evento que reunia lideranças indígenas, membros do CONDISI, psicólogas e outros profissionais da rede de saúde indígena para discutir a respeito do acolhimento arbitrário de crianças indígenas, uma fala se tornou relevante de ser retomada aqui.

Após diversos apontamentos sobre a pesquisa apresentada, uma liderança Kaiowá e Guarani foi enfático ao dizer "aqui não existe saúde mental entre nós". Pode-se perceber, que ele destacava a insuficiência dessa categoria proveniente do mundo não indígena para expressar a integralidade da concepção de corpo e saúde para os Kaiowá e Guarani. É possível arriscar, que a construção de corpos leves tem relação direta com a produção de subjetividade perpassando pelos modos de ser.

▲ Práticas de cuidado

Em campo, durante a pesquisa para o mestrado, foram construídas informações relacionadas a práticas de cuidado que os Kaiowá e Guarani recorrem. A partir de um conjunto de relatos (Moretti, 2017, p.131), pode-se sugerir que o aconselhamento e o acolhimento por parte de figuras de mais prestígios, geralmente as mulheres mais velhas do grupo, é um recurso relacionado aos cuidados de saúde e saúde mental.

Isso vai ao encontro de Ferreira (2013) que discute sobre a importância das boas palavras entre os Guarani Mbyá, e o seu trabalho de construção de espaços de diálogos nas comunidades para o enfrentamento de problemas desencadeados pelo abuso de álcool. Cabe destacar:



A 'boa palavra' é reconhecida não necessariamente pelo conteúdo do discurso daqueles que empregam, mas sim pela entonação (...). Para os Mbyá as palavras dos *xondaro marāngatu* vêm através dos deuses e espíritos, são palavras movidas pelo amor, por isso são belas e fazem com que as comunidades acreditem e tenham esperança no trabalho realizado (Ferreira, 2013, p.200).

Portanto, apontar os caminhos conforme o modo de vida kaiowá e guarani parece ser uma forma de cuidado encontrada para enfrentar as dificuldades que surgem no contexto atual, decorrentes do uso excessivo de álcool, por exemplo, e é de responsabilidade dos rezadores e rezadoras mais velhos. *Ñe'e Porã*, as palavras bonitas e sábias dos mais velhos, buscam orientar a vida social por meio dos saberes advindos das entidades e ancestrais, com os quais dialogam.

As rezas e cantos também se constituem como elementos que compõem as práticas de cuidado e cura a que os Kaiowá recorrem para enfrentar problemas que afetam sua saúde. Não só as prescrições necessárias para atingir um corpo leve, também é preciso utilizar de prescrições pautadas em rezas curativas, restrições alimentares sempre que o corpo aponta para períodos de desordem, como na primeira menstruação das meninas, pós-parto e gravidez, para manter-se em contato com bons espíritos.

A *Ñandesy kaiowa* contou sobre o ñevanga, um conjunto de rezas e prescrições, realizado para diversas condições de enfermidades. Realizado por um período de dias, é preciso rezar ao amanhecer e ao entardecer, acompanhado por prescrições alimentares e de reclusão. Por fim, é preciso que a rezadora ou rezador, encontre-se com o espírito que está se afastando da pessoa enferma para que ele retorne ao corpo, deixando-o sadio novamente. Esta *Ñandesy* relatou que muitas vezes isso se dá por meio de sonhos, e narrou diversas vezes que recorreu a essas práticas curativas, onde algumas vezes o cuidado foi bem-sucedido e outras nem tanto.

Esse fato, permite preponderar sobre algo central a respeito da produção de cuidado entre os Kaiowá. A cura e os processos curativos, estão inseridos em uma rede de relações, permeadas pelo contexto histórico e social, onde vai estar localizada a questão da eficácia ou não do itinerário proposto. Essa questão ainda precisa ser definida em campo, o que se pretende com o andamento da pesquisa no doutorado²².

Esse processo de cura e outros característicos são descritos pelos Kaiowá e Guarani como um esfriamento do corpo. Os períodos de desordem e doenças produzem calor, e precisa ser esfriado por meio das rezas e cantos. Montardo (2002) explica que:

O frio possibilita a germinação, pois no inverno se planta para comer no verão. Há uma associação da brabeza e da raiva com o calor, e da temperança e da alegria com o frio. Os rituais, a música e a dança associados a dietas operam a transformação do quente em frio (Montardo, 2002, p. 231).

22 - O projeto de pesquisa de doutorado, em andamento (2018 - 2021), em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo é sobre formas coletivas de produção de cuidado entre os Kaiowá, buscará caracterizar melhor questões que cercam esse texto.

Importante notar a oposição entre o quente e o frio. Foi descrito por Seraguza (2013, p. 92) “um estado de desordem”, o *tekoaku*, relacionado com os períodos de crise na vida das pessoas. *Aku* “refere-se ao calor, à sensação de estar quente, ao bravo, ao violento e aos momentos de crise”. Esse período é vivenciado nas modalidades de transformação do corpo dos Kaiowá e Guarani, como por exemplo o nascimento, a primeira menstruação e a mudança de voz.

É preciso seguir as prescrições de modo a evitar ser levado pelos seres sobrenaturais ao “excesso, à superabundância produtora do Outro” (Seraguza, 2013, p.91). Para a antropóloga, é preciso “percebê-lo como um estado que comporta a potência da superabundância, da alteridade, o momento que permite a emergência do excesso na vida social Kaiowá e Guarani” (Seraguza, 2013, p.92). Deve-se seguir as prescrições nestes períodos para não perder as características da humanidade, nesse momento de vulnerabilidade a maus espíritos, sendo levado ao excesso.

Mura e Silva (2012) consideram a respeito da relação entre saúde, doença e a produção de cuidado entre os Kaiowá e Guarani:

Este tipo de concepção de saúde e de doença leva os *Kaiowa* a estabelecer uma hierarquia entre a cura espiritual e os cuidados destinados ao corpo. Tal hierarquia se reflete no processo de cura, determinando itinerários de cura específicos, com a distribuição de competências bem determinadas entre diferentes operadores médicos - sejam eles inscritos na tradição de conhecimento indígena, sejam procedentes da tradição popular paraguaia e fronteiriça, ou ainda da medicina ocidental. A lógica da estabilidade/instabilidade da alma é, por sua vez, vinculada ao binômio *ro’y/aku* (frio/quente), onde a prática de cura é interpretada como processo de esfriamento (*omboro’y*) (Mura & Silva, 2012, p.143).

Nesse sentido, é possível entender a relação da concepção de saúde com a produção de corpos entre os Kaiowá e Guarani, pois os cuidados de ordem espiritual são de extrema importância, estabelecendo uma hierarquia com os cuidados com o corpo. Além disso, também fica evidente que os Kaiowá sabem exatamente quais caminhos devem ser percorridos perante a cada enfermidade, lançando mão das técnicas de cura tanto do mundo indígena, quanto do mundo não indígena.

Já no início de construção de pesquisa do doutorado, a *Ñandesy* revelou, durante a participação em um evento, um pouco sobre a sua percepção a respeito do trabalho da psicologia vinculado a instituições que atuam com os grupos indígenas. Para ela, as psicólogas e os psicólogos aparecem nos momentos difíceis e muitas das vezes, podem estar associados a fatos considerados problemáticos, como por exemplo, o acolhimento arbitrário de crianças por parte dessas instituições. Além disso, o encaminhamento para intervenções pautadas na medicalização também foi apontado como um aspecto ruim dessa relação com a psicologia.

Com os elementos apresentados aqui, foi possível perceber elementos da relação entre concepções de saúde distintas; a biomédica, que pauta a política de saúde



indígena; e a concepção de saúde dos Kaiowá. Questões decorrentes do contato com a sociedade hegemônica podem ter suas soluções na medicina ocidental (gripe, tuberculose e sarampo). Por outro lado, e ao mesmo tempo, determinados elementos, não só de ordem espiritual, vão encontrar respostas nos conhecimentos kaiowá. Corroboram com essa ideia alguns relatos sobre a ida de pessoas aos hospitais, as quais retornaram não recuperadas, sugerindo a necessidade de um diálogo complementar entre esses saberes, visando alcançar uma saúde plena.

É importante aqui, compreender as relações produzidas no encontro desses dois sistemas de conhecimentos e práticas e entender que a chegada da colonização e as mudanças ocasionadas, trazem novos elementos que têm relação com a saúde dos Kaiowá. Os serviços de saúde indígena, embora desorganizados e esporádicos naqueles momentos, contribuíram para a sobrevivência de muitas famílias que enfrentavam problemas graves de saúde. Porém, por outro lado, vale notar que na versão dos Kaiowá, a chegada do não indígena e os seus operadores médicos, pode ser vista como um processo que interrompe sua forma de vida ideal e autonomia, sendo a dependência a serviços de saúde do Estado, um dos elementos que compõe o processo de confinamento.

Além disso, o repasse da Saúde Indígena por parte do Estado para organizações e instituições do terceiro setor, pode permitir o uso desta política pública para a normatização e o controle do modo de vida dos Kaiowá e Guarani, como o expresso neste trabalho.

(...) o Estado define o que são as medicinas, as práticas, as parteiras, o conhecimento, os povos e as comunidades tradicionais, assim como o que é ser índio, e o que é medicina tradicional indígena. Isso porque as políticas públicas, não raramente, são elaboradas a partir da fantasia da diferença colonial, que ao mesmo tempo reforça e subordina os grupos sociais, obrigando-os a imitar aquelas imagens fantasmáticas da civilidade ou da cidadania. Assim, o Estado cria categorias para discriminar e mapear as populações submetidas ao seu poder administrativo (Ferreira, 2013, p.69)

Nesse sentido, a saúde indígena mesmo com o seu papel histórico na garantia da vida de famílias indígenas, deve ser entendida como uma concepção biomédica adotada pelo Estado, que tem como consequência, transformações nos sistemas de conhecimentos indígenas, no caso, os Kaiowá e Guarani. Portanto, essa política pública deve buscar abranger esses conhecimentos e práticas de forma a garantir a atenção diferenciada preconizada.

Torna-se pertinente, retomar uma fala de liderança da Reserva Indígena de Dourados: *“é preciso que os Kaiowá e Guarani tenham a dipirona e a casca de árvore. Deve caber a nós decidir quando usar um e quando usar o outro, sempre respeitando nossa cultura e nossa forma de ver a saúde”*. Aqui, emerge uma questão central a respeito da forma como percebem o subsistema de saúde indígena, expressando a necessidade da autonomia decisória dos processos de saúde adotados.

A liderança está chamando atenção para esse processo de encontro de práticas, para que não se opere por meio da lógica da dominação e da normatização. É preciso

reconhecer os conhecimentos e as práticas produzidas pelos Kaiowá nesse contexto de encontro de percepções, onde novos elementos adentram seus cotidianos como as doenças e remédios dos não indígenas, indo ao sentido de garantir a sua autonomia decisória, central para se alcançar a atenção diferenciada, direito dos povos indígenas.

Por fim, a organização atual da saúde indígena, apesar de suas diferentes versões, pode se constituir como um espaço de diálogo conforme a participação social preconizada pela política nacional, indo ao sentido de construir uma interculturalidade de fato, relativizando os saberes biomédicos.

▲ Considerações Finais

Seguindo a proposta do texto sobre relações produzidas historicamente entre conhecimentos e concepções kaiowá e a constituição da política de saúde indígena, foram apresentadas brevemente informações sobre as características desse encontro, do contexto da região, da atuação das equipes de saúde indígena e resultados provenientes do trabalho de campo construído em conjunto com os Kaiowá, que podem contribuir com a atuação da psicologia nestes contextos.

A partir do apresentado aqui, pode-se considerar que a saúde indígena foi de grande importância para a garantia de vida de muitas famílias kaiowá e guarani, porém, também é fonte de diversas transformações sociais vivenciadas por esses grupos. O subsistema de saúde indígena foi expresso como uma forma de “limitar a autonomia” dessas pessoas, se tornando necessário perante as novas doenças e questões que chegavam com o contato com os não indígenas, criando uma condição de dependência as poucas políticas do Estado.

É possível perceber que os Kaiowá e Guarani produzem cuidado por meio de seus conhecimentos, como foi apresentado sobre o *ñevanga*, a prática antiga das parteras, entre outras citadas no texto. Os processos de cura e saúde, utilizando-se de plantas, cantos e rituais, são narrados como um processo de esfriamento, já que as doenças e desordens são produtoras de calor, são quentes, algo considerado ruim em sua perspectiva. Estas práticas, tem relação direta com as concepções de saúde e doença para esse grupo étnico e está pautada na integralidade da produção de corpos, o qual deve ser ‘leve’.

Pensando nas transformações sociais ocasionadas pela vida em reserva, onde novas questões surgem, não é diferente com a saúde; surgem também novas doenças, remédios e agentes no cotidiano desses grupos. De certa forma, podem expressar o movimento da vida característico, onde concepções e práticas se transformam na relação entre esses mundos de conhecimentos. A concepção biomédica de saúde adotada pelo Estado, gera transformações na organização social e no modo de vida que devem ser entendidas nas discussões sobre a área da saúde indígena.

Foi possível observar que o trabalho das psicólogas e psicólogos é entendido pelos Kaiowá como algo adverso, muito em conta da delimitação da política de saúde mental indígena, focada em um modelo biomédico e pautada no encaminhamento



para a medicalização. Nesse sentido, são necessárias pesquisas de psicologia e saúde mental a partir de outros olhares, que colaborem com a construção de outras relações entre essas áreas do conhecimento ocidental e os coletivos indígenas do Brasil, a fim de contribuir com as lutas dessas pessoas. Por fim, pode-se considerar, que a saúde indígena possui a potência de se constituir como um espaço de construção de boas relações e trocas entre os campos biomédico e tradicional, promovendo a autonomia decisória dos Kaiowá a respeito dos encaminhamentos nesta área, lançando mão de diferentes práticas e conhecimentos.

▲ Referências

Brand, A.J. (1997). **O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiowá/guarani: os difíceis caminhos da palavra**. Tese de Doutorado em História. Porto Alegre: PUC-RS.

Brasil. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm

Brasil. (2016). Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Estudos Etnográficos sobre o Programa Bolsa Família entre povos indígenas**.

Oliveira, R.C. (1996). O trabalho do Antropólogo: Olhar, ouvir e escrever. **Revista de Antropologia**, v. 39 n° 1, USP.

Centro de Trabalho Indigenista (CTI). (2008). Situação dos Detentos Indígenas do Estado de Mato Grosso do Sul (1ª ed.).

Chaves, M.B.G; Cardoso, A.M & Ferreira, S.M.B. (2013). Problemas relacionados ao uso de álcool entre indígenas Guarani no Estado do Rio de Janeiro: uma experiência de abordagem terapêutica integrada. In: Souza, M.L.P (Org.). **Processos de Alcoolização Indígena no Brasil: perspectivas plurais**. Fiocruz.

Crespe, A.C.L. (2015). **Mobilidade e temporalidade Kaiowá: do tekoha à reserva, do tekoharã ao tekoha**. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal da Grande Dourados.

Ferreira, L.O. (2013). **Medicinas indígenas e as Políticas de Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas**. Fiocruz.

FUNASA. (2002). Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas. Brasília. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/politica_saude_indigena.pdf

Garnelo, L. (2012). Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: Pontes, AL & Garnelo, L (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. SECADI MEC, Vol. 1, Cap. 1 pp. 18-59.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010.
ISA. (2017). Instituto Socioambiental. **Povos Indígenas no Brasil**. <https://pib.socioambiental.org/pt>.

Mapa Guarani Continental. (2016). **Povos Guarani na Argentina, Bolívia, Brasil e Paraguai**. Equipe Mapa Guarani Continental (EMGC): Campo Grande.

Meliá, B; Grünberg, G & Grünberg, F. (1976). **Los Paĩ-Tavyterã: Etnografía guaraní del Paraguay contemporáneo**. Asunción: Centro de Estudios Antropológicos de la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.

Montardo, DLO. (2002). **Através do Mbaraka: Música e Xamanismo Guarani**. Tese de doutorado em Antropologia Social, São Paulo: USP.

Moretti, LL. (2017). **Modos de beber em áreas indígenas no Mato Grosso do Sul: aproximações entre a psicologia social e perspectivas kaiowá e guarani**. Dissertação de mestrado em Psicologia Social, PUC/SP, São Paulo/SP.

Mura, F & Silva, AB. (2012). Tradição de conhecimento processos experienciais e práticas de cura entre os Kaiowá. In: Pontes, AL & Garnelo, L (Orgs.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI.

Neves, V.F.A. (2006). Pesquisa-ação e etnografia: caminhos cruzados. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 1, n. 1, São João Del-Re.

Palheta, R.P. (2015). **Política indigenista de saúde no Brasil**. Cortez.

Pereira, L.M. (2016). **Os Kaiowá em Mato Grosso do Sul: módulos organizacionais e humanização do espaço habitado**. Editora UFGD.

Pereira, L.M. (2004). **Imagens kaiowá do sistema social e seu entorno**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de São Paulo.

Pimentel, S.K. (2015). Aty Guasu, as grandes assembleias kaiowa e guarani: Os indígenas de Mato Grosso do Sul e a luta pela redemocratização do país. In: Chamorro, G & Combès, I. (Orgs.) **Povos indígenas em Mato Grosso do Sul: cultura e transformações sociais**. Editora UFGD.

Pschisky, C.O.M. (2014). **Os sistemas de atenção à saúde dos Kaiowá e Guarani em Mato Grosso do Sul: da assistência esporádica à assistência sistemática** (1910 a 2013). Dissertação de mestrado em Antropologia, UFGD.

Santos, R.V; Cardoso, A. M., Garnelo, L. Coimbra Junior, C.E.A & Chaves, M.B.G. (2008). Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: Giovannella, L; Escorel, S; Lobato, L; Noronha, J & Carvalho, AI. (Orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Fiocruz.

Seraguza, L. (2013). **Cosmos, corpos e mulheres kaiowá e guarani: de ãña à kuña**. Dissertação de mestrado em Antropologia, UFGD.

Silveira, N.H. (2018). Equipamentos de saúde e processos de atenção: Tópicos para pensar ações do Estado voltadas aos povos indígenas. **Revista Anuário Antropológico**. v.43. n.1. pp.197-222, UnB.

Vietta, K. (2003). "Pastor dá conselho bom": missões evangélicas e igrejas neopentecostais entre os Kaiowá e os Guarani em Mato Grosso do Sul. **Revista Tellus**, ano 3, n. 4, pp. 109-135. UCDB.

Conhecimento de mulheres indígenas da etnia Javaé quanto à importância do exame de prevenção do câncer de colo uterino²³

12

Wanderlene Bixoa Javae
Juliana Maria Barbosa Bertho de Oliveira
Ângela Lima Pereira

Introdução

Dados estatísticos apresentados pela Organização Mundial da Saúde - OMS e pelo Instituto do Câncer - INCA, acerca da problemática do câncer, confirmam que a doença representa um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A estimativa de incidência do câncer de colo uterino (CCU) para cada ano do triênio 2020-2022, no Brasil, e suas respectivas taxas brutas e ajustadas, por 100 mil habitantes, é de 16.590 novos casos por Estado, com taxas de 15,43 e 12,60 respectivamente; e 4.180 novos casos por Capital, com taxas de 16,55 e 10,13 respectivamente. Excluindo os tumores de pele do tipo não melanoma, o CCU representa o tipo de câncer mais incidente na Região Norte do Brasil, e o sexto mais incidente no mundo (INCA, 2019). Considerando exclusivamente a população feminina, em 2018 o CCU representou o quarto principal tipo de câncer no Brasil, com elevada taxa de mortalidade (WHO, 2019).

Importante destacar que o CCU tem origem em lesões precursoras que geralmente são curáveis, associadas a infecções persistentes e anormalidades epiteliais. Embora alguns casos possam regredir espontaneamente, a probabilidade de evoluir justifica a necessidade de tratamento. Para tanto, torna-se imprescindível o rastreamento adequado, que inclui a realização periódica do exame citopatológico, identificação de casos positivos (de lesões precursoras ou de câncer), diagnóstico e tratamento (INCA, 2016).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil instituiu, como umas das medidas preventivas, a vacinação gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS) contra o HPV para

23 - Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins - UFT, defendido pela autora principal, realizado em parceria com as demais autoras.

meninas com idades de 9 a 14 anos, 11 meses e 29 dias, e para os meninos com idades de 11 a 14 anos, 11 meses e 29 dias. É previsto que até 2020, a vacina seja disponibilizada para meninos a partir de 9 anos de idade até os 14 anos, 11 meses e 29 dias (Brasil, 2017). Há dois tipos de vacinas aprovadas e comercializadas no Brasil, a bivalente, que confere proteção contra os tipos oncogênicos 16 e 18, e a quadrivalente, que protege contra os tipos não oncogênicos 6 e 11, e contra os tipos oncogênicos 16 e 18 (Brasil, 2013a). Esta última é disponibilizada pelo SUS, mas não exclui a necessidade de rastreamento, mesmo para as mulheres que tenham sido vacinas na infância (Brasil, 2018).

Os tipos de HPVs 16 e 18 estão entre os mais comumente identificados em casos de CCU, sendo considerados de alto risco oncogênico; são responsáveis por cerca de 70% dos casos de CCU, e o HPV 16 está associado a aproximadamente 50% de CCU em todo o mundo. Ainda, os tipos de HPVs 6 e 11 estão associados a alta ocorrência de verrugas anogenitais, alcançando a taxa de 90% (Brasil, 2018). Esses dados reforçam a importância da vacinação como estratégia de prevenção da doença, assim como do rastreamento adequado visando intervenção precoce.

A vacina quadrivalente também é disponibilizada pelo SUS nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), para homens e mulheres em situações específicas, com comprovação médica. Assim, é necessário estar na faixa etária entre nove e vinte e seis anos e diagnóstico de HIV/Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) ou câncer. Ainda, ter sido submetido a transplantes de órgãos sólidos, de medula óssea (Brasil, 2017).

Além das infecções persistentes pelo HPV, outros fatores de riscos estão comprovadamente associados ao desenvolvimento do CCU, sendo importante identificá-los visando intervenção e prevenção de complicações. Entre os fatores reprodutivos e sexuais, são citados: sexarcar precoce, multiparidade, multiplicidade de parceiros, gravidez a termo, e uso de contraceptivos orais. Coinfecção por agentes infecciosos, especialmente HIV e Chlamydia trachomatis. Problemas nutricionais, especificamente obesidade e baixa ingestão de vitaminas. Ainda, o tabagismo, e sensibilidade genética (Barasuol & Schmidt, 2014; Momenimovahed & Salehiniya, 2017).

O CCU é passível de cura por meio de diferentes modalidades de tratamento, que dependerá do nível de evolução da doença. Dentre as possibilidades terapêuticas podem ser citadas a cirurgia, a quimioterapia, e a radioterapia (Frigo & Zambarda, 2015). De maneira que, quanto mais precocemente for diagnosticada a doença, maiores são as chances de cura.

Certamente, a doença e os efeitos do seu tratamento acarretam importantes repercussões na vida das mulheres, podendo comprometer de diferentes formas o seu bem-estar e a qualidade de vida. Como já mencionado anteriormente, no Brasil, as altas taxas de prevalência e mortalidade por CCU têm sido impactantes, especialmente entre as mu-

Iheres desfavorecidas economicamente e socialmente (Casarin & Piccoli, 2011). Assim, os aspectos que envolvem o processo de prevenção e tratamento da doença precisam ser discutidos considerando-se todas as comunidades do país, mas, sobretudo, as mais vulneráveis do ponto de vista econômico e social, tal qual a comunidade indígena.

De acordo com o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena brasileira é de 817.963, tendo sido identificadas 305 etnias e reconhecidos 274 idiomas (FUNAI, 2019; IBGE 2010). Estudos alertam que as mudanças no estilo de vida dos povos indígenas têm gerado problemas de saúde à essa população, tais como hipertensão arterial, o diabetes, alcoolismo, e o câncer (Honaiser et al., 2010). Diferentes fatores precisam ser analisados visando compreender tais mudanças, assim como o reflexo na saúde/doença desses povos. Entre os diferentes planos de investigação e análise, está o contato da população indígena com a não indígena, que podem resultar em ialanawi idzmikathi, "doenças de branco" (Garnelo & Buchillet, 2006).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de atenção à saúde dos povos indígenas, as mulheres indígenas ainda formam, reconhecidamente, uma população vulnerável devido a sua condição histórica e social. Embora necessitem de atenção especial quanto a ações de prevenção e controle de doenças, ainda tem pouco acesso a programas de saúde preventivos (Neto Nunes & Silva, 2014).

A vulnerabilidade deve-se, ainda, às barreiras de acesso à rede de saúde, que vão desde a insuficiência de serviços, à privação por questões culturais, como medo, desconsideração de sintomas importantes e preconceito. Entre os fatores de risco para o CCU, comumente encontrados nesta população, estão a multiplicidade de parceiros, a história de infecções sexualmente transmissíveis, a idade precoce da sexarca e a multiparidade (Casarin & Piccoli, 2011).

Em estudo de Rodrigues et al (2014) que objetivou analisar a prevalência das atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano em mulheres indígenas do Paraná, com idades acima de 12 anos, no período de 2006 a 2007, foi identificado que 10,7% das mulheres apresentaram alterações citológicas e 28,6% estavam infectadas pelo HPV de alto risco oncogênico. Dessas, 41,7% foram positivas para um ou mais dos tipos de HPV de alto risco dos genótipos 16, 18 ou 45, e a maioria (58,3%) para outros tipos de HPV de alto risco. Concluindo que a referida população se mostrou susceptível ao desenvolvimento das lesões precursoras do CCU. Outro estudo epidemiológico, realizado por meio de análise de prontuários de pacientes indígenas em um hospital de referência no Pará, revelou que o CCU foi o tipo de câncer mais encontrado (48,93%), acometendo 76,69% das indígenas adultas investigadas (Nascimento et al., 2015).

Diante da magnitude epidemiológica dessa afecção, é necessário o aprimoramento das políticas públicas de saúde para que alcancem efetivamente a população indígena, com implantação de programas de prevenção e detecção das lesões precursoras do câncer em sua fase inicial, assim como, ampliação da acessibilidade aos serviços



e melhorias na qualidade da assistência prestada a essa população (Anjos et al., 2010).

Estudos epidemiológicos que investiguem a problemática do CCU na população indígena ainda são escassos. Estudos dessa natureza podem servir de base para elaboração de programas de saúde que melhor atendam às populações indígenas, mantendo o respeito às crenças e saberes, cooperando para melhorias na qualidade de vida e redução da ocorrência da doença (Neto Nunes & Silva, 2014). Nesse contexto, o presente estudo teve o objetivo de investigar o conhecimento de mulheres indígenas da etnia Javaé sobre o câncer de colo uterino e sua prevenção.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado na Aldeia Canuanã, localizada na Ilha do Bananal, no município de Formoso do Araguaia, Estado do Tocantins, Brasil. Estando distância 258 km de Palmas, capital do Estado, é considerada a maior ilha fluvial do mundo (ISA, 2019).

A população do estudo constou de mulheres da etnia Javaé, pertencentes a aldeia Canuanã. A população indígena Javaé possui o total de 1.542 pessoas (IBGE, 2019), sendo que 423 residem na Aldeia Canuanã (IBGE 2013b). A amostra, por conveniência, incluiu 50 mulheres Javaés, representando 12% da população total. Os critérios de inclusão foram: ser mulher com idade entre 25 anos e 64 anos, residir na Aldeia Canuanã, ser capaz de responder à entrevista (orientada auto e alopsiquicamente), e autorizar sua participação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A escolha do local se deu pela proximidade geográfica entre a Aldeia e a cidade sede da instituição proponente do estudo, facilitando o acesso pelos pesquisadores. E a escolha da população de estudo foi determinada pela fluência, de uma das pesquisadoras, no idioma “iny rybè” falado pelo povo Javaé, favorecendo a comunicação adequada.

A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre os meses de maio a junho de 2016, no domicílio das participantes. Para tanto, foi solicitada autorização ao Cacique da Aldeia Canuanã, para realizar visitas domiciliares e convite às mulheres que estavam dentro da faixa etária alvo, para participação no estudo. Respeitando a cultura indígena do povo Javaé e a língua iny rybè, foi realizada uma explanação sobre a pesquisa, assim como, leitura conjunta do TCLE, e solicitado consentimento formal com assinatura do TCLE em duas vias, sendo entregue uma via à participante do estudo. Posteriormente, foi realizada entrevista com auxílio de um roteiro semi-estruturado na língua iny rybè.

O roteiro da entrevista constou, inicialmente, de questões que investigaram dados sociodemográficos da amostra do estudo. A segunda parte do roteiro investigou os seguintes hábitos de vida: consumo de bebida alcoólica, uso de contraceptivo oral, idade de início da vida sexual, se único parceiro ou mais de um parceiro

sexual. A terceira parte, investigou o conhecimento e as atitudes acerca do CCU: se sabe o que é câncer de colo uterino, fatores de risco, e os métodos preventivos. Se já realizou exame preventivo, e a frequência com que costuma realizar o exame. Caso não realize o exame, o motivo da não adesão. Ainda, foi investigado o meio pelo qual já recebeu informações acerca do CCU.

Os dados obtidos foram tabulados no software Microsoft Excel 2010® e, posteriormente, importados para o SPSS (Statistical Package for Social Science®), versão 17.0, onde foi realizada análise descritiva, com distribuição de frequência.

O projeto de pesquisa que deu origem ao estudo foi apreciado e aprovado pela FUNAI (Fundação Nacional do Índio), pela SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) em Palmas, Tocantins; e, posteriormente, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins (UFT) sob Parecer nº 1.473.895, sendo respeitados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 (Brasil, 2012).

▲ Resultados e Discussão

Na tabela 1 estão dispostos os dados socioeconômicos acerca da população de estudo. De maneira geral, fizeram parte do estudo 50 mulheres indígenas do povo Javaé, com idades entre 25 a 64 anos, com predomínio da faixa etária de 31 a 40 anos (30%). Em relação à situação conjugal, a maioria (80%) das mulheres eram casadas. O Ministério da Saúde recomenda a realização do exame preventivo para mulheres que já possuem vida sexual ativa, a partir de 25 anos até os 64 anos, passando a ser realizado a cada 3 anos, após dois exames consecutivos sem alterações. Para as mulheres acima de 64 anos, devem ser interrompidos após pelo menos 2 exames negativos consecutivos nos últimos 5 anos (Brasil, 2016).

Quanto à escolaridade, todas as mulheres indígenas possuíam algum nível de instrução formativa, e a maioria (46%) das indígenas referiu possuir o ensino fundamental II (5ª a 8ª série). Estudo que investigou as características sociodemográficas de indígenas por meio dos censos brasileiros de 2000 e 2010, verificou que mais de 70% dos indígenas da região norte do Brasil possuíam ensino fundamental incompleto (Bastos et al., 2017). Outro estudo, que investigou o perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, no Brasil, identificou que a maioria da população atendida possuía baixo nível de instrução (Nascimento et al., 2015).

A maioria das participantes (88%) se declarou do lar, mas chama atenção que 12% exercem atividades laborais fora do lar. Este dado revela mudanças históricas na configuração das relações familiares, sociais e de trabalho nos povos indígenas; na qual as mulheres têm rompido com os lugares tradicionalmente ocupados nas sociedades indígenas. É possível que, um dos fatores que contribuem para essa mudança esteja relacionado à preocupação das mulheres com suas famílias e comunidade, para que nada lhes falte (Silva, 2017). A renda familiar da maioria (88%) das mulheres e suas fa-



mílias era de apenas 1 salário mínimo, contribuindo para a situação de vulnerabilidade da população indígena.

Tabela 1- Descrição da condição socioeconômica de mulheres indígenas da etnia Javaé. Formoso do Araguaia, Tocantins, mai/jun 2016. (n=50)

Variáveis	Categoria	N	%
Idade	25 - 30	12	24
	31 - 40	15	30
	41 - 50	11	22
	51 - 64	12	24
Situação conjugal	Solteira	3	6
	Casada	40	80
	Viúva	7	14
Escolaridade	Fundamental I (1ª a 4ª série)	13	26
	Fundamental II (5ª a 8ª série)	23	46
	Médio (antigo 2º grau)	14	28
Ocupação	Dor lar	44	88
	Fora do lar	6	12
Renda Familiar	1 Salário mínimo	44	88
	Entre 2-3 salários mínimos	6	12
Total		50	100

Fonte: (*) Salário mínimo R\$ 880,00, mês de mai/jun 2016.

Dentre os fatores de risco para o CCU, o presente estudo o tabagismo, elitismo, uso de anticoncepção oral, idade da sexarca, e multiparidade (Tabela 2). Em relação a variável tabagismo, 40% das respostas foram afirmativas. O uso de tabaco tem sido apontado como principal causa externa do câncer, especialmente de pulmão, laringe, cavidade oral e esôfago, pela variedade de substâncias cancerígenas que atingem diretamente seus tecidos, mas também exerce importante papel no CCU (INCA, 2016).

Quanto ao uso de bebida alcóolica, 60% informou não ser etilista, porém, não se pode desconsiderar a população de etilista. Isso porque, ainda que não seja descrito como fator de risco preponderante para o CCU, o etilismo está associado a hábitos de vida não saudáveis. O consumo de álcool pode contribuir para o aumento da adiposidade corporal (Silva et al., 2011), prática sexual sem uso de preservativo (Neves et al., 2017; Dallo & Martins, 2018) aumentando a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. Estes fatores se constituem em risco para o desenvolvimento de CCU.

O uso prolongado de anticoncepcional oral foi afirmativo para 34% das indígenas. Embora haja uma controvérsia quanto a relação do uso de anticoncepcional e a ocorrência de CCU (Silva et al., 2015), há diversas evidências que apontam tal relação (Barasuol & Schmidt, 2014; Silva et al., 2015; Momenimovahed & Salehiniya, 2017).

A sexarca precoce, ou seja, primeira relação sexual precoce, também é considerado como um dos principais fatores de risco relacionado ao desenvolvimento do CCU

(Barasuol & Schmidt, 2014; Momenimovahed & Salehiniya, 2017). No presente estudo, 56% das mulheres relataram não lembrar sua idade quando do início de sua vida sexual; enquanto 32% relataram ter iniciado a vida sexual entre 11 e 15 anos de idade. Para a cultura indígena o significado da sexarca precoce também está relacionado ao desejo dos avós em desejarem ver os netos antes de morrer. Quanto mais cedo se dá o início da vida sexual, mais precocemente estarão expostas ao risco de contato com o papiloma vírus humano (HPV), que desempenha papel central na patogênese dos cânceres de colo uterino (Barasuol & Schmidt, 2014; Momenimovahed & Salehiniya, 2017).

Em relação à quantidade de parceiros sexuais, 90% informou ter tido mais de um parceiro até a realização desse estudo. A multiplicidade de parceiros sexuais também é considerada aspecto relevante para o CCU, por ampliar possibilidades de contágio por doenças sexualmente transmissíveis, e consequentes lesões precursoras do CCU (INCA, 2016; Barasuol & Schmidt, 2014; Momenimovahed & Salehiniya, 2017).

Tabela 2 - Fatores de risco referente ao câncer de colo do útero de mulheres indígena da etnia Javaé. Formoso do Araguaia, Tocantins, 2016 (n=50)

Variáveis	Categoria	N	%
Fumante	Sim	20	40
	Não	30	60
Uso de bebida alcoólica	Sim	20	40
	Não	30	60
Uso de anticoncepcional oral	Sim	17	34
	Não	33	66
Idade da sexarca	Entre 11 aos 15 anos	16	32
	Entre 17 aos 20 anos	6	12
	Não lembra	28	56
Mais de um parceiro sexual	Sim	45	90
	Não	5	10
Total		50	100

Nas ações de saúde nos diversos níveis de atenção, principalmente preventivas, é importante o conhecimento da população alvo sobre as principais doenças que podem acometê-las. O presente estudo identificou que 60% das mulheres da etnia Javaé não sabem o que é o câncer de colo do útero, 100% desconhecem os fatores de risco para a doença, bem como as complicações da doença. Porém, 40% relataram conhecer modalidades de prevenção do CCU (Tabela 3).

Quanto à prática de medidas preventivas, 68% das mulheres relataram já ter realizado exame preventivo, sendo que destas, 40% relataram prática de exame uma vez ao ano, 30% ter realizado há mais de um ano, e 30% não se lembrar quando realizou o preventivo. O rastreamento a partir da citologia cervical e/ou exame de Papanicolaou é considerado um dos métodos mais importantes para prevenção da doença (INCA, 2016). De maneira que, tais dados reforçam a importância de profis-



sionais que se ocupam da saúde da população Javaé intensificarem medidas preventivas de CCU, nas quais está incluída a educação em saúde.

O estudo de Silva e Silva (2012) que investigou o conhecimento, a atitude e a prática sobre a prevenção do CCU em mulheres não indígenas no Brasil, considerou que há falhas no processo de conhecimento acerca do CCU, que reflete diretamente na prática. Também que profissionais de saúde necessitam fornecer maiores informações, especialmente quanto às medidas preventivas e benefícios do exame Papanicolau, visando facilitar o acesso às mulheres.

Momentos oportunos para os profissionais realizarem educação em saúde, são a avaliação clínica, o período de preparo para coleta de material para exame preventivo e durante o exame em si. O ensino em saúde favorece o aumento do conhecimento necessário à tomada de decisões e atitudes mais saudáveis, e minimizar dúvidas e ansiedade associadas ao exame e ao CCU. Para tanto, necessário se faz que os profissionais sejam capacitados, e possuam habilidades específicas para o desenvolvimento de estratégias que visem diminuir as barreiras e preconceitos que envolvem a consulta ginecológica (Souza & Costa, 2015).

Tabela 3 - Conhecimentos e atitudes frente ao câncer de colo de útero e sua prevenção, de mulheres indígena da etnia Javaé. Formoso do Araguaia, Tocantins, 2016. (n=50)

Variáveis	Categoria	N	%
Sabe o que é Câncer de colo de útero	Sim	20	40
	Não	30	60
Conhece os fatores de risco do CCU	Sim	00	00
	Não	50	100
Conhece complicações decorrentes do CCU	Sim	00	00
	Não	50	100
Sabe informar meios de prevenção do CCU	Sim	20	40
	Não	30	60
Conhece o exame de prevenção (Papanicolau)	Sim	30	60
	Não	20	40
Já fez o exame de prevenção (Papanicolau)	Sim	34	68
	Não	16	32
Se realizou o exame, qual a frequência	Uma vez ao ano	20	40
	Mais de uma vez ao ano	15	30
Ano do último exame de prevenção	Não lembra	15	30
	2015	17	34
	2014	10	20
	Antes de 2014	9	18
Qual o motivo da realização do exame	Não lembra	14	28
	Prevenir o CCU	20	40
Sente dor durante a relação sexual	Não sabe	30	60
	Sim	2	4
Sente dor durante a relação sexual	Não	48	96
	Total	50	100

As mulheres foram questionadas quanto ao meio pelo qual adquiriram informações acerca do exame preventivo, sendo que 40% das mulheres relataram ter recebido informações por profissional técnico de enfermagem, 30% por enfermeiro, agente de saúde indígena (ASI) 6%; nenhuma das entrevistadas citou o profissional médico. (Tabela 4). Esse dado evidencia a participação da equipe de enfermagem em ações de educação em saúde junto à comunidade, como atividade inerente à profissão, sendo uma característica que permeia o trabalho desses profissionais ao longo da história das profissões (Roecker; Budo & Marcon, 2012). Por outro lado, a identificação de um percentual de mulheres que não receberam qualquer informação acerca do CCU é preocupante, assim como a pouca informação proveniente do ASI que está em contato direto e frequente com a comunidade, visto que a falta de conhecimento aumenta a vulnerabilidade à doença. Além disso, evidencia uma falha na cobertura de estratégia de prevenção ao CCU.

É considerável ainda que 56% das mulheres indígenas relataram ter recebido incentivo para realizar o exame, sendo que a maioria afirmou ter feito o exame pelo incentivo dos profissionais de saúde. Esse dado reforça a importância do papel do profissional de saúde na adesão da população às estratégias de saúde preventivas e de tratamento.

Tabela 4- Descrição de condições sobre os informes acerca do exame de prevenção nas mulheres indígenas da etnia Javaé. Formoso do Araguaia, Tocantins, 2016. (n=50)

Variáveis	Categoria	N	%
Quem informa você sobre o exame	Enfermeiros	15	30
	Técnico de Enfermagem	20	40
	Médico	0	00
	Agente Indígena de Saúde	3	6
	Televisão	2	4
	Não recebeu informações	10	20
Você recebe incentivo para realizar o exame?	Sim	28	56
	Não	22	44
Quem incentiva você para realizar o exame?	Profissionais de saúde	17	34
	Vontade própria	5	10
	Não receberam incentivo	28	56
Total		50	100

A literatura evidencia que o sentimento de vergonha pode ser atribuído ao sexo ou a sexualidade do profissional que irá realizar o exame, produzindo barreira de preconceito e desconfiança das mulheres indígenas, tanto na capacidade profissional, quanto em seus valores éticos (Santos & Sousa, 2013). Sobre os motivos que as levaram algumas mulheres a não realizarem o exame (Tabela 5), 50% destas disseram ter vergonha de expor o corpo, resultado que traduz principalmente a questão cultural e costumes locais.



Tabela 5 - Descrição de fatores que levam a não realização do exame de prevenção nas mulheres indígenas da etnia Javaé. Formoso do Araguaia, Tocantins, 2016. (n=50)

Variáveis	Categoria	N	%
Motivos de não realização do exame preventivo	Ausência de atenção à necessidade do exame	10	20
	Falta de tempo	8	16
	Vergonha de expor o corpo	25	50
	Medo	7	14
Total		50	100

Conclusões

O processo saúde-doença entre povos indígenas está diretamente relacionado aos fatores culturais, históricos e socioeconômicos vivenciados na em sua historicidade. Embora existam poucos estudos sobre o câncer de colo de útero em mulheres indígenas, os dados epidemiológicos são preocupantes sobre a incidência da doença neste grupo populacional, associado a fatores de riscos como a vulnerabilidade socioeconômica para acesso aos serviços de saúde, sexarca precoce e multiparidade, identificados neste estudo.

Certamente que não se pode interferir na cultura indígena, todavia esses dados sugerem reflexão acerca da necessidade de rastreamento adequado para CCU, junto a essa população, sendo associada às ações de educação e promoção da saúde, uma vez que a maioria das mulheres não soubera informar o que é o câncer de colo uterino, desconhecem os fatores de risco, meios de prevenção, bem como as complicações decorrentes do CCU, além de não estarem regulares com o exame Papanicolau.

Neste cenário temos a figura do agente indígena de saúde que produziu pouco conhecimento sobre CCU para as mulheres, de maneira que investimentos na capacitação desse profissional é imprescindível para o sucesso das ações de saúde junto à comunidade. Em contrapartida os técnicos em enfermagem e os enfermeiros foram os principais agentes de educação em saúde relacionada aos métodos preventivos do CCU, mas ainda assim a maioria das mulheres evidenciou déficit de conhecimento nessa área.

A vergonha de expor o corpo foi um aspecto que interferiu na adesão das mulheres para a realização do exame Papanicolau. Esse fator deve ser cuidadosamente observado quanto à abordagem da mulher indígena, tanto em ações de educação em saúde, quanto no atendimento direto à mulher em consultas e exames, visando o acolhimento adequado e quebras de barreiras que dificultam a adesão ao rastreamento do CCU.

Por fim os achados apontam para necessidade de modificações e adequação de políticas públicas de promoção, prevenção de saúde, detecção e tratamento pre-

coces de CCU entre indígenas, de forma que essas mulheres possam reconhecer a sintomatologia do câncer em suas fases iniciais.

▲ Referências

Anjos, S.J.S.B; Vasconcelos, C.T.M; Franco, E.F; Almeida, P.C & Pinheiro, A.K.B. Fatores de risco para câncer de colo do útero segundo resultados de IVA, citologia e cervicografia. **Rev. Esc. Enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 912-920, dez. 2010. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/08.pdf>.

Barasuol, M.E.C & Schmidt, D.B. (2014). Neoplasia do Colo do Útero e seus Fatores de Risco: Revisão Integrativa. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, jul/dez, vol.6, n.3, p. 238 - 153.

Bastos, J.L; Santos, R.V; Cruz, O.G; Longo, L.A.F.B & Silva, L.O. (2017). Características sociodemográficas de indígenas nos censos brasileiros de 2000 e 2010: uma abordagem comparativa. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, Sup 1, 17 p. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v33s1/1678-4464-csp-33-s1-e00085516.pdf

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - 2. ed. - Brasília : Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 114 p. http://www.citologiaclinica.org.br/site/pdf/documentos/diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-uterio_2016.pdf

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Guia Prático Sobre HPV**. Perguntas e Respostas. Brasília: Ministério da Saúde. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/07/Perguntas-e-respostas-HPV-.pdf>

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. **Informe técnico da ampliação da oferta das vacinas papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (recombinante) - vacina HPV quadrivalente e meningocócica C (conjugada)**. Brasília: Ministério da Saúde. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/14/Informe-T-cnico-HPV-MENINGITE.pdf>

Casarin, M.R. & Piccoli, J.CE. (2011). Educação em saúde para prevenção do câncer de colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciênc. Saúde Co-**



letiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3925-3932. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a29v16n9.pdf>

Dallo, L. & Martins, R.A. (2018). Associação entre as condutas de risco do uso de álcool e sexo desprotegido em adolescentes numa cidade do Sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 303-314, Jan.

Frigo, L.F & Zambarda, S.O. (2015). **Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento**. Cinergis, Santa Cruz do Sul (RS), v. 16, n. 3, p. 164-168. <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/6211/4554>

FUNAI - **Fundação Nacional do Índio**. Quem São. <http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/quem-sao>

Garnelo, L & Buchillet, D. (2006). Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (arawak) e desana (tukano oriental) do alto rio negro (Brasil). **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 12, n. 26, p. 231-260.

Honaiser, A; Lealdino, C.G; Bresan, D; Bonan, L.A; Ladika, M.B; Kühn, A.M & Silva, T.L. (2010). Ações de saúde da mulher em comunidades indígenas Kaingáng: vivências e expectativas. **Revista Unicentro**, s/v., s/n., p. 12-19, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010: população indígena**. <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias=-censo?busca1=&id3=&idnoticia2194=&t-censo-2010-poblacao-indigena-896-9-mil-tem-305-etnias-fala-274&view=noticia>

IIBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR) [cited 2009 feb 27]. **Indígenas**. <https://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/povos-etnias.html>.

INCA. (2019). Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. INCA.

INCA. (2016). Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. - 2. ed. **rev. atual**. INCA.

Momenimovahed, Z & Salehiniya, H. (2017). Incidence, mortality and risk factors of cervical cancer in the world. **Biomedical Research and Therapy**, v. 4, n. 12, p. 1795-1811. <http://www.bmrat.org/index.php/BMRAT/article/view/386>.

Nascimento, E; Rodrigues; Wanderley, A.V; Chalu-Pacheco, F; Almeida Júnior, R.C; Costa, DF; Pereira, GNL; Gomes, RCA; Bechara, MA & Pereira, JP. (2015). Perfil clínico e epidemiológico do câncer entre os índios do estado do Pará, Brasil. **Rev Bras Oncologia Clínica**, v. 11, n. 39, p.12-18. <https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/39/artigo1.pdf>

Neves, R.G; Wendt, A; Flores, T.R; Costa, C.S; Costa, F.S; Tovo-Rodrigues, L & Nunes, B.P. (2017). Simultaneidade de comportamentos de risco para infecções sexualmente transmissíveis em adolescentes brasileiros, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 3, p. 443-454. <https://www.scielo.br/pdf/ress/v26n3/2237-9622-ress-26-03-00443.pdf>

Neto Nunes, R.O & Silva, G.M. (2014). Saúde e qualidade de vida da mulher indígena: descrição de trabalhos realizados entre 2009 e 2013. **Unifia Rev Eletr**, s/v., s/n., p. 29-39. http://unifia.edu.br/revista_eletronica/revistas/saude_foco/artigos/ano2014/saude_indigena.pdf

ISA. Instituto Socioambiental. **Povos indígenas no Brasil: Javaé**. <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Javaé>

Rodrigues, D.A; Pereira, E.R; Oliveira, L.S.S; Speck, N.M.G & Gimeno, S.G.A. (2014). Prevalência de atipias citológicas e infecção pelo papilomavírus humano de alto risco em mulheres indígenas Panará, povo indígena do Brasil Central. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2587-2593. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202587&lng=pt&nrm=iso

Roecker, S; Budo, M.L.D & Marcon, S.S. (2012). Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso

Santos, U.M & Sousa, S.E.B.S. (2013). Papiloma vírus humano, câncer do colo uterino e papanicolaou: uma revisão de literatura. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat. Florianópolis, v. 6. n.3, p. 80-90. <http://revista.saude.sc.gov.br/index.php/inicio/article/view/188/225>

Silva, A.B.J; Oliveira, A.V.K; Silva, J.D; Quintaes, K.D; Fonseca, V.A.S & Nemer, A.S.A. (2011). **Relação entre consumo de bebidas alcoólicas por universitárias e adiposidade corporal**. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, p. 210-215.

Silva, M.R.B & Silva, L.G.P. (2012). O conhecimento, atitudes e proteção na prevenção do câncer uterino de uma unidade da zona oeste Rio de Janeiro. **Rev. pesquisa: cuidado é fundamental** online, v. 4, n. 3, p. 2483-2492.

Silva, P.T.B. (2017). **Processos de Empoderamento e Práticas de Sustentabilidade e Autogestão entre Professoras Pataxó no Território Kai-Pequi**. LIRA, v. 16. <https://jour>



nals.openedition.org/amerika/8122#quotation

Silva, R.T; Cruz, T.O; Conte, D; Scatola, F; Godoy, A.E.G & Bazzo, K.O. (2015). **Contra-ceptivos orais e hábito tabagista são fatores risco para lesões precursoras do câncer do colo uterino?** III Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha (FSG).p. 1275-1288. Caxias do Sul.

Souza, A.F & Costa, L.H.R. (2015). Conhecimento de Mulheres sobre HPV e Câncer do Colo do Útero após Consulta de Enfermagem. **Rev. Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 4, p. 343-350. http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/05-artigo-conhecimento-de-mulheres-sobre-hpv-e-cancer-do-colo-do-utero-apos-consulta-de-enfermagem.pdf

WHO. (2019). World Health Organization. **The Global Cancer Observatory**. Brazil. <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/76-brazil-fact-sheets.pdf>

Suicídio em povos indígenas no Brasil: dados epidemiológicos do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, fatores sócio-históricos e decoloniais

13

Fernando Pessoa de Albuquerque
Livia Dias Pinto Vitenti

Introdução

O objetivo do presente estudo é o de descrever o perfil epidemiológico dos óbitos por suicídio na população indígena assistida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena entre os anos de 2010 e 2017. Para obter um panorama abrangente da questão do suicídio e sua incidência entre determinados povos indígenas, e poder avaliar a amplitude desse fenômeno, deve-se examinar as variações das mortes autoprovocadas no tempo e localidade, segundo sexo, idade e outras variáveis.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que o suicídio está entre as 20 principais causas de morte. Ademais, a morte voluntária tem aumentado em todo o mundo (WHO, 2014), chegando a ocupar a terceira posição entre as principais causas de morte nas faixas etárias de 15 a 44 anos. Entre as populações mais atingidas pelo evento estão os povos indígenas, os quais têm apresentado maiores taxas de mortalidade por suicídio em diversos países, como, por exemplo, entre as populações nativas do Canadá, de Ilhéus no Pacífico Sul, Micronésia, Papua-Nova Guiné, Austrália, entre outros (Oliveira & Lotufo Neto, 2003).

Igualmente, há que se considerar que a questão do suicídio é complexa e envolve múltiplas esferas da vida. De forma pontual, o mesmo é definido pela Classificação Internacional de Doença (CID), como um óbito derivado de “lesões autoprovocadas intencionalmente” e relaciona-se etiológicamente com uma gama de fatores, que vão desde os de natureza sociológica, econômica, política, cultural, passando pelos psicológicos e psicopatológicos, até os genéticos e biológicos. Ademais, ao se considerar o fenômeno em contextos indígenas, estamos também lidando com outras definições de

vida, de morte, de organização social e política, além de relações de parentesco diferenciadas e cosmologias e sistemas de crença específicos.

A morte voluntária entre povos indígenas – como veremos nos dados apresentados – emerge como um problema de saúde que nos impõe diversos desafios, posto que esta forma de morrer interage com situações sociais e culturais específicas, podendo estar relacionadas a outras definições de vida, de morte, de organização social e política, além de relações de parentesco diferenciadas e cosmologias e sistemas de crença específicos. Tais elementos nos obrigam a sair de explicações simplistas e/ou unívocas, uma vez que alteram de forma importante a epidemiologia e a etiologia do fenômeno.

Ao voltarmos nossa atenção aos conceitos e concepções locais da experiência do suicídio, possibilitamos evidenciar aspectos singulares do evento, que será específico para cada povo ou localidade, a depender, ainda do histórico de contato com os colonizadores ou com as sociedades envolventes.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2017), a taxa de suicídio aumentou 12% entre 2011 e 2015, chegando a 5,7 óbitos por 100 mil habitantes, no Brasil, em 2015. Esse valor não representa uma alta mortalidade por suicídios em comparação a outros países, porém, existem grupos específicos com taxas de mortalidade significativas, como é o caso dos indígenas. Os dados mostram que os indígenas são os que mais cometem suicídio (15,2 óbitos/100 mil habitantes), quando comparados com brancos (5,9/100 mil habitantes) e negros (4,7/100 mil habitantes).

Finalmente, ao descrever o perfil epidemiológico das mortes por suicídio na população indígena assistida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – SUS (SasiSUS) entre os anos de 2010 e 2017, o que se propõe é que consideremos, para além dos dados estatísticos – que estão repletos de importância – a morte voluntária entre povos indígenas em sua notória complexidade. Em outras palavras, ao apontarmos que, em torno deste fenômeno multifacetado estão presentes aspectos que envolvem desde os estudos científicos sobre o tema, a vigilância em saúde, a elaboração de políticas públicas de enfrentamento à situação, a divulgação de informações sobre o assunto na mídia, o processo de elaboração do luto individual, familiar e comunitário entre sobreviventes, perspectivas culturais e situações socioeconômicas envolvidas com o evento, entre muitos outros, o que provocamos é uma discussão que ampliará não só a visão sobre o evento, como também as pistas de prevenção do suicídio e de promoção do bem-estar.

Deve-se lembrar que a atenção primária ofertada aos povos que vivem em terras indígenas, se organiza através do Subsistema de Atenção à Saúde dos povos indígenas (SASISUS), estruturado a partir de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que seguem a lógica de distribuição e ocupação do território das etnias que atendem e devem, conforme os princípios da Política Nacional de Atenção Integral aos Povos Indígenas (Brasil, 2002), oferecer atenção diferenciada à saúde, respeitando e reconhecendo as práticas tradicionais de cuidado desses povos. Os

34 DSEI e o SASISUS como um todo são geridos pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde, a qual conta com um sistema de informação próprio para gerenciar e monitorar as informações epidemiológicas e a produção das ações das equipes de atenção primária em área. O SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena) é um sistema próprio composto de dados primários provindos da atenção primária à saúde prestada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que também monitora as informações demográficas detalhada, como nascimentos e óbitos de cada aldeia indígena.

Método

Foi realizado um estudo descritivo dos óbitos por suicídio na população indígena assistida pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Para coleta de dados foi utilizado o banco de dados do módulo demográfico do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), com acesso aos dados via Sistema eletrônico de informação ao cidadão (Lei de Acesso à Informação - Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011). Limitou-se essa análise à população que vive em terras indígenas, pelo fato de que o SIASI registra apenas os eventos de saúde da população assistida pelo SASISUS, a qual não inclui os indígenas que vivem em contexto urbano, e também pela necessidade de se produzir estudos com dados do Sistema Oficial do Subsistema.

A partir do banco de dados cedido pela SESAI, o qual não continha informações nominais ou que ferissem o sigilo pessoal da população assistida, foram descritas as proporções de óbitos por suicídio por sexo, faixa etária, etnia, meio utilizado para autoprovoocar a lesão (enforcamento; intoxicação exógena; arma de fogo; e outras formas), Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e ano de ocorrência do óbito. A informação sobre a etnia é mantida sob sigilo, devido a aspectos éticos, preservando-se as identidades e evitando-se uma possível rotulação da etnia frente ao complexo fenômeno estudado.

Para este estudo foi utilizada a definição de suicídio proposta pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2017), proveniente do Código Internacional de Doenças da OMS em sua 10ª Revisão (CID-10) que define como óbito decorrido de lesão autoprovoçada intencionalmente aqueles entre os CID X60 a X84, intoxicação exógena de intenção indeterminada (CID Y10 a Y19) e sequela de lesões autoprovoçadas intencionalmente (CID Y87). As duas últimas categorizações foram incluídas na análise considerando-se a literatura que descreve a mudança de classificação dos óbitos devido a possíveis falhas na codificação da causa (Brasil, 2017). A distribuição das causas de óbitos apresentada, segue os agrupamentos propostos pela SVS (Brasil, 2017). As taxas de mortalidade foram calculadas sob o denominador de população informada pelo censo demográfico do SIASI, que contabiliza a população que vive em terras indígenas no Brasil, ano a ano de 2010 a 2017. A taxa acumulada representa o total do número de óbitos de determinado período analisado como numerador e a soma das populações assistidas pelo Sasisus por ano, no caso de 2010 a 2017, como denominador, seguindo a metodologia da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).



Foram extraídos do banco de dados de óbitos 727 registros de suicídio ocorridos entre 2010 e 2017. Destes, dois registros foram excluídos devido à faixa etária de óbito implausível para causa analisada (menores de 2 anos). Com isso, o banco analisado passou a totalizar 725 registros. Desses, 712 (98,2%) tinham como causa básica lesões autoprovocadas intencionalmente (CID X60 a X84) e 13 (2,0%) tinham como causa básica intoxicação exógena de intenção indeterminada (Y10 a Y19).

Resultados

Analisando-se os óbitos por características sociodemográficas, encontrou-se que, dos 725 óbitos ocorridos entre 2010 a 2017, 32,1% eram de indígenas do sexo feminino e 67,9% do sexo masculino (Tabela 1). O suicídio entre indígenas do sexo masculino foi duas vezes mais frequente do que entre indígenas do sexo feminino. Apenas na faixa etária entre 10 e 14 anos, a proporção de óbito no sexo feminino é maior que no sexo masculino, representando 62,3% dos óbitos. Porém, em todas as outras faixas etárias, com destaque para a de 20 a 29 anos, a proporção de óbitos no sexo masculinos é maior que no feminino.

Tabela 01: Óbitos por suicídio registrados no SIASI de 2010 a 2017 por faixa etária, Brasil.

Faixa etária	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total	%
05-09 ANOS	0 (0)	5 (100)	5	0,7%
10-19 ANOS	150 (43,4)	196 (56,6)	346	47,7%
20-29 ANOS	43 (19,9)	173 (80,1)	216	29,8%
30-39 ANOS	24 (27,6)	63 (72,4)	87	12,0%
40-49 ANOS	8 (21,6)	29 (78,4)	37	5,1%
50-59 ANOS	2 (12,5)	14 (87,5)	16	2,2%
60-69 ANOS	3 (25,0)	9 (75,0)	12	1,7%
70 OU MAIS	3 (50,0)	3 (50,0)	6	0,8%
Total Geral	233 (32,1)	492 (67,9)	725	100

Fonte: SIASI/SESAI/MS

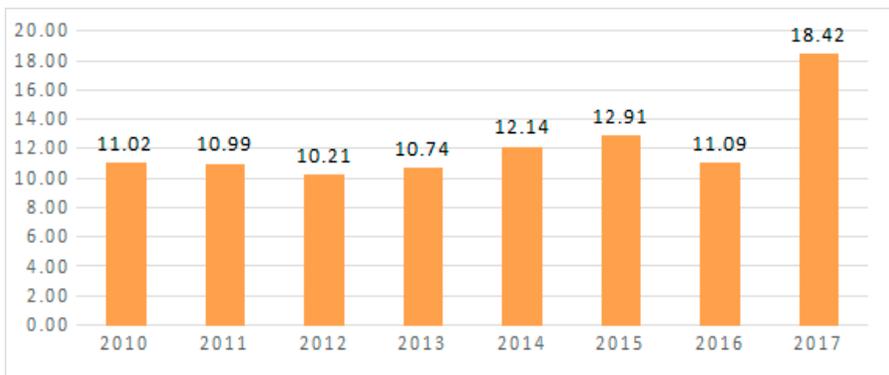
Em relação à faixa etária, observou-se que 47,7% (n=346) dos óbitos ocorreram entre indígenas de 10 a 19 anos de idade, com maior proporção entre 15 e 19 anos (34,9%), o que demonstra que o suicídio indígena ocorre, na maior parte das vezes, na passagem para a vida adulta, que tem se apresentado como um período crítico para os jovens indígenas.

Em relação aos métodos de passagem ao ato, observou-se que o enforcamento foi o método utilizado em 81,6% (592) dos óbitos, seguido por autointoxicação (9,2% n=67) e disparo de arma de fogo (4,4% n=32). Ao analisarmos o método utilizado por sexo, encontrou-se que a autointoxicação é o único meio em que a proporção de óbitos em mulheres é semelhante a dos homens (50,7% n=34), sendo que nos outros métodos, mais violentos, os óbitos ocorreram majoritariamente em indígenas do sexo masculino, como é o caso das lesões autoprovocadas por disparos de armas de fogo, nas quais os óbitos masculinos representaram 96,2% dos casos.

Analisando a série histórica das taxas de suicídio na população indígena, observa-se uma variação das taxas de óbitos de 11,0 (2012) para 18,4 (2017) óbitos por 100 mil habitantes, levando-se em consideração os anos de 2010 a 2017 (Figura 1). Houve um aumento de 67,2% das taxas de óbitos por suicídio registrados na população indígena entre 2010 e 2017.

Apesar desse resultado elevado, é possível afirmar que esse aumento pode ser atribuído à maior notificação dos casos no SIASI, visto que a Secretaria responsável informou que, em 2016, foram extintas planilhas paralelas de fluxo de informação e foi implementado no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde um indicador sobre redução da mortalidade por suicídio, que tem como fonte exclusiva, o SIASI, provocando assim, um aprimoramento da vigilância do óbito e, conseqüente maior registro das informações epidemiológicas.

Figura 01: Série histórica de taxa de mortalidade por suicídio na população indígena assistida pelo SASISUS de 2010 a 2017 (N=725).



Fonte: SIASI/SESAI/MS.

A tabela 2 apresenta a taxa acumulada de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes nos 34 DSEI e número total de óbitos de 2010 a 2017 (Tabela 2).

Tabela 02: Taxa acumulada de mortalidade por suicídio por 100 mil habitantes por DSEI entre 2010 a 2017 registrados no SIASI, Brasil.

Sede do DSEI	DSEI	Taxa Acumulada 2010-2017*	n
MT	ARAGUAIA	110,40	43
AM	ALTO RIO SOLIMÕES	32,11	172
AM	VALE DO JAVARI	26,37	12
RR	YANOMAMI	26,09	48
AM	MÉDIO RIO SOLIMÕES	24,69	45
MS	MATO GROSSO DO SUL	23,05	152
AM	ALTO RIO NEGRO	22,51	75
AM	MÉDIO RIO PURUS	19,41	12
TO	TOCANTINS	11,61	10
MA	MARANHÃO	10,32	29
RR	LESTE DE RORAIMA	10,25	41
AC	ALTO RIO PURUS	9,09	9
MG	MINAS GERAIS E ESPÍRITO SANTO	7,55	10
PA	ALTAMIRA	6,94	2
AP	AMAPÁ E NORTE DO PARÁ	6,63	6
PR	LITORAL SUL	6,2	12
CE	CEARÁ	5,74	13
PA	RIO TAPAJÓS	5,57	5
MT	CUIABÁ	5,22	3
PE	PERNAMBUCO	3,74	12
MT	XINGU	3,68	2
MT	KAIAPÓ DO PARÁ	2,41	1
PB	POTIGUARA	1,75	2
PA	GUAMÁ-TOCANTINS	1,53	1
AC	ALTO RIO JURUÁ	1,51	2
AM	PARINTINS	0,83	1
MT	XAVANTE	0,69	1
SC	INTERIOR SUL	0,66	3
AM	MANAUS	0,41	1
AL	ALAGOAS E SERGIPE	0	0
BA	BAHIA	0	0
MT	KAIAPÓ DO MATO GROSSO	0	0
RO	PORTO VELHO	0	0
RO	VILHENA	0	0
Total Geral		12,23	725

Taxa acumulada calculada pela soma dos óbitos ocorridos entre 2010 e 2017 dividido pela soma das populações indígenas assistidas pelo Sasisus por ano no mesmo período, por 100 mil habitantes.

Fonte: SIASI/SESAI/MS.

Devido à diferente distribuição dos surtos de suicídio e à grande variação das taxas de mortalidade por esse agravo, optou-se pelo cálculo da taxa acumulada de 2010 a 2017, conforme descrito no método, considerando-se que a análise de um maior número de anos em conjunto, diminui os erros de estimativa causados pela sazonalidade de ocorrência do evento estudado.

Analisando-se essa taxa acumulada entre 2010 e 2017, encontrou-se 12,2 óbitos por 100 mil habitantes entre indígenas assistidos pelo SasiSUS, o que representa um valor mais de duas vezes maior que a taxa de mortalidade por suicídio na população brasileira, que foi de 5,7 por 100 mil habitantes (2015), conforme boletim do Ministério da Saúde. Observa-se também 17 DSEIs têm taxas maiores que a achada na população brasileira e 8 DSEI encontram-se acima da média geral encontrada entre indígenas assistidos pelo SasiSUS. Mesmo com essa forma de controle da variação das taxas de óbitos, o DSEI Araguaia (110,4 óbitos por 100 mil habitantes) apresenta uma taxa de mortalidade por suicídio de 2010 a 2017 quase 10 vezes maior que a média nacional para a população indígena assistida pelo SasiSUS no mesmo período. Analisando-se a tabela 2 por distribuição territorial é possível observar que as maiores taxas de suicídio na população indígena ocorrem nas áreas de abrangência dos DSEI Araguaia, Mato Grosso do Sul e em DSEIs localizados na fronteira oeste do país, como Alto Rio Solimões, Vale do Javari, Yanomami e Médio Rio Solimões.

Discussão

O boletim epidemiológico sobre óbitos por suicídio do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) analisou o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), e da mesma forma que este estudo, encontrou uma taxa de mortalidade por suicídio na população indígena quase três vezes maior que na população em geral. Essa informação demonstra a magnitude desse evento sobre a saúde dos povos indígenas, em especial, da população jovem, não apenas devido à sua maior incidência, mas também por diminuir a expectativa de vida da população e trazer intensos prejuízos socioeconômicos a comunidades inteiras.

Cabe destacar que, embora a análise do banco de dados do SIM demonstre informações sobre indígenas, a análise baseada no recorte raça-cor não representa integralmente os indígenas atendidos pelo SasiSUS nem sua territorialidade, captada apenas pelo SIASI, sendo assim possível conhecer melhor esse agravo na população indígena que vive nas terras indígenas, que muitas vezes ficam à margem dos sistemas convencionais.

Na Agenda estratégica de prevenção do suicídio em povos indígenas (SESAI, 2018), o Ministério da Saúde informou que desde 2016 incluiu como meta nacional a redução de 10% da taxa de óbitos para esse agravo até 2019. Esse objetivo é baseado no Plano de Ação de Saúde Mental da OMS, que estipulou a mesma meta para a população mundial até 2020. Essa meta é analisada através dos óbitos registrados no SIASI (SESAI, 2018), e o aumento da vigilância, pode ter contribuído para que em 2017 houvesse um incremento de 67,2% na notificação de óbitos decorrentes dessa causa em



relação a 2010. Conforme relatado no documento supracitado, a análise de dados primários coletados em momentos distintos, apontam para um processo de qualificação da vigilância do óbito por suicídio que suscitou no aumento da incidência desse evento, em virtude da ampliação da notificação nos sistemas oficiais. Dessa forma, infere-se que o aumento da taxa de óbitos por suicídio, entre 2010 e 2017 (Figura 1), deve-se à mudança na forma de registro de dados, que passou a priorizar o SIASI.

A importância hoje de um perfil epidemiológico como apresentado neste artigo reside na necessidade de que tenhamos acesso a estatísticas nacionais e regionais sobre a ocorrência do suicídio, de forma menos generalizada, para que possamos ter uma melhor noção sobre em que regiões e distritos especiais indígenas existe maior prevalência do fenômeno, e como o mesmo se apresenta por grupo etário, por sexo, entre outros e ainda o método empregado para o suicídio.

Ao pensar o evento da morte voluntária entre povos indígenas, a partir de uma perspectiva que considera fatores biológicos, psíquicos e sociais, nos vale aqui colocar a história da colonização - passada e presente - como um dos fatores com forte influência sobre o fenômeno. Uma das formas de se construir essa história, a partir de uma perspectiva do colonizador ou do Estado, é através das taxas de suicídio, assim como de outros índices de "instabilidade" nas comunidades indígenas. Dito de outra forma, levantamentos epidemiológicos que não consideram - ou mesmo não possuem - série histórica, não nos permite ter uma ideia mais acurada sobre estressores vinculados aos processos históricos de colonização, de sedentarização forçada, da vigilância burocrática e do controle tecnocrático (Kirmayer, 2009)

Segundo Kirmayer et al. (2009), a herança das políticas de assimilação forçada, o que no presente texto chamaríamos de políticas coloniais ou de dominação, deve estar integrada à análise das relações atuais entre indígenas e não indígenas de países como o Brasil e o Canadá (à guisa de exemplo). Os estereótipos que marcam os povos indígenas como "selvagens" ou "alcoólatras" - ou outras expressões utilizadas de forma a depreciá-los enquanto povos com formas específicas de organização social, política, entre outros - perduram nos meios de comunicação e estão presentes no senso comum da sociedade ocidental. Pensando nesse sentido, discutimos como o intenso racismo - ainda que em alguns casos seja sutil ou menos evidente para certas pessoas - se reflete em uma falta persistente de sensibilização histórica em relação a experiência da colonização dos povos indígenas e de seu impacto persistente sobre seu bem-estar e sua condição social. Além disso, a tutela, embora não mais presente no texto jurídico, ainda se encontra ativa no dia a dia dessas populações, e o controle governamental, burocrático e profissional continuam minando os esforços de muitas lideranças e povos indígenas de terem maior liberdade e domínio sobre seus direitos. Tais fatores, podendo ser considerados como sociais e políticos, podem ser entendidos como de risco para o fenômeno do suicídio entre povos indígenas (Vitentí, 2016).

Ademais, ainda que existam variações importantes entre as comunidades, a taxa

de mortalidade por suicídio entre povos indígenas, 12,23 óbitos por 100 mil habitantes, representa hoje o dobro em relação à população brasileira, que foi de 5,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2017, conforme boletim do ministério da saúde (Brasil, 2019). Para os jovens indígenas, o ato suicida é ainda mais presente, o que nos levará, logo mais adiante, a fazer uma discussão mais específica sobre o tema. Como é evidente, é uma estatística preocupante, mas que até o presente momento não contava com dados mais precisos sobre as proporções por sexo, faixa etária, etnia, meio utilizado para auto-provocar a lesão (enforcamento; intoxicação exógena; arma de fogo; e outras formas), DSEI e ano de ocorrência do óbito, em relação a todo o território nacional.

No Brasil, quando fazemos menção às populações indígenas, utilizamos termos genéricos, no intuito de reagrupá-las em uma só categoria e não nos ocupar da imensa diversidade presente em solo brasileiro. Conseqüentemente, antes de fazer qualquer afirmação, é importante procurar por dados confiáveis, que levem em consideração características geográficas, populacionais e idealmente – embora saibamos que dada a diversidade brasileira trata-se de um desafio de grande monta – particularidades de cada etnia. Entretanto, é difícil encontrar hoje no Brasil análises estatísticas ou epidemiológicas sistemáticas sobre o evento do suicídio no Brasil, embora alguns trabalhos, como o de Maximiliano Loiola Ponte de Souza e Jesem Douglas Yamall Orellana (2012), possam contribuir para pesquisas sobre o fenômeno.

A principal contribuição do presente perfil epidemiológico é a de nos permitir examinar mais atentamente as diferenças de taxas entre regiões, por exemplo. Ao ter acesso à distribuição territorial e temporal do evento, ao método prevalente, a faixa etária e ao sexo, cobrimos diversas lacunas que impedem uma análise mais acurada do suicídio, em diferentes comunidades. Da mesma forma, ao cruzar dados regionais e variação das taxas de suicídio, também podemos ampliar nosso quadro de informação, buscando entender que tipo de fenômeno ou implementação de políticas públicas podem ter influenciado em tal variação da ocorrência desses eventos.

Esse detalhamento evita que se torne invisíveis particularidades sociais que existem nas diferentes regiões. Se antes nos perguntávamos se havia diferença entre as taxas nacionais e as taxas regionais – que no presente documento está apresentada a partir dos DSEI – apoiados agora nos resultados que analisamos, poderemos traçar um perfil epidemiológico menos genérico do evento do suicídio, analisando os povos indígenas de modo menos global e generalizante.

Os dados então apresentados nos permitirão levar em consideração as particularidades relativas aos diferentes povos indígenas, nos ajudando a estabelecer uma classificação séria das taxas de suicídio, e ainda nos auxiliando a levar em conta – para pesquisas futuras – outros fatores que podem influenciar o ato suicida ou a tentativa de suicídio. Finalmente, qual é a importância de ter maior precisão de dados estatísticos do suicídio entre povos indígenas? Por que devemos deixar de considerar um “índigena genérico” e devemos fazer levantamentos estatísticos e epidemiológicos entre esses



povos da mesma maneira como fazemos para a população não-indígena? A medida estatística comporta também implicações sociais e políticas.

Na esfera pública, se considera o suicídio indígena como um problema de saúde pública, o que desdobra conseqüentemente em políticas públicas voltadas para o seu enfrentamento, que devem ser observadas através de uma representação que não leva em consideração apenas a evolução dos censos ou dos números sobre o suicídio. Mas quando falamos de alguns grupos não indígenas, o *modus operandi* muda completamente, e diferentes estudos quantitativos e qualitativos elaboram questões, teorias e é dada maior atenção ao assunto. Isso demonstra uma discriminação em relação ao problema como se não houvesse a mesma importância entre uma população e outra. Além disso, ao darmos a devida importância ao levantamento estatístico e ao perfil epidemiológico do suicídio entre povos indígenas, evitamos naturalizar o evento, ou encontrar explicações superficiais que generalizam a morte voluntária como um reflexo de uma “aculturação” ou outras explicações causais que nos impede de aprofundar-nos nas explicações e concepções locais do fenômeno, devendo-se considerar que esse fenômeno é mediado por diferentes concepções de sofrer e morrer próprias de cada povo indígena, que têm seus modelos explicativos tradicionais sobre a ocorrência desses óbitos, que devem ser levados em consideração na formulação de qualquer estratégia de prevenção desse agravo. Além disso, a literatura científica relaciona as maiores taxas de suicídio ao contato discriminatório e violento com a sociedade envolvente, à dificuldade de acesso à terra, e a mudança nas relações familiares, especialmente, concernentes às mudanças nas regras de casamento (Souza & Orellana, 2012; SESAI, 2018; Brasil, 2019b).

▲ Prevalência entre jovens: análise qualitativa

A partir dos dados apresentados, se faz evidente que o evento do suicídio entre jovens é mais frequente entre povos indígenas, quando comparamos com os dados da população não-indígena. Como já foi dito, qualquer explicação denexo causal para o suicídio é superficial e nos impede de ir mais além nas causas e eventos que podem influenciar o ato. Entretanto, levando em consideração as teorias sobre o Buen-Vivir, de Aníbal Quijano (2011) e o sentido de pertencimento a um projeto histórico de vida comunitária, como desenvolvido por Rita Segato (2004; 2015), propomos uma análise que leva em consideração como o sentido de comunidade, o pertencimento a uma dada sociedade pode influenciar positivamente na prevenção da morte voluntária entre jovens.

O Buen-Vivir, ou bem-viver, consiste em conhecimentos, práticas e demonstrações de elementos intangíveis transmitidos pela tradição oral, rituais e outras formas de convivência em cada geração que os contém. Esses elementos proporcionam ao coletivo a possibilidade de reformular e reinventar formas de interação dentro de seus grupos. Segundo o sociólogo Aníbal Quijano (2011):

“Bien Vivir” y “Buen Vivir”, son los términos más difundidos en el debate del nuevo movimiento de la sociedad, sobre todo de la población indige-

nizada em América Latina, hacia una existencia social diferente de la que nos ha impuesto la colonialidad del poder. "Bien Vivir" es, probablemente, la formulación más antigua en la resistencia "indígena" contra la colonialidad del poder (Quijano, 2011. p.77).

Quijano (2011) crítica a colonialidade chamando a atenção para a persistência dos padrões colonialistas de poder, como face oculta da modernidade, que exclui e domina as populações indígenas. Isso, afirma, as insere em um sistema de exploração econômica pertencente à lógica do Estado. Desta forma, ele argumenta que o colonialismo continua no presente. Embora o colonialismo como uma instituição política e econômica não mais exista, os padrões estabelecidos persistem nas relações sociais atuais. As hierarquias e relações de poder racializadas são atualizadas em um processo que subordina e codifica este "outro" identificado por Quijano como indigenizado (2011). Da mesma forma, o conceito "Buen Vivir" é aplicável aos povos indígenas brasileiros, e mais particularmente aos jovens, já que as interações políticas e sociais com seus colonizadores deram lugar a novas formas de percepção e representação. Esse processo de autorreconhecimento é sempre plural e às vezes contraditório; e eles podem ser moldados de acordo com as circunstâncias socioculturais nas quais eles são vivenciados. Em outras palavras, entendo que as concepções locais do Buen Vivir desempenham um papel crucial na vida dos povos indígenas, porque elas encorajam as pessoas a agir de acordo com seus próprios projetos regionais, locais e comunitários.

A partir do que foi afirmado, insistimos que o suicídio entre jovens indígenas deva ser analisado a partir de uma violência que o antecede, ou seja, a violência da colonização. Para trabalharmos com esse evento, primeiro devemos nos afastar das explicações recorrentes, que associam a morte autoinfligida como consequência de um processo de aculturação ou de perda de identidade. Tais respostas, além de muitos generalizantes, ofuscam projetos históricos singulares, formas de criação de vínculo e pertencimento, conhecimentos, saberes e experiências muito diversos, e colocam todos os membros de povos indígenas em um mesmo lugar social e histórico, em posição de vítimas e espectadores sempre passivas.

Rita Laura Segato (2015), em seu livro intitulado "La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda" aborda uma variedade importante de temas, sendo, entretanto, atravessado por quatro maiores questões, que dão o tom da reflexão, relacionadas à colonialidade, ao gênero, à raça e à lei. Ora, ao teorizar sobre uma "antropologia por demanda" (que poderia ser qualquer outra ciência ou sistema de conhecimentos), a autora nos convoca ao exercício de abandonar o modus operandi colonialista e conservador e apostar em um exercício antropológico disposto a ir de encontro as demandas dos povos. Uma antropologia:

atenta e interpelada por lo que esos sujetos nos solicitan como conocimiento válido que pueda servirles para acceder a un bienestar mayor, a recursos, y, sobre todo, a la comprensión de sus propios problemas. En esta línea iría, entonces, cuestionar la antropología aplicada que "usualmente se orienta



a ideas de progreso y desarrollo eurocéntricamente fijadas" y que ha sido siempre funcional a un orden colonial-moderno pre-definido e inapelable; sustituyéndolo por una antropología en la que sea "nuestro 'objeto' clásico lo que nos interpele, nos diga quien somos y qué espera de nosotros, y nos demande el uso de nuestra 'caja de herramientas' para responder sus preguntas y contribuir con su proyecto histórico (Segato, 2015, p.14).

Seguindo o caminho das palavras de Segato (2015), o que propomos é que estejamos atentos às demandas específicas dos jovens indígenas, ainda que seja no sentido de escutá-los e acompanhá-los no caminho da prevenção. Nesse sentido, pensamos que seja profícuo identificar, junto aos jovens afetados pelo fenômeno, os entendimentos particulares do suicídio, assim como as pistas para a prevenção que os mesmos podem nos oferecer, para que conjuntamente possamos construir ações positivas de valorização da vida e promoção do Bem-Viver. Ainda recorrendo à Segato, também é importante sublinhar que: "no es, como se piensa, la tradición, en el sentido de repetición de un pasado, lo que constituye un pueblo, y sí su constante faena de deliberación conjunta" (2015, p. 172).

Na sociedade ocidental contemporânea não-indígena, em geral quando pensamos na juventude/adolescência, entendemos que as mudanças provocadas por esse momento da vida são propiciadoras de sentimentos de confusão, de isolamento, de busca por reconhecimento ou pertencimento a um determinado grupo. O que devemos nos perguntar é se tal entendimento é traduzível a uma realidade indígena, ou mesmo se podemos pensar o conjunto de jovens indígenas que figuram nas taxas elevadas de suicídio da mesma forma.

Ora, o argumento que pretende que a ausência de um sentimento de identidade ou mesmo de pertencimento esteja presente nos casos de tentativa de suicídio e de suicídio completos entre jovens indígenas pode ser importante, mas precisa ser completado. Em geral, esse argumento se refere a um sentimento de identificação, que provoca na pessoa um sentimento de pertencimento e uma consciência de grupo, um reconhecimento da importância do aprendizado de seu idioma, dos sistemas de conhecimentos e valores, das práticas tradicionais e/ou reatualizadas e ainda dos sistemas cosmológicos, de justiça e de organização social específicos de sua sociedade.

Desta maneira, ainda que não descartemos a importância de uma identificação sólida com a sociedade de origem do jovem membro de um povo indígena, propomos ir mais além desse argumento. Em outras palavras, a reafirmação de um sentimento de pertencimento é ferramenta importante para a prevenção do suicídio, entretanto explicar a morte voluntária a partir de umnexo causal como o proposto pela equação: falta de identidade/pertencimento pode ser perigoso, pois escamoteia outras faces do fenômeno e outras forças, entre outras estatais, que estão implicadas no ato de se tirar a própria vida.

Finalmente, o que se busca no presente artigo é, além de apontar os dados epidemiológicos e chamar a atenção para a prevalência do suicídio entre jovens indígenas, desnaturalizar os ditos "comportamentos suicidas". Além disso, pretendemos também

desconstruir noções utilizadas muito frequentemente como “aculturação”, “perda de identidade”, “cultura” (como categoria fixa, imutável), “perda de tradições e de valores”. Ao fazê-lo, podemos questionar as relações históricas e políticas que estão presentes no fenômeno do suicídio indígena, sablinhando que, com efeito, devemos advertir para as relações e interações que desempenham um papel na compreensão do complexo que envolve a pessoa que atenta contra sua própria vida. Por isso insistimos em trazer à tona a discussão sobre a história passada, contínua e recente das interações entre sociedades indígenas e Estado-nação brasileiro – ainda colonial.

Posto isso, essa breve análise visa aportar ao leitor uma visão que não reproduza equações preestabelecidas e nutra estereótipos. As dimensões socioculturais devem andar lado a lado ao contexto nas quais elas se situam, ou seja, os projetos históricos e os complexos socioculturais devem ser analisados em suas dimensões dinâmicas e os indivíduos devem ser vistos como mais que simples portadores de uma cultura, e a cultura deve ser vista como algo muito além do imutável, do essencial. Os membros dos povos indígenas devem ser vistos como agentes de seus próprios projetos histórico e culturais. Talvez, assim possamos apontar para um sentimento de pertencimento que seja protetor para o suicídio, uma vez que o indivíduo, empenhado em persistir em seu projeto histórico, é capaz de um alto grau de liberdade e autonomia. Nas palavras de Rita Segato (2004):

Esto significa que en el trabajo reflexivo de identificación de los patrones de comportamiento radica la posibilidad de la ética, como impulso hacia un mundo regido por otras normas, y del redireccionamiento de la vida, así como radica nuestra propia historicidad, en el sentido de trabajo constante de transformación de lo que no consideramos aceptable. Somos plenamente humanos no porque somos miembros natos y cómodos de nuestras respectivas comunidades morales y sociedades jurídicas, sino porque estamos en la historia, es decir, porque no respondemos a una programación, por la moral o por la ley, que nos determina de forma inapelable (Segato, 2004, p.15).

Concluindo, para se propor pistas de prevenção para o suicídio indígena, especialmente entre os jovens, devemos antes reiterar que se trata de um fenômeno multifacetado, difícil de alinhar. No caso indígena, também influenciam questões como sedentarização forçada, uso prejudicial de drogas lícitas e ilícitas, o sofrimento psíquico, as dificuldades de relacionamento com outros membros da comunidade e/ou com membros da sociedade não-indígena, a violência. As cosmologias, os sistemas de crença, entre outros, são algumas das numerosas peças possíveis que fazem parte do cenário do suicídio. Mas, se voltamos a atenção para a prevenção, é porque pode-se afirmar que a morte autoinfligida é geralmente entendida como obstáculo, como desafio, como um evento negativo promotor de sofrimento para toda a comunidade, na maioria dos casos.

Por isso, sugerimos que a melhor prevenção viria das ações empreendidas pelos jovens no sentido de melhorar suas condições de vida, o que inclui as reivindi-



cações em relação à melhores políticas públicas (de saúde, educação, entre outras). A motivação pode se nutrir do simples fato de se sentir melhor e fazer algo por si mesmo e para a comunidade. A criatividade, o Bem-Viver e a promoção da saúde – incluindo a mental – são colocadas em primeiro lugar. A ajuda mútua, presente em tantas comunidades, pode ser uma valiosa contribuição. É prioritário integrar os jovens nas atividades comunitárias, familiares nas atividades de congreguem, que agreguem, sejam elas de lazer, de deliberação conjunta sobre a reivindicação de um direito ou para a plantação de uma roça.

O tempo consagrado a organizar e participar em atividades resultam em menos tempo dedicado às ocupações consideradas nocivas. Essas atividades têm como efeito reestruturar a vida social, comunitária e familiar, a depender do caso. Então, aí sim podemos falar em fomentar um sentimento protetor de pertencimento comunitário, a partir do desenvolvimento de programas como, por exemplo, de educação bilíngue e intercultural, de prevenção do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Mas principalmente, seguindo a lógica da antropologia por demanda, de Segato (2015), os programas de prevenção devem antes respeitar as diferenças e as concepções locais. Para que sejam culturalmente adaptados, esses programas devem ser elaborados sobre bases que respeitem a vontade da comunidade. Ademais, todas as práticas que possam enriquecer as experiências dos jovens segundo os sistemas de saberes próprios, os projetos históricos locais, a possibilidade de poder transitar entre comunidade e cidade sem maiores dificuldades, conhecer a tradição oral, falar seu próprio idioma e como se reconhecer como agente de sua própria comunidade são pontos fortes a serem fomentados.

▲ Considerações Finais

Esse artigo deu visibilidade e maior compreensão ao fenômeno do suicídio indígena no Brasil, apresentando sua magnitude, sua distribuição territorial e destacando aqueles que mais sofrem com esse evento: os jovens. A maior parte das ocorrências se dá na passagem para vida adulta e em regiões com intenso contato entre indígenas e não-indígenas, o que nos leva a discutir a questão da identidade e do sentimento de pertencimento dos jovens indígenas. Porém, no caso desse artigo, optou-se por desnaturalizar o fenômeno do suicídio indígena e questionar sobre os processos sócio-históricos passados e presentes que colocam esses jovens em tal situação de vulnerabilidade, entendendo aqui a violência da colonização, como antecedente à violência autoinflingida.

Observa-se que os jovens indígenas vivenciam subjetividades híbridas entre a cidade e a aldeia, que necessitam de espaços materiais e subjetivos de expressão, valorização e afirmação para construção de vidas possíveis e válidas. Compreende-se aqui que projetos de fomento ao protagonismo dos jovens indígenas na promoção do bem-viver e na elaboração de suas narrativas de vida são experiências propícias não apenas para a prevenção do suicídio, como também na valorização dessas vidas marginalizadas e/ou invisíveis.

Referências

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde/ Fundação Nacional de Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde – Volume 48 N°30. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. **Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018**. Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde – Volume 50 N° 24. <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>

Brasil. (2019b). Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Estratégias de Prevenção do Suicídio em Povos Indígenas** - Brasília: Ministério da Saúde. 38 p. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Estrategia_Prevencao_Suicidio_Povos_Indigenas.pdf

Kirmayer, L.J; Tait, C & Simpson, C. (2009). The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada: Transformations of Identity and Community. In Laurence J. Kirmayer et Gail Guthrie Valaskakis. **Healing Traditions. The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada**. UBC Press, Vancouver, BC.

Oliveira, C.S & Lotufo Neto, F. (2003). Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Rev. Psiq. Clín.** 30 (1):4-10. <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v30n1/20583.pdf>

Quijano, A. (2011). **Bien vivir: entre el 'desarrollo' y la des/colonialidad del poder**. Ecuador Debate: acerca del buen vivir. Quito, n. 84: 77-87.

Segato, R. (2004). **Antropología y derechos Humanos: Alteridad y Ética em el movimiento de los derechos universales**. Série Antropología 356. Brasília.

Segato, R. (2011). Que cada pueblo teja los hilos de su historia. **El pluralismo jurídico en diálogo didáctico con legisladores**. in: Chenaut, V; Gomes, M; Ortiz, H. & Sierra, M.T. Justicia y diversidad en América Latina. Pueblos indígenas ante la globalización. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.



Segato, R. (2015). La crítica de la colonialidad en ocho ensayos. Y una antropología por demanda. **Prometeo libros**.

SESAI. (2017). Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Agenda estratégica de ações de prevenção do suicídio em populações indígenas 2017 - 2018**. Brasília. <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/27/Agenda-Estrategica-Prevencao-Suicidio-SESAI-2017.pdf>

Souza M.L.P, Orellana J.D.Y. (2012). Suicide among the indigenous people in Brazil: a hidden public health issue. **Rev Bras Psiquiatr**. 34(4):489-90.

Vitenti, L. (2016). Los pueblos indígenas americanos y la práctica del suicidio. Una reseña crítica. **Prometeo libros**.

WHO.(2014). World Health Organization. **Injuries and violence: the facts 2014** [Internet]. Geneva: WHO; [citado em 2015 nov 27]. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/149798>.

Mutirão prótese em 1 dia / aprender brincando reabilitação e prevenção do edentulismo: relato de experiência em Aldeia Velha (BA)

14

Almenara de Souza Fonseca Silva
Lucia Helena Inocentinni Mei
Thiago Moraes Bute
Frank Elton Silva Carvalho
Jeriel Silva Santos Junior
Flavia Martão Flório

A perda dentária é considerada um dos principais agravos à saúde bucal no Brasil, por sua elevada prevalência além dos danos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais que acarreta (Peres et al., 2013). O aspecto acumulativo das duas principais doenças bucais, cárie dentária e doença periodontal, faz com que sua seqüela máxima, a perda dentária, seja mais prevalente nos grupos de maior idade, de forma que dados nacionais apontam para uma taxa de edentulismo dentre as mais altas do mundo para o grupo de idosos.

No Brasil, a perda dentária é mais alta especialmente em indivíduos mais velhos e residentes na região Norte, seguida da região Nordeste. Os adultos apresentam em média 16,7 dentes afetados pela história da carie, sendo que o componente "dente perdido" é responsável por 44,7% do índice. Entre os idosos o problema se agrava, havendo um aumento do número de dentes perdidos (27,5) correspondendo a 92% desse índice (Brasil, 2012).

Em consequência deste cenário, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente (Brasil, 2004) apontaram para a necessidade de reorganização da saúde bucal em todos os níveis de atenção, explicitando dentre suas linhas de ação, a inserção dos procedimentos relacionados com a fase clínica da instalação de próteses dentárias na atenção básica. Dentre as dificuldades explicitadas pelos gestores para a efetiva oferta da reabilitação protética neste nível de atenção encontram-se aspectos relacionados a capacitação dos recursos humanos e outros relacionados a criação de estratégias de regionalização que permitissem a minimização dos custos e ampliação do acesso dos

municípios de menor porte a efetivação deste nível de cuidado (Guimarães et al., 2017).

O tratamento de pacientes sem dentes, ou seja, edêntulos, tem sido normalmente realizado por meio de próteses totais removíveis, cujos processos de confecção compreendem uma sequência de cinco sessões envolvendo procedimentos clínicos intercalados por procedimentos laboratoriais, que levam por volta 30 dias para serem concluídos. Estes incluem moldagens anatômicas e funcionais, confecção de modelos de gesso, confecção de bases de registro e planos de orientação, registro das relações intermaxilares, seleção dos dentes, montagem dos modelos no articulador, montagem dos dentes artificiais, escultura, prova em cera, polimerização, remontagem para ajuste oclusal, acabamento e instalação (Tamaki, 1983; Telles et al., 2003; Abrão & Bérnago, 2008; Cunha & Marchini, 2014; Turano et al., 2016). Esta técnica em cinco sessões para confecção das próteses totais é recomendada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2018), por meio do manual “Saúde Bucal no Sistema Único de Saúde”, devendo ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), de acordo com a organização do município.

Entre a população indígena, a prevalência de edentulismo é ainda maior (Arantes, 2005), embora até hoje não tenha sido realizado um levantamento epidemiológico na população indígena, que avaliasse a prevalência do edentulismo. Pesquisas de base local têm demonstrado que o aumento da idade também é um fator associado ao aumento da cárie dentária e doenças periodontais nas etnias Guarani e Xavante e uma associação positiva entre a perda dental e o aumento da idade foi observada entre os índios Guarani, com mulheres apresentando maior número de sextantes excluídos por perda dental (Alves Filho et al., 2014).

Neste contexto, por questões estruturais e logísticas, há dificuldades ou mesmo impossibilidade de deslocamento de indígenas aldeados para os centros urbanos o que, aliado à escassez ou mesmo ausência de serviços especializados na proximidade de aldeias indígenas, tornam praticamente inexistente a realização de procedimentos de reabilitação protética para a população indígena brasileira. A demanda por serviços protéticos na região é muito superior à capacidade instalada.

Considerando as cinco sessões clínicas e laboratoriais para confecção das peças protéticas, as próteses totais removíveis envolvem procedimentos técnicos complexos e o consumo de inúmeros dias de trabalho. A complexidade das técnicas convencionais de confecção de próteses dificulta o atendimento dos indígenas aldeados no que diz respeito às suas necessidades protéticas. Neste sentido, é fundamental para reabilitação oral desta população, que sejam usadas técnicas simplificadas.

Estudos randomizados, controlados e cegos têm mostrado que técnicas simplificadas produzem resultados que se comparam à eficiência da técnica tradicional de confecção de próteses convencionais, tanto em relação ao nível de satisfação do paciente quanto em relação à qualidade das próteses (Kawai et al, 2005; 2010; 2018). A

técnica simplificada apresenta menor custo, além de menor tempo clínico e laboratorial, sendo capaz de restaurar a função mastigatória a um nível comparável ao protocolo convencional, tanto fisiologicamente quanto de acordo com a percepção do paciente e também melhorar sua qualidade de vida relacionada à saúde bucal (Cunha et al., 2013; Regis et al., 2013; Paulino et al., 2015; Ceruti et al., 2017), ou seja, as duas técnicas não apresentam diferenças significativas quanto ao tipo de próteses produzidas.

Sequências simplificadas de quatro sessões para confecção de próteses já foram descritas por Duncan & Taylor (2004) e Kawai et al. (2005) e uma técnica de três sessões foi apresentada por Ling (2004). Entretanto tais métodos ainda são passíveis de criar dificuldades por exigirem deslocamentos até os municípios, para a realização da parte laboratorial da confecção da prótese.

Neste sentido, a técnica da Prótese em 1 Dia, desenvolvida na Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic, se mostra viável e vantajosa para o tratamento de indígenas edêntulos, visto que todas as fases, clínicas e laboratoriais, são realizadas em suas próprias aldeias, em 1 dia. Trata-se de uma técnica simplificada, que ao invés de usar dentes artificiais montados individualmente um a um, utiliza arcos dentais pré-fabricados²⁴, capazes de tornar a confecção de próteses mais fácil e rápida. Com esta técnica protética, o tratamento de pacientes com necessidade de próteses pode ser realizado em ambientes clínicos ou improvisados, como escolas ou espaços sociais, com a instalação de um mini laboratório de prótese dentária anexo, onde cirurgião-dentista e protético trabalham juntos a quatro mãos, permitindo a confecção e instalação de próteses no mesmo dia, como o nome diz.

Diante dos motivos apresentados, a técnica proposta pelo projeto “Prótese em 1 Dia”, possibilitará que a necessidade de prótese pelos indígenas idosos seja solucionada, melhorando a qualidade de vida da população.

A experiência oriunda da parceria entre a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) - Ministério da Saúde, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) da Bahia e a Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic resultou na realização do Mutirão realizado na Aldeia Velha em Porto Seguro, Bahia, em novembro do 2018. Nesse contexto, os projetos Prótese em 1 dia e Aprender Brincando sobre Saúde foram realizados, contemplando o tema REABILITAÇÃO E PREVENÇÃO DO EDENTULISMO. Este relato de caso vai descrever o caminho percorrido para que o Mutirão Prótese em 1 dia fosse realizado.

A Reabilitação... Projeto prótese em 1 dia

Embora desde a década de 1980 os implantes dentários osseointegrados tenham melhorado as opções terapêuticas para a reabilitação oral, a prótese total convencional continua sendo considerada, para a maioria dos pacientes desdentados, a

24 - Patente PI 0602107-7 B1 (<https://bit.ly/2kH5014>)



única alternativa de tratamento. Ressalta-se neste contexto que até mesmo as próteses convencionais, ainda estão fora de alcance de muitas pessoas (Carlsson & Omar, 2010), seja por questões financeiras, seja por questões de acesso ao sistema de saúde, o que inclui o excesso de demanda ou mesmo barreiras geográficas.

Para atender esta demanda, a técnica simplificada aqui apresentada foi desenvolvida e o Projeto Prótese em 1 Dia nasceu, com a principal finalidade de confeccionar próteses funcionais de boa qualidade para tratamento de populações cuja localização geográfica dificulte o acesso aos serviços tradicionais de atenção secundária, como os indígenas, ribeirinhos, quilombolas, populações rurais.

É de fundamental importância, neste momento, ressaltar que o objetivo deste projeto não é “fazer dentaduras”, mas sim, tratar pacientes desdentados por meio de reabilitação oral com próteses funcionais. Dentre as vantagens desta técnica simplificada está a rapidez do processo de confecção das próteses dentárias, produzindo e instalando peças protéticas no mesmo dia. Neste sentido, as etapas de confecção são divididas em dois períodos. Pela manhã, os pacientes passam por duas moldagens, registro intermaxilar, montagem e prova dos dentes. À tarde, são realizadas as etapas laboratoriais do processamento, que envolvem a inclusão em mufla, acrilização da resina acrílica termicamente ativada em microondas, acabamento e o polimento, sendo que ao final do dia, os pacientes recebem as próteses prontas.

Outra vantagem que pode ser apontada é a possibilidade de confeccionar próteses e instalá-las em 1 dia, em qualquer cenário, inclusive em domicílios, unidades móveis ou fluviais e áreas improvisadas como escolas ou outros ambientes sociais. A única necessidade é o que local comporte a instalação de um minilaboratório. Esta característica do projeto permite que o atendimento seja realizado no local em que as pessoas residem, sem necessidade de deslocamento. No caso de comunidades isoladas, o paciente pode ser tratado na própria comunidade.

Entre os pilares da Técnica Prótese em 1 Dia estão incluídos os seguintes aspectos:

- 1. Aplicação do Conjunto de Arcos Dentais Pré-fabricados, Flexíveis e com Dentes Ajustáveis**, patente depositada pela UNICAMP no INPI sob número PI 0602107-7 B1 e conferida em 11/12/2018. Esta tecnologia foi desenvolvida na UNICAMP; em uma parceria da Faculdade de Engenharia Química com a Faculdade de Odontologia de Piracicaba e consiste de dentes artificiais pré-montados e conectados a uma base de suporte flexível constituída de material elastomérico acrílico, com capacidade de movimentação tridimensional. O elastômero possibilita uma adaptação à anatomia do paciente e a montagem do conjunto de dentes superiores e inferiores de uma vez. O material da base também permite ajustar a posição de cada dente, caso seja necessário corrigir problemas estéticos, fonéticos ou oclusais. As bases dos arcos dentais pré-fabricados (Figura 1) são constituídas de um material temporário, que é totalmente removido durante a acrilização

da prótese sendo substituído pela resina acrílica ativada termicamente (RAAT) a base de poli (metacrilato de metila) (PMMA). Desse modo, ao fim do processamento, o paciente recebe próteses totais convencionais (Figura 2).

Figura 01. Arcos dentais pré-fabricados



Fonte: Os autores, 2018.

Figura 02: Próteses totais convencionais



Fonte: Os autores, 2018.

2. Uso de uma técnica simplificada com uso de arcos dentais pré-fabricados, que foi previamente desenvolvida durante a pesquisa “Aplicação dos arcos dentais pré-fabricados, flexíveis e com dentes ajustáveis no processo de confecção de próteses totais: estudo piloto”, financiado por meio do convênio Fapesp/PPSUS (Processo 08/54031-6). Tal estudo avaliou a utilização de arcos dentais pré-fabricados na confecção de próteses totais, por meio da técnica simplificada e posteriormente comparou-a à técnica



convencional, segundo opiniões emitidas por pacientes e profissionais. Participaram deste ensaio clínico duplo cego 12 pacientes, que receberam 2 pares de próteses totais instaladas aleatoriamente: G1- (controle) técnica convencional, em 5 sessões com dentes montados em cera; G2- técnica simplificada, em 2 sessões com arcos. A satisfação dos pacientes foi avaliada por questionário e escala visual analógica, de 0 a 10, após 3 meses de uso de cada prótese, levando-se em conta: satisfação, habilidade mastigatória, estabilidade, estética, fonética e conforto. A qualidade foi avaliada por 10 profissionais usando metodologia similar com base nos quesitos: retenção, estabilidade, relações maxilomandibulares, estética, fonética e oclusão. Os resultados mostraram que, para ambos os grupos em todas as avaliações, numa escala de 0 a 10, as médias das opiniões dos pacientes variaram de 9,0 a 9,9 e dos profissionais de 8,2 a 9,0, sem que diferenças estatísticas ($p \leq 0,05$) tenham sido identificadas, concluindo-se que a simplificação da técnica não interferiu na qualidade das próteses (Fonseca-Silva et al., 2011). Os resultados desta pesquisa evidenciaram, que o desenvolvimento da técnica simplificada para a confecção de próteses, pode aumentar o acesso a este procedimento nos serviços públicos, sem qualquer prejuízo na sua qualidade.

3. Presença de um minilaboratório anexo com equipamentos necessários às etapas de acrilização, acabamento e polimento da prótese dentária. Para que a prótese seja confeccionada no mesmo dia, é necessário que o protético trabalhe à 4 mãos com o cirurgião-dentista. Há necessidade de sincronizar os procedimentos para que o processamento se torne mais rápido.

4. A prótese final é confeccionada com resina acrílica termopolimerizável pelos métodos de inclusão em mufla plástica usando barreira de silicone, prensagem e ciclo de polimerização em micro-ondas, seguida de acabamento e polimento (Brasil, 2013).

Diante do exposto e do interesse do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia (DSEI Bahia) em reabilitar pacientes desdentados em terras indígenas, foi estabelecida a parceria entre a Faculdade São Leopoldo Mandic e o citado DSEI, com apoio da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) - Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e teve início o planejamento de Mutirões Prótese em 1 Dia / Aprender Brincando, em terras indígenas.

Para tanto, foi solicitada pela Faculdade São Leopoldo Mandic autorização de uso de 80 pares de arcos, cobertos pela patente PI0602107-7 B1 à Inova / UNICAMP, por meio do contrato de licenciamento firmado em 09/11/2018. A instituição se responsabilizou pela confecção e disponibilização gratuita dos 80 pares de arcos dentais pré-fabricados ao DSEI/Bahia para serem usados nas Aldeias Velha, Serra do Padeiro e Massacará, durante a fase de implantação do projeto.

Assim, foi planejado o primeiro Mutirão Prótese em 1 Dia e o local escolhido foi Aldeia Velha, Polo de Porto Seguro, em Porto Seguro (BA), entre os dias 15 e 19 de no-

vembro de 2018. O objetivo deste mutirão seria a confecção de próteses dentárias para os Pataxós pela equipe de cirurgiões-dentistas do DSEI, em terras indígenas.

Previamente à atividade, foi realizada uma capacitação da Técnica Prótese em 1 Dia, na Faculdade São Leopoldo Mandic para que seis cirurgiões-dentistas do DSEI Bahia pudessem estar preparados para o atendimento aos pacientes de Aldeia Velha (Figuras 3 e 4). Assim, um curso de 36 horas foi ministrado, incluindo aulas teóricas, clínicas e laboratoriais. O curso contava com três professores clínicos e três protéticos, sendo que seis pacientes foram atendidos e um total de doze próteses foram concluídas. A Faculdade São Leopoldo Mandic disponibilizou gratuitamente este curso de capacitação para os profissionais do DSEI Bahia.

Figura 03 - Ambiente clínico da capacitação



Fonte: Os autores, 2018.

Figura 04. Equipe de trabalho e espaço ao trabalho dos protéticos



Fonte: Os autores, 2018.

Após a liberação de uma lista de materiais odontológicos necessários para a realização do mutirão, foi feita a aquisição dos mesmos e a disponibilização das passagens aéreas para os professores da São Leopoldo Mandic, que iriam de Campinas para Porto Seguro. No dia 14 de novembro, houve uma conversa com os dentistas participantes de forma que os conceitos da técnica fossem apresentados a todos e a cada dentista que participou da capacitação, designou-se um segundo dentista que seria capacitado in loco (Figura 5).

Figura 05: Reunião com a equipe de profissionais que participou do Mutirão Prótese em 1 dia - Aldeia Velha



Fonte: Os autores, 2018.

Na manhã do dia 15 de novembro, quando ocorreu a abertura do mutirão houve discursos das lideranças indígenas e das autoridades do Serviço de Saúde indígena além de uma linda homenagem do povo Pataxó para os dentistas participantes do mutirão com a realização do ritual do Toré (Figuras 6).

Figura 6 - A e B: Cerimônia de abertura do mutirão prótese em 1 dia. C: Lideranças indígenas, autoridades do Serviço de Saúde Indígena e professores da Faculdade São Leopoldo Mandic. D: Profa Flávia Martão Flório, Cacique Pataxó Ângelo Carmo Dos Santos e Profa Almenara de Souza Fonseca Silva.





Fonte: Os autores, 2018.

No mesmo dia, os atendimentos foram iniciados considerando a prévia montagem e organização do espaço clínico e laboratorial no Centro Cultural da aldeia (Figuras 07 e 08). No primeiro, trabalharam cinco duplas de cirurgiões-dentistas para realização das etapas clínicas das próteses e três auxiliares de saúde bucal, que eram responsáveis pela organização e limpeza dos ambientes, limpeza, embalagem e esterilização dos instrumentais. O espaço clínico continha uma mesa central para distribuição de instrumentos e insumos, enquanto equipes portáteis, mesinhas escolares e cadeiras plásticas ficavam distribuídas em volta da mesa. Os serviços laboratoriais foram prestados por 2 protéticos, cujos honorários devem ficar sob responsabilidade do DSEI. O espaço do laboratório protético era formado por 3 fornos de micro-ondas, duas prensas, dois micromotores elétricos, um vibrador, um torno de polimento e duas mesas, sendo uma central, com os equipamentos e outra lateral, com os fornos, onde eram realizadas as fases laboratoriais das próteses.

Figura 07: Espaço de trabalho montados no Centro Cultural de Aldeia Velha- Espaço clínico



Fonte: Os autores, 2018.

Figura 08: Laboratório protético anexo ao espaço clínico montado no Centro Cultural de Aldeia Velha.



Fonte: Os autores, 2018.

Durante os cinco dias de mutirão, foram reabilitados 22 pacientes edêntulos, tendo sido confeccionadas 38 próteses e escolhemos o caso do seu Áureo, 75 anos, para ilustrar um dos casos reabilitados (Figura 09).

Figura 09: Caso reabilitado em 1 dia. As duas primeiras imagens representam a condição clínica inicial e a última, após a conclusão da reabilitação.



Fonte: Os autores, 2018.

Para dar as orientações ao paciente após instalação das peças protéticas optou-se pela técnica da sala de espera, onde o profissional conversa simultaneamente com um grupo de pacientes e eles esclarecem dúvidas (Figura 10). As instruções consistiram em orientação sobre necessidade de higienização diária das próteses, por dentro e por fora, além do cuidado com o manuseio para que não sofram quedas. Foram orientados sobre a mastigação de alimentos leves, além da necessidade de, durante a noite, manterem as próteses fora da boca e em um copo com água. Atentou-se sobre a necessidade de atenção as feridas que eventualmente se formem, justificando a procura pelo serviço de atenção básica. Orientou-se sobre a necessidade de substituição das próteses a cada 5 ou 6 anos, devido à reabsorção do rebordo.

Figura 10: Sala de espera



Fonte: Os autores, 2018.

Os ajustes pós-instalação das próteses, são necessários para promover conforto aos pacientes reabilitados e foram realizados nas semanas subsequentes ao mutirão, pelo cirurgião-dentista responsável pela aldeia. Foram realizados os controles posteriores necessários para ajustar sobre extensão de bordos, base e oclusão a fim de que o paciente usasse as próteses, em especial a inferior.

Em paralelo, enquanto no Centro Cultural o projeto Prótese em 1 dia foi realizado, com foco nos indígenas que não tiveram oportunidade de manter seus dentes na boca, na Escola Indígena Pataxó realizamos o projeto Aprender Brincando sobre Saúde, cientes da possibilidade de rompimento no ciclo de perdas dentária na comunidade com a manutenção da saúde bucal desde a infância.



Prevenção... O Projeto Aprender Brincando Sobre Saúde (ABSS)

O projeto “Aprender Brincando sobre saúde” pauta-se na premissa de que não pode haver dissociabilidade entre as áreas da educação e da saúde, como também na centralidade da educação básica como espaço de promoção de saúde e saúde bucal. Isso posto, é notório que a instituição escolar é considerada um espaço propício para o desenvolvimento de medidas educativas de promoção da saúde (Dávila & Mujica, 2008; Franco et al., 2008; Ribeiro et al., 2009; Orsi et al., 2009; Francisco et al., 2009; Macnab & Kasangaki, 2012, Barros et al., 2017) embora seja pouco aproveitada em sua essência no que diz respeito a saúde bucal, já que os educadores, embora sejam comprometidos e sintam-se responsáveis pela saúde bucal de seus alunos, relatam a necessidade de capacitação para abordar com segurança estes temas, evidenciando a necessidade de ações direcionadas aos professores (Santos et al., 2002; Franchin et al., 2006; Granville-Garcia et al., 2007; Vasel et al., 2008; Arcieri et al., 2013; Costa et al., 2014).

Neste contexto, a abordagem segura sobre saúde nas escolas é uma responsabilidade do setor da educação, visto que o tema está previsto dentre os temas transversais dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) compondo os conteúdos a serem ensinados no Ciclo I do Ensino Fundamental (MEC, 1997) e nas Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Básica (Brasil, 2013), em que se considera a inseparabilidade das dimensões do educar e do cuidar, buscando recuperar, para a função social da Educação Básica, a sua centralidade, que é o estudante. Cuidar e educar iniciam-se na Educação Infantil e devem ser estendidas ao Ensino Fundamental, Médio e posteriores.

Mais recentemente, na Base Nacional Comum Curricular (Brasil, 2018) enfatizou-se dentre os direitos de aprendizagem na Educação Infantil a necessidade da criança se conhecer e construir sua identidade pessoal, social e cultural, constituindo uma imagem positiva de si e de seus grupos de pertencimento, nas diversas experiências de cuidados, interações, brincadeiras e linguagens vivenciadas na instituição escolar e em contexto familiar e comunitário. Neste contexto, a experiência de cuidado é um direito de aprendizagem e as experiências práticas desses cuidados, tanto corporais como bucais, são muito importantes com esse público-alvo, devendo haver uma intencionalidade educativa para tanto.

Os temas transversais já citados referem-se a conteúdos de caráter social ou valores referentes à cidadania, trabalhados não como uma área de conhecimento específica, mas como um conteúdo a ser ministrado de modo integrado às várias áreas estabelecidas (Figueiró, 2000). Os educadores das diferentes áreas não devem “parar” sua programação para trabalhar os temas, mas sim estabelecer as relações entre ambos e incluí-los como conteúdo de sua área, articulando a finalidade do estudo escolar com as questões sociais, possibilitando aos alunos o uso dos conhecimentos escolares em sua vida extraescolar. Não se trata, portanto, de trabalhá-los paralelamente, mas de trazer para os conteúdos e para a metodologia da área, a perspectiva dos temas. Segundo o MEC, caberá aos professores mobilizar tais conteúdos em torno de temáticas escolhidas, de forma que as diversas áreas não representem pontos isolados, mas digam respeito aos diversos aspectos

tos que compõem o exercício da cidadania (Menezes & Santos, 2001).

Com a finalidade de capacitar os educadores e facilitar o acesso à informação, o MEC disponibiliza em seu site, quatorze arquivos contendo material para atualização nas áreas de conhecimento e temas transversais contemplados pelos PCNs, dentro destes, encontram-se os volumes 9.1, corresponde ao Meio Ambiente e 9.2 relativo à Saúde (Brasil, 1997). Embora entre as orientações estejam explícitas as informações sobre alimentação saudável, medidas práticas de autocuidado para a higiene corporal, incluindo a higiene bucal, não há detalhamentos sobre como atender a essas orientações.

E neste ponto é que o ABSS entra visto que no livro “Aprender brincando sobre saúde – saúde bucal com sustentabilidade para crianças” (Flório & Silva, 2017) e nas oficinas realizadas, orienta as pessoas, no caso os educadores infantis, para que se apropriem de conceitos de saúde bucal e tenham um leque de opções para elaborar e executar ações de educação em saúde, brincando. Para tanto, o enfoque das oficinas do ABSS é abordar temas relacionados ao cuidado em saúde bucal, na lógica de que a criança passa uma parte considerável de seu dia na escola e é lá que, muitas vezes, tem acesso à frequência e constância nos cuidados em saúde, incluindo-se nestes os de higiene e alimentação.

Nas oficinas desmistificamos práticas e simplificamos as informações para que, no dia a dia, as ações de cuidado em saúde sejam pautadas em condutas consagradas, sem deixar de lado valores fundamentais, como o respeito aos recursos naturais e o desenvolvimento de responsabilidade em relação à saúde bucal das crianças.

A experiência do projeto desenvolvido durante o mutirão de saúde realizado junto aos Pataxós de Porto Seguro, na Aldeia Velha contou com a participação de educadores da rede de ensino, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Foram organizadas duas turmas (Figuras 11) com o objetivo de orientá-los para a prática da promoção de saúde bucal de forma lúdica, dinâmica e sustentável, facilitando a integração das áreas da saúde e da educação. Tais conceitos, uma vez apreendidos, poderão ser utilizados na prática diária, tornando-os aptos a elaborar e executar ações de educação para a saúde, brincando.

Figuras 11 A e B: Turmas que participaram da Oficina do ABSS



Fonte: Os autores, 2018.



Os participantes aprenderam os conceitos básicos de saúde bucal na infância e confeccionaram ecojogos e ecoobjetos (Figura 12), a partir de materiais reutilizáveis de descarte doméstico, proporcionando a interação de temas relacionados à saúde, como as principais doenças bucais da infância, dieta saudável e higiene bucal com temas relacionados ao meio ambiente, como o princípio dos 5Rs para manejo dos resíduos e o consumo consciente da água.

Figuras 12 A e B: Participantes das oficinas do ABSS trabalhando em grupos e confeccionando ecojogos e ecoobjetos com o uso de materiais de descarte doméstico disponíveis na aldeia.



Fonte: Os autores, 2018.

A oportunidade de aprender sobre a cultura indígena e incluí-la nas produções realizadas pelos grupos foi rica demais ao projeto! Sementes de açaí, folhas de vegetação típica da aldeia e cascas de árvore foram utilizados para enriquecer os objetos criados e trazer a eles a identidade do povo Pataxó (Figuras 13).

Figuras 13 A, B e C - Materiais produzidos nas oficinas do ABSS na Aldeia Velha pelos participantes trazendo aos ecojogos e ecoobjetos criados com traços da cultura Pataxó.



Fonte: Os autores, 2018.

Para ser o nosso porta voz na Aldeia Velha, criamos um ecobjeto (Figura 14) que serviu de inspiração para a criação da mascote do Mutirão, que ilustrou as camisetas e os materiais educativos utilizados durante a nossa vivência na Aldeia Velha (Figura 15). Ele se chama Toxôhã, que em Patxohã significa “dente de guerreiro”.

Figura 14: Ecobjeto Toxôhã



Fonte: Os autores, 2018.

Figura 15: Camiseta usada pela equipe de trabalho, ilustrada com o desenho do Toxôhã.



Fonte: Os autores, 2018.



Os participantes se apropriaram de conceitos de saúde bucal e agora podem, no dia a dia, elaborar e executar, brincando, ações de educação para saúde bucal no ambiente em que desenvolvem suas práticas, seja na escola, na unidade de saúde ou domicílio (Figura 16).

Figura 16: Educadora e crianças da Escola Pataxó utilizando o ecobjeto confeccionado na oficina do ABSS



Fonte: Os autores, 2018.

▲ Considerações Finais

A reabilitação oral, por meio das próteses totais e parciais removíveis, são as modalidades de próteses mais comuns e rotineiras e que poderiam estar ao alcance da maioria da população se a técnica de confecção fosse um pouco mais simplificada. O avanço da tecnologia trouxe mais interação, conforto e saúde para o mundo: em todas as áreas do conhecimento foram extensas e significativas as mudanças nos processos, nas técnicas, nos materiais... e por que a Odontologia continua a fazer as próteses totais e parciais removíveis como fazia há 100 anos?

A experiência de levar tecnologia em saúde às pessoas dentro de uma comunidade indígena nos mostrou que este processo é viável e que com a simplificação

proposta, plenamente possível. Dificuldades aconteceram em decorrência de limitações da rede elétrica e hidráulica disponíveis na aldeia, no entanto a equipe coesa e a comunidade pró ativa permitiram que essas dificuldades fossem contornadas logo no primeiro dia do mutirão. Outro ponto que merece destaque foi a característica biológica dos Pataxós, cujos rebordos se mostraram altos em comparação à população em geral, havendo assim, menor espaço disponível para a montagem dos dentes. Neste sentido, os dentes dos arcos tiveram que ser, em alguns casos, desgastados para que se adaptassem perfeitamente à boca do paciente. Enfatiza-se a fundamental necessidade da aquisição prévia dos materiais de consumo e da presença em campo de pelo menos dois protéticos com experiência em resina acrílica.

O bem-estar biopsicossocial obtido com uma prótese nos mostra que independente do lugar, idade e condição social, qualquer pessoa que perdeu os dentes quer substituí-los. Para o indivíduo, o aumento do acesso às próteses promove muito além da mastigação, mas devolve a sua dignidade, autoestima, sua segurança, enfim, melhora sua qualidade de vida.

De todo modo, a reabilitação de pessoas que perderam seus dentes é fundamental, mas não se pode pensar na perda de dentes como algo natural e esperado. A Odontologia muito se desenvolveu nas últimas décadas e o conhecimento atualmente disponível é plenamente suficiente para evitar que as perdas dentárias ocorram. Por essa razão, embora o carro chefe dos mutirões seja a reabilitação dos idosos, não podemos deixar de focar a nova geração com atenção especial para ajudá-la a manter seus dentes com saúde, na boca. Em nosso projeto, a reabilitação e a prevenção caminham de mãos dadas!

Esperamos que a próxima etapa do projeto, prevista para acontecer nas aldeias Serra do Padeiro e Massacará seja em breve realizada e que a parceria estabelecida seja um primeiro passo para levarmos a reabilitação e a prevenção onde mais o acesso for difícil! Afinal, juntos somos mais fortes!

Agradecimentos

São muitos os agradecimentos que devem ser feitos! Um trabalho com essa magnitude não depende de um, dois ou três pares de mãos... São várias dezenas de pessoas que contribuíram para que o mutirão acontecesse.

Começando por Campinas...

Agradecemos à Faculdade São Leopoldo Mandic pelo apoio financeiro e institucional ao projeto. À UNICAMP pela liberação para uso dos arcos dentais. Aos Cirurgiões dentistas Ricardo Minekawa e Gabriela Victorelli pela participação ativa e fundamental no mutirão. A equipe do Dentitos pela ajuda financeira e criação do desenho do Toxôã e materiais educativos distribuídos pelo ABSS na escola.

Agora em Porto Seguro, Bahia e Brasília...



Iniciamos pela Coordenação do DSEI Bahia Luzia Silva Matos e pela Chefia da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI) Francisco Borges Rodrigues Neto pelo apoio e confiança e aos seus antecessores Mônica Corrêa Marapara, Gleidson Pinheiro da Silva e Itana Miranda dos Santos, por terem compreendido a importância e a magnitude do projeto.

Na oportunidade a chefe da DIVISÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA - DIASI era Itana Miranda dos Santos, hoje Francisco Borges Rodrigues Neto.

Agradecemos a equipe do DSEI Bahia: Gabriel Côrtes, responsável técnico em saúde bucal indígena da SESAI; Thiago Moraes Bute, responsável técnico pelo programa de saúde bucal indígena da Bahia. Aos cirurgiões-dentistas do DSEI Bahia: Dalliano Cardoso Nora; Frank Elton Silva Carvalho; Helton Cristian Martins Lopes; Larissa Novais De Souza; Matheus Ribeiro Dos Santos; Thairine Campos Nascimento; Tiago Silva Cruz; Uranio Sergio Fernandes Costa e em especial ao Jeriel Silva Santos Junior que foi o primeiro a acreditar na possibilidade de realização da técnica nas aldeias indígenas da Bahia.

Agradecemos à Equipe Multidisciplinar De Saúde Indígena (Emsi) da Aldeia Velha, em nome das auxiliares de saúde bucal indígena Jeruza Ferreira Dos Santos; Kalebe de Brito Santana e Tshaka da Conceicao Braz.

Ao Cacique da aldeia, Angelo Carmo dos Santos, ao Coordenador Administrativo do Polo Base de Porto Seguro, Ubiraci Matos, à Coordenadora Técnica do Polo Base de Porto Seguro, Gislane Dos Santos Moraes e a responsável Técnica Em Educação Permanente Em Saúde, Larissa Soares Da Silva.

Em nome da Coordenadora Maria Aparecida Alves da Conceição (Paru), a todos os profissionais que participaram das oficinas do ABSS e aos que ajudaram com a alimentação, estrutura e limpeza da escola enquanto lá estivemos, nosso muito obrigada!

E claro, sem dúvida alguma, ao povo Pataxó... O acolhimento com que nos receberam, os laços de amizade criados, os ensinamentos compartilhados e as palavras repletas de amor da querida Pajé Jaçanã ficarão sempre em nossas memórias e corações!

Obrigada pela oportunidade!

Referências

Abrão, W & Bérnago, PMS. (2008). **Prótese total para o clínico geral**. Ribeirão Preto: Livraria e Editora Tota, 230p.

Alves Filho, P; Santos, RV & Vettore, MV. (2014). Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Rev Panam Sa-**

lud Publica. V.35, n. 1, p.67-77.

Arantes, R. (2005). Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra JR, CEA; Santos, RV; Escobar, AL., orgs. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO. 260 p.

Arcieri, RM; Rovida, TAS; Lima, DP; Garbin, AJI; Garbin, CAS. (2013). Análise do conhecimento de professores de Educação Infantil sobre saúde bucal. **Educar em Revista**, v.47, p: 301-314.

Barros, VA; Costa, SM; Zanin, L; Flório, FM. (2017). Evaluation of an educational activity in the oral health of students. **Int J Dent Hyg**. v.15, n.1, p.23-29.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico de confecção de próteses totais pela técnica de polimerização em microondas**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde. 34 p.

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: MS.

Brasil. (2018). Ministério da Educação. Governo Federal. **Base Nacional Curricular Comum: BNCC - Apresentação**. http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf

Brasil. (2013). Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de **Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão**. Conselho Nacional da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica/ Ministério da Educação. Secretária de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. - Brasília: MEC, SEB, DICEI. 542p

Brasil. (1997a). Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacio-**



nais: Introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília : MEC/SEF.

Brasil. (1997b). Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente, saúde.** Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília : MEC/SEF.

Carlsson, GE & Omar, R. (2010). The future of complete dentures in oral rehabilitation. A critical review. **J Oral Rehabil.** v.37, n.2, p.143-56.

Ceruti, P; Mobilio, N; Bellia, E; Borracchini, A; Catapano, S; Gassino, G. (2017). Simplified edentulous treatment: A multicenter randomized controlled trial to evaluate the timing and clinical outcomes of the technique. **J Prosthet Dent.** v.118, n.4, p:462-467.

Costa, MM; Barbosa, ADL; Fernandes, JMFA; Fonseca, FRA; Paredes, SO. (2014). Conhecimento e práticas em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental de um município de pequeno porte do sertão paraibano. **Arq Odontol,** Belo Horizonte, v.50, n. 4, p;193-202.

Cunha, TR; Della Vecchia, MP; Regis, RR; Ribeiro, AB; Muglia, VA; Mestriner, WJR; Souza, RF. (2013). A randomised trial on simplified and conventional methods for complete denture fabrication: masticatory performance and ability. **J Dent.** v.41, n.2, p:133-42.

Cunha, VPP & Marchini, L. (2014). **Prótese total contemporânea na reabilitação bucal.** 2a ed., São Paulo: Santos, 246p.

Dávila, ME & Mujica, GM. (2008). Aplicación de un programa educativo a los escolares sobre enfermedades de la cavidad bucal y medidas preventivas. **Acta Odontol.** v.46, n.3, p:1-7.

Duncan, JP & Taylor, TD. (2004). Simplified complete dentures. **Dent Clin N Am** v.48, n.3, p:625-640.

Figueiró, MNDA. (2000). A viabilidade dos temas transversais à luz da questão do trabalho docente. **Revista PSI**, v. 2, n. 1. Jun. 2000. <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n12.htm>

Flório, FM & Silva, ASF. (Org.). (2017). **Aprender brincando sobre saúde - Saúde bucal com sustentabilidade para crianças.** 1. ed. Campinas: Editora Pontes. v. 1000. 218p.

Fonseca-Silva, AS; Consani, S; Innocentini-Mei, LH; Peres L; Trochmann, JLL. (2011). Confeção de próteses totais com arcos dentais pré-fabricados – Avaliação segundo pacientes e profissionais. **Braz Oral Res** v.25 (Suppl. 1), p:277.

Franchin, V; Basting, RT; Mussi, ADA; Flório, FM. (2006). A importância do professor como agente multiplicador de saúde bucal. **Rev Abeno.** v.6, n.2, p:102-108.

Francisco, KMS; Sundefeld, MLMM; Garbin, AJI; Garbin, CAS. (2009). Técnica do grupo focal como método de avaliação do conhecimento de adolescentes sobre saúde bucal. **Acta Scientiarum Health Sci**. v.31, n.2, p:165-70.

Franco, AM; Martínez, CM; Álvarez, M; Coutin, IA; Larrea, IM; Otero, MA, et al. (2008). Los niños tienen la palabra: Nuestras bocas sanas para una vida sana. **Rev CES Odontol**. v.21, n.1, p:9-16.

Granville-Garcia, AF; Silva, JMD; Guinho, S & Menezes, V. (2007). Conhecimento de professores do ensino fundamental sobre saúde bucal. **RGO**. v.55, n.1, p:29-34.

Guimarães, MRC; Pinto, RS; Amaral, JHL & Vargas, AMD. (2017). Desafios para a oferta de prótese dentária na rede de saúde pública. **Rev. odontol**. UNESP, Araraquara, v. 46, n. 1, p:39-44.

Kawai, Y, Muarakami, H & Feine, JS. (2018). Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? A 10-year follow-up of a randomized clinical trial. **J Dent**. v.74, p.30-36.

Kawai, Y; Murakami, H; Shariati, B; Klemetti, E; Blomfield, JV; Billette, L; Lund, JP & Feine, JS. (2005). Do traditional techniques produce better conventional complete dentures than simplified techniques? **J Dent**. v.33, n.8, p.659-68.

Kawai, Y; Murakami, H; Takahashi, Y; Lund, JP & Feine, JS. (2010). Efficient resource use in simplified complete denture fabrication. **J Prosthodont**. v.19, n.7, p.512-6.

Ling, BA. (2004). A three-visit, complete-denture technique utilizing visible light-cured resin for tray and base plate construction. **Quintessence Int**. v.35, n.2, p.294-298.

Macnab, A & Kasangaki, A. 'Many voices, one song': a model for an oral health programme as a first step in establishing a health promoting school. **Health Promot Int**. v.27, n.1, p.63-73, 2012.

Menezes, ET & Santos, TH. (2001). **Temas transversais. Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrazil**. São Paulo: Midiamix. Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/temas-transversais/>>. Acesso em: 29 de abr. 2017.

Orsi, VME; Pereira, AA; Flório, FM; Souza, LZ; Boaretto, P; Pinheiro, PPS, et al. (2009). Hábitos e conhecimentos de escolares sobre saúde bucal. **RGO**. v.57, n.3, p.291-6.

Paulino, MR; Alves, LR; Gurgel, BC; Calderon, PS. (2015). Simplified versus traditional techniques for complete denture fabrication: a systematic review. **J Prosthet Dent**. v.113, n.1, p.12-6.

Peres, MA; Barbato, PR; Reis, SCGB; Freitas, CHSM & ANTUNES, JLF. (2013). Perdas den-



tárias no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010. **Rev. Saúde Pública** [online], v.47, suppl.3, p:78-89.

Regis, RR; Cunha, TR; Della Vecchia, MP; Ribeiro, AB; Silva-Lovato, CH; Souza, RF. (2013). A randomised trial of a simplified method for complete denture fabrication: patient perception and quality. **J Oral Rehabil.** v.40, n.7. p.535-45.

Ribeiro, DG; Dovigo, LN; Silva, SRC. (2009). Avaliação de um método educativo em saúde bucal aplicado em escolares de ensino público. **Arq Odontol.** v.45, n.3, p.154-9.

Santos, PA; Rodrigues, JDA; Garcia, PPNS. (2002). Avaliação do conhecimento dos professores do ensino fundamental de escolas particulares sobre saúde bucal. **Revista de Odontologia da UNESP.** v.31, n.2, p.205-214.

Tamaki, T. (1983). **Dentaduras completas.** 4a ed. Savier.

Telles, D; Hollweg, H & Castellucci, L. (2003). **Prótese total - convencional e sobre implantes.** Santos.

Turano, JC; Turano, LM & Turano, MVB. (2016). **Fundamentos de prótese total.** 9a ed. Santos, 571p.

Vasel, J; Bottan, ER; Campos, L. (2008). Educação em saúde bucal: análise do conhecimento dos professores do ensino fundamental de um município da região do Vale do Itapocu (SC). **RSBO.** v.5, n.2, p.12-18.

O Programa Mais Médicos e seus encontros com o cuidado indígena no DSEI Alto Rio Solimões: anotações do campo de pesquisa ²⁵

15

Júlio Cesar Schweickardt
Alcindo Antônio Ferla
Joana Maria Borges Freitas Silva
Rodrigo Tobias de Sousa Lima
Taís Rangel Cruz Andrade
Jerfeson Nepumuceno Caldas
Bahiyeh Ahmadpour

▲ **Prólogo**

Na região do Alto Solimões vive o povo Ticuna, que se autodenomina Magüta, “povo pescado com vara”, que no mito de origem, o herói cultural YOI pescou as pessoas que nessa época eram peixes, alimentados das cinzas de outro herói cultural IPI, irmão de YOI, que ao bater na terra os transformaram em pessoas. A origem do povo está no igarapé Eware, que é banhado uma parte em sangue e outro pela água natural, próximo da comunidade de Vendaval, no rio Solimões, Amazonas. O igarapé somente pode ser visto quando a pessoa é limpa e fiel porque é sagrado. Se a pessoa for com maus pensamentos não encontra o local (Entrevista professor indígena).

Ao entrarmos na área Ticuna e de outras etnias tínhamos a expectativa de “pescar” os dados através da observação nas comunidades indígenas, mediados pelos “filtros” dos profissionais de saúde e pelos próprios indígenas. Observar o cotidiano da população nas comunidades e o fazer saúde das equipes, nesse entrelace de realidades culturais e em que medida as mesmas se integram ou se distanciam, trouxe uma nova perspectiva da necessidade de cuidado que se impõe na relação com os povos indígenas. A tarefa de compreensão das palavras “traduzidas” da língua indígena para o português nos fez ver o quanto somos pequenos diante da imensidão de uma cultura.

25 - O texto parte de uma pesquisa realizada no DSEI do Alto Rio Solimões entre março de 2018 a maio de 2019. A pesquisa foi financiada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) que tinha o interesse de analisar o Programa Mais Médicos em contexto indígena. A pesquisa teve a aprovação do CEP/CONEP (CAAE: 80564817.9.0000.5020). Antes disso, teve a aprovação do CONDISI e das lideranças locais.

Entramos no barco para navegar pelo grande e perigoso rio Solimões, desviando dos troncos e cortando caminhos que somente o barqueiro conhecia. Percorremos igarapés e passamos próximos do local onde os Magüta foram pescados e não vimos a água de sangue, pois na condição de estrangeiros e pesquisadores não éramos “puros” para compreender como as coisas surgiram ou como foram pescadas. No entanto, andamos, conversamos e nos inquietamos com o esforço das equipes de saúde ao realizarem a chamada, atenção diferenciada. Exercitamos um olhar simples para um mundo cultural bastante complexo. Assim, tentamos “pescar” algumas ideias que nos apareceram durante os poucos dias que convivemos com trabalhadores indígenas e não-indígenas, lideranças, pessoas das comunidades para compreender o trabalho no cotidiano mediado pela interculturalidade. O diálogo e a observação da rotina de trabalho foram o nosso instrumento de análise nos poucos dias que compartilhamos com os profissionais da equipe de saúde o alojamento na comunidade indígena.

Introdução

Apresentamos nesse texto algumas anotações de campo realizado no Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Solimões (DSEI ARS), numa pesquisa que tinha como objetivo analisar os efeitos do Programa Mais Médicos (PMM) na saúde indígena. A pesquisa contou com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e da Secretaria Especial Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde (MS) e com todo apoio de logística do DSEI ARS. A pesquisa iniciou em março de 2018 e se estendeu até março de 2019. Os produtos foram o Relatório técnico para a OPAS, um artigo que foi publicado na Revista Pan Americana de Saúde Pública (Schweickardt et al., 2019), um capítulo de livro (que está publicado no outro livro da mesma chamada para a qual este texto foi elaborado) e uma dissertação de mestrado (Andrade, 2019). Assim, achamos por bem relatar algumas impressões, experiências e histórias do campo que não entraram no relatório.

A pesquisa foi coordenada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA do Instituto Leônidas e Maria Deane- ILMDFiocruz Amazônia, que executou projeto sobre o PMM na região norte, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) através do Edital ILMDFiocruz/Fapeam. O LAHPSA também participou do Observatório Mais Médicos, coordenado pela Rede Governo Colaborativo em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS e a Associação Brasileira Rede Unida. O LAHPSA tem se ocupado de temas da saúde integrados a questões culturais, sociais e potencialidades locais para o desenvolvimento do sistema único de saúde no contexto da região amazônica. Um desses temas é sobre o território e as redes vivas de saúde nos diferentes lugares da Amazônia com populações ribeirinhas, quilombolas e indígenas. A posição ético-política do Laboratório é pelo compromisso de uma pesquisa implicada na melhoria da qualidade de vida das populações amazônicas.

A escolha do DSEI ARS se deu pela particularidade da fronteira, além de ser do DSEI coma maior população indígena do país. O dinamismo da gestão do DSEI e a disponibilidade para a logística de transporte da equipe de pesquisa até o campo, também

influenciaram na escolha. Assim, iniciamos os contatos com a coordenação do DSEI para coleta de informações sobre o trabalho desenvolvido na saúde indígena e de dados populacionais e culturais. Iniciamos, assim, a leitura sobre o povo Ticuna. Apesar de não ser a única etnia residente neste Distrito, entendemos que era o povo que certamente mais influenciava nos modos de fazer saúde, devido ao seu intenso repertório cultural preservado, e sua estreita relação com os curadores tradicionais das comunidades.

Quanto à metodologia da pesquisa foi realizado um estudo de caso, com utilização de dados secundários e coleta de dados primários nas localidades selecionadas para a pesquisa. O Estudo de Caso “investiga um fenômeno contemporâneo em seu contexto natural” (Yin, 2001, p. 23). Utilizamos três cenários como estudo de caso com a possibilidade de fazer uma descrição ampla e profunda do fenômeno e não a prevalência do mesmo, ou seja, buscamos perceber a intensidade e não a extensão do fenômeno (Yin, 2015, p.62). Os dados secundários foram coletados no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI e no DSEI ARS. Os dados primários foram coletados por meio de entrevistas abertas, com roteiro orientador. Esse recurso estimula narrativas das possíveis vivências, interpretações do entrevistado e sua visão sobre as relações sociais envolvidas nessa ação. Acompanhamos reuniões das equipes, comunidade e lideranças e encontros que foram surgindo nas Comunidades. Outro recurso metodológico foi a utilização do diário de campo que buscou descrever as observações e percepções dos pesquisadores sobre a pesquisa.

Os membros da equipe de pesquisa tinham formações diversas, portanto olhares diferentes, que já haviam tido contato com a saúde indígena ou com a região do Alto Rio Solimões. Assim, tivemos na equipe uma enfermeira que havia atuado na saúde indígena em outro DSEI no Amazonas e fazia mestrado com foco no tema, um administrador que já havia sido gestor de um DSEI no Amazonas, um médico que tem a sensibilidade de descrever com complexidade os pequenos detalhes; um dentista que conhecia a região e o PMM; uma bióloga mestranda que acompanhava os projetos do LAHPISA; uma enfermeira que pesquisava saúde indígena; um cientista social que pesquisava o PMM e em outros tempos já fora um antropólogo. Além disso, foram convidados colegas de outras regiões que tinham uma relação com o PMM e saúde indígena para contribuir na construção do estudo.

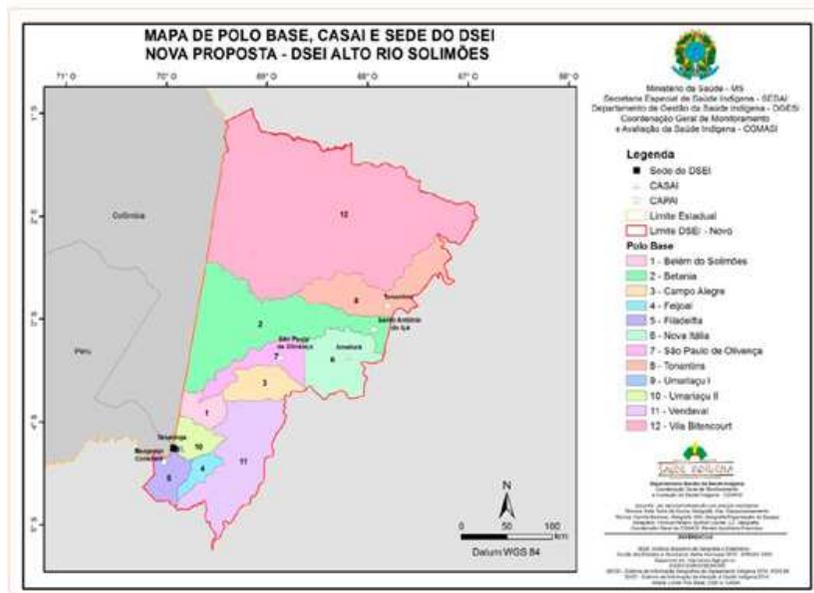
O resultado da pesquisa demonstra que houve um reordenamento importante no escopo de práticas de toda Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI), possibilitando o desenvolvimento de ações integrais, com foco na promoção da saúde, garantindo atendimento clínico e preventivo permanente para a população. Dito tudo isso, informamos que nesse texto buscamos apresentar aquelas questões que normalmente ficam fora da produção técnica e científica que são as anotações de campo e as impressões da equipe a partir dos seus lugares de fala. Assim, esse texto pode se caracterizar como um espaço em que a pesquisa atravessa nossos corpos e dá novos sentidos às palavras e aos olhares. No decorrer da fala, vamos apresentando os temas que ocuparam a nossa observação e nos levaram até aquele lugar na fronteira do Brasil e nos permitiu conviver com os indígenas e trabalhadores da saúde.



O DSEI ARS envolve sete municípios do Estado do Amazonas, na região de fronteira com os países Peru e Colômbia. A sede do DSEI está situada na cidade de Tabatinga, localizando-se numa distância média de 4 dias de viagem de barco ou 2:30 horas de avião da capital amazonense. O DSEI ARS tem uma população de 71.430 pessoas, distribuídas em 233 aldeias (SIASI, 2016). A região possui uma grande diversidade cultural, com 07 etnias: Ticuna, Kokama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto e Maku-Yuhup, sendo a maior parte da população composta pela etnia Ticuna.

O acesso a essas comunidades é feito por via terrestre quanto aos Polos Base de Umariçu I e Umariçu II, aos demais somente por via fluvial e algumas comunidades por via aérea. O DSEI possui 13 Polos Base (PB) distribuídos em sete municípios: Tabatinga, Benjamin Constant, São Paulo de Olivença, Santo Antônio do Içá, Amaturá, Tonantins e Japurá. A Casa de Saúde Indígena (CASAI) fica situada no município de Tabatinga, bem como quatro Casas de Apoio à Saúde Indígena (CAPAI). A CASAI destina-se ao alojamento do usuário no município de referência, cujo papel principal está em prestar apoio ao paciente indígena em trânsito, para exames ou tratamento, ou seja, acolher os doentes que são encaminhados pelo PB. Para o DSEI ARS, Tabatinga é referência para os atendimentos de média complexidade e Manaus é referência para a alta complexidade. A principal unidade prestadora de serviço hospitalar é o Hospital de Guarnição do Exército Brasileiro e a Unidade de Pronto Atendimento/ Maternidade (Cartografia DSEI, 2017).

FIGURA 01: Abrangência do DSEI Alto Rio Solimões.



Fonte: Cartografia DSEI ARS, 2017.

O PMM, foco dessa pesquisa, foi criado em 2013, através da Lei n 12.871, a partir de um grande esforço do governo federal para enfrentar o problema da falta de médicos e aprimorar a ABS no Brasil (Brasil, 2015). O PMM, além de ampliar o número de médicos para regiões com grandes desafios no acesso por estes profissionais, como no caso de áreas remotas e indígenas, visou também a ampliação e a reforma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o aumento no número de vagas para os cursos de medicina e nos programas de residência médica no país (Brasil, 2013).

▲ Os trajetos, os cenários e as anotações de campo

Depois dos momentos de preparação realizados em encontros com a equipe, quando foi discutido os objetivos da pesquisa e o papel que cada pessoa exerceria no âmbito da pesquisa, bem como, de todas as questões éticas e protocolos de autorização para a entrada em terra indígena, nos deslocamos para Tabatinga a partir de Manaus. Antes disso, tínhamos realizado duas viagens para conhecer o DSEI ARS e visitamos dois Polos Base, com um representante da OPAS e da SESAI. A segunda viagem foi para apresentar o projeto para o Conselho Distrital Saúde Indígena (CONDISI), sendo aprovado pelas lideranças indígenas das três comunidades escolhidas para a observação no território: Belém do Solimões, Campo Alegre e Betânia.

Antes de sair de Manaus, dividimos a equipe de pesquisadores em duas pessoas para cada comunidade, cada um levando na sua caixa de ferramentas os conhecimentos anteriores sobre o tema e a região. Fomos preparados para ficar alguns dias nos três PB escolhidos. As viagens para as comunidades são realizadas somente de lancha, pelo Rio Solimões e Rio Içá. Quando chegamos no movimentado porto, às sete horas da manhã, na Balsa da SESAI, vimos que teríamos a companhia dos enfermeiros que estavam voltando para as suas áreas depois de uma formação. Assim, a lancha de 18 lugares estava lotada e teria um roteiro de viagem e parada em cada Polo para deixar a nossa equipe e os enfermeiros até o último município abrangido pelo DSEI, Tonantins. Além das pessoas, ainda carregava as bagagens e o combustível. A equipe que seguiu para Belém do Solimões foi recebida no porto pelo Coordenador do Polo Base que os conduziu diretamente à comunidade.

Na Amazônia, as distâncias são medidas por tempo e não por quilômetros, podendo ficar próximas ou distantes a depender da potência do motor, quanto mais potente, menor o tempo e maior gasto de combustível. A distância com o motor de 250 Hp da nossa lancha até o PB de Belém do Solimões, ainda no município de Tabatinga, é de 2 horas de viagem; Campo Alegre, no município de São Paulo de Olivença é de 4 horas; Betânia, no município de Santo Antônio do Içá fizemos em 8 horas de viagem. As duas primeiras sedes dos Polos se localizam na calha do rio Solimões e Betânia na calha do rio Içá (30 minutos de lancha até a cidade de Santo Antônio do Içá).

O rio Solimões é classificado como rio de águas brancas, tem uma correnteza forte e arrasta uma quantidade grande de madeira e de terra que caem dos barrancos,



tornando a viagem perigosa. O Rio Solimões é o limite político entre Brasil e Peru. Nele pode-se observar o fenômeno de terras caídas que na enchente e vazante fazem com que os barrancos, sendo corroídos pela água, produzam a queda de terra e árvores. O rio produz uma dinâmica e um aprendizado para os ribeirinhos, como outros rios da Amazônia, de formação de dunas e movimento das terras no ciclo hidrológico:

A navegação quase diária pelo rio, muitas vezes compartilhadas com outros agricultores, constitui um rico espaço/momento de reconstrução contínua do saber local sobre a dinâmica do rio. O posicionamento de uma árvore na margem, de uma raiz “engatada” no leito do rio, de uma ponta de terra em formação, da resistência da correnteza à ação da hélice do motor rabeta²⁶, ou ainda a alteração da velocidade do fluxo da água em determinadas partes do rio, são signos importantes no dia a dia de quem circula por esses caminhos e constituem um complexo sistema local de orientação para navegação (Martins, 2016, p. 42).

Durante o percurso, fomos conhecendo os companheiros de viagem. Alguns olhavam seus vídeos e jogos no celular, outros tentavam dormir com o barulho do motor, e enquanto isso a paisagem do rio Solimões, com a sua imensidão, e as matas das margens, com suas altas copas características da região amazônica, passavam rapidamente. A primeira parada foi em uma casa flutuante, na verdade uma loja de conveniência no rio, quem precisava ir ao banheiro, de um lanche, ou apenas alongar o corpo, aproveitou. Continuando a viagem, a próxima parada foi na Comunidade Vendaval, localizada na confluência do igarapé São Jerônimo com o Rio Solimões, ao nos aproximar vislumbramos no espelho da água, imagens de palafitas enfileiradas, sinal de que o regime das águas influencia os modos de vida e aqui já pudemos perceber que a ideia de “indígenas aldeados”, concebida por muitos, é muita distinta da realidade; energia elétrica, escolas e unidades de saúde são apenas alguns dos serviços com os quais estamos habituados nos centros urbanos de onde somos provenientes. A Comunidade Campo Alegre foi a próxima parada, nesta desembarcaram dois membros da nossa equipe e dois enfermeiros, sendo um deles o coordenador do Polo Base. Aqueles que se dirigiam à Betânia puderam dizer ao atracar em Campo Alegre, “até aqui foi meio caminho navegado”.

Seguimos viagem e na comunidade de Santa Rita tivemos um problema no motor, onde paramos para que o piloto desmontasse todo o motor para identificar o defeito, e segundo o piloto-mecânico, o problema era a gasolina suja. Depois de quase duas horas, saímos novamente para o Solimões e não demorou muito o problema voltou. Foi quando um enfermeiro tomou o lugar do piloto e esse foi para o lugar que o motor estava e ficou bombeando a gasolina para continuar funcionando. Em alguns momentos o piloto batia na cobertura para avisar o enfermeiro que deveria desacelerar ou porque havia um pedaço de pau ou por um rebojo²⁷. Nesse momento vimos que aos profissio-

26 - Motor de 4 a 5 Hp que possui uma haste de ferro, sendo um motor muito econômico e por isso é muito utilizado pela população amazônica

27 - Rebojo é uma expressão utilizada pelos pilotos de barco para redemoinhos que surgem no meio do rio e podem provocar uma desestabilização da lancha ou barco.

nais da saúde indígena é necessário ter versatilidade em suas funções. O enfermeiro pode ter funções múltiplas que não se resumem ao atendimento no Polo Base, como neste caso em que se tornou motorista. O motorista passou a exercer funções de mecânico para que o motor pudesse funcionar. “Assim é na saúde indígena”, dizem os profissionais, pois se faz necessário pilotar, saber sobre mecânica de motores, conhecer os rios, além de aprender um pouco da língua Ticuna.

FIGURA 02: Rio Solimões.



Fonte: Júlio Cesar Schweickardt, 2018.

▲ No Polo Base Betânia

O último grupo de pesquisa chegou quando o sol estava se pondo nas águas do rio Içá, na Comunidade ou Vila Betânia. Deslocamos-nos para o alojamento da equipe de saúde, onde estavam o médico cubano, três enfermeiros e uma nutricionista. Ainda fazia parte da equipe a psicóloga, o dentista, técnicos de enfermagem e os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que eram Ticuna.

Quando se chega aos portos das comunidades que sediam os PB, não se faz ideia de que estas abrigam milhares de pessoas, poderiam passar por municípios, o polo de Campo Alegre, constituído por 09 aldeias, tem uma população de 6.372 indígenas, enquanto que somente a aldeia denominada Vila de Betânia abriga quase 5 mil pessoas, possui duas escolas, igreja evangélica, comércios, serviços de mototáxi e de internet (que precisa de muita paciência para conseguir alguns minutos de troca de mensagens). Naquele fim de tarde, pessoas de diferentes idades jogavam voleibol e futebol em vários espaços da Comunidade. Depois descobrimos com o médico, que tinha mestrado em saúde desportiva, que esses jogos produziam diversas torções e fraturas. Os jogos eram uma coisa que os moradores levavam muito a sério.



Escurecendo, as brasas e a fumaça das bancas de churrasquinhos iam tomando a frente de algumas casas, lugares que fomos ocupando nas noites, inclusive fizemos o pedido de uma matrinchã²⁸ assada. Mas ficamos muito impressionados com a oferta de frango (com muito coloral²⁹) assado, sem que a população tivesse uma produção de avicultura, pois consumiam muito frango congelado. O peixe é consumido em mais abundância, principalmente quando é liberada a pesca em um lago de preservação, controlado pelo cacique da comunidade, o que ocorre normalmente em novembro. Quando a pesca é grande, o peixe é salgado para conservar por mais tempo, o que, segundo a nutricionista, causa o aumento de casos de hipertensão.

Betânia tem uma UBS, inaugurada em 19 de abril de 2017, mas passou a funcionar em 15 de setembro de 2017. A UBS foi construída em parceria com o Município de Santo Antônio do Içá, muito provavelmente com a participação dos três vereadores eleitos pelas comunidades indígenas. O nome da UBS é Tchitûucu, em homenagem à uma mulher que foi liderança e cacique na Comunidade. Quando se entra na Unidade tem uma sala de recepção com cadeiras e uma TV, que naquele dia mostrava um jogo da Champs League que era acompanhado pelos indígenas que comentavam sobre os jogadores.

Na Unidade tinha todas as instalações que normalmente as novas UBS têm pelo Brasil afora, mas destacamos que uma sala ampla tinha computadores com digitadores que alimentavam a produção da equipe no SIASI. Somente o Programa Nacional de Imunizações (PNI) era alimentado pela enfermeira ou técnicos devido à especificidade dos dados, segundo nos explicaram. Quando a equipe chega de área, trazem toda a produção em papel para ser colocada no sistema de informação.

Acompanhamos uma consulta médica, com o consentimento do médico e do usuário, que nos mostrou a gestão do cuidado em ato, isto é, o exercício linguístico e dialógico para a consulta acontecer. Uma criança chegou na Unidade desacompanhada, mas o Agente Indígena de Saúde (AIS) se responsabilizou pela condução da conversa que era mediada por ele. Assim, o médico perguntava ao menino que olhava para o AIS na espera da tradução para o Ticuna. Nesse momento os dois conversavam e somente depois o AIS traduzia para o médico, ficando nesse vaivém de perguntas e respostas, tradução e interpretação das palavras do português para o Ticuna e vice-versa. Depois da conversa sobre as queixas do menino, o médico escreve em silêncio uma receita e todos ficam na expectativa que palavras surgirão naquele pedaço de papel. Por fim, o silêncio é quebrado com o movimento do carimbo que simboliza muito para esses médicos, que tiveram tantos problemas com a categoria de médicos brasileiros. Depois disso, inicia nova seção de palavras no vaivém das línguas que orientavam sobre os procedimentos e os medicamentos que deveriam ser pegos com a farmacêutica. Nesse momento, vimos o papel do AIS como um mediador cultural ou

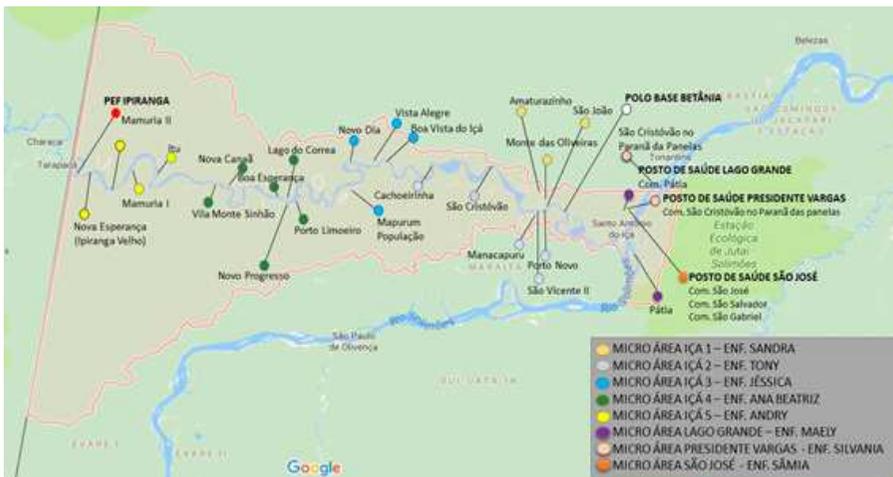
28 - Peixe muito apreciado no Amazonas.

29 - Tempero à base de urucum, por isso o alimento ganha uma cor avermelhada.

um intérprete do processo de cuidado. Pouco importa se a tradução foi perfeita, pois identificamos que houve rigor no processo de escuta e de entendimento do problema por todos os que estavam envolvidos no cuidado.

Os profissionais de duas equipes, menos o médico, estavam se preparando para fazer a viagem para as comunidades do rio Içá que duraria uma semana para ir até a última comunidade. A Figura 3 mostra a dispersão das comunidades/aldeias, indicando as enormes distâncias que são percorridas pelas equipes do Polo e pelos usuários. As distâncias entre a sede do Polo e as comunidades/aldeias se diferenciam, sendo mais próximas as que estão na margem do Rio Solimões, no perímetro urbano de Santo Antônio do Içá, e as mais distantes as que se distribuem ao longo do Rio Içá. O deslocamento da equipe exige uma logística de barco, combustível e alimentação para fazer o atendimento integral a toda população. A localidade de Nova Esperança, por exemplo, fica distante da sede 285 Km, sendo necessárias 10 horas de barco, se tudo correr bem.

FIGURA 03 - Mapa do território do Polo Base Betânia do DSEI Alto Solimões e identificação das aldeias.



Fonte: DSEI ARS - Polo Base Betânia.

O alojamento da equipe tem uma sala para as emergências quando a UBS está fechada, desta forma o médico e mais alguém sempre ficam de plantão para o atendimento dos usuários. Isso demonstra que para a equipe está em área, numa escala de 15X15 dias para os médicos e 20X10 para os demais membros da equipe, a condição é estar disponível 24 horas.

A casa que serve de alojamento da equipe de saúde estava em condições bem precárias, mas os profissionais apontavam para as ruínas no terreno ao lado para dizer que já tinha sido pior. Não havia energia na cozinha, nem no banheiro, que era

coletivo, o que nos faz ver a importância de uma lanterna de celular ou de uma vela. Os quartos eram coletivos e tinham condicionadores de ar para suportar o calor amazônico. No entanto, a mesa de jantar era um lugar de muitas conversas pós-refeição, antes de todos se abrigarem nos seus quartos. Falamos dessa moradia em Betânia, mas o mesmo poderíamos dizer dos Alojamentos de Belém do Solimões e de Campo Alegre. A gestão argumenta que as casas que abrigam as equipes já deveriam ter passado por reformas, mas a demanda por profissionais e os altos custos da logística acabam tendo prioridade na divisão dos recursos.

Buscamos saber sobre a logística para fazer a mobilização dos profissionais até as comunidades pertencentes ao PB. Há uma estrutura de transporte que dá suporte para os deslocamentos da equipe e dos usuários até a sede do Polo e daí para o Município de Santo Antônio do Itá. Na sede há dois motores de 60 e 40 Hp e uma baleeira³⁰ de 115 Hp. As comunidades menores normalmente têm motores de 13 a 15 Hp que servem de suporte para o trabalho dos AIS. A logística na saúde indígena ganha um caráter central no planejamento das ações, desde o combustível, insumos e alimentos. Por isso, há um controle rígido do combustível, que é calculado pela potência do motor na relação com a distância.

No segundo dia, participamos de uma reunião que foi convocada pelo conselheiro local para discutir sobre as questões da saúde no PB, aproveitando a presença de dois pesquisadores no local. A reunião foi conduzida pelo Conselheiro local, dando a palavra segundo a hierarquia de poder, primeiro o cacique, depois o vice-cacique, vereador, diretora da Escola, parteira, coordenador do Polo Base. Por fim, nos foi dada a palavra para explicar o que estávamos fazendo ali. Alguns falavam em Ticuna e depois traduziam uma parte do que falavam, que parecia bem menos do que tinham falado na sua língua. O vereador reivindicou que a parteira deveria ter o seu trabalho pago, assim como do médico. Ainda diz que o pajé deveria acompanhar o trabalho do médico, assim como o médico acompanhar o trabalho do pajé. Disse que a estrutura de saúde estava boa, mas solicitou mais reuniões de orientação sobre a saúde, principalmente aos jovens. Houve um questionamento interessante: qual é o papel do psicólogo em área? Talvez porque o psicólogo é um profissional recente em área, pois antes ficava na sede do DSEI dando apoio para as ações de saúde mental para as equipes. No momento da pesquisa, quatro PB tinham psicólogos nas equipes. Ao final, todos contentes com a reunião, saímos para tirar uma foto na frente da UBS.

▲ O Polo Base Belém do Solimões

Logo na chegada ao porto da aldeia Belém do Solimões já percebemos as dificuldades diárias das equipes de saúde e da população para acessar a comunidade. Subimos uma imensa escadaria com nossas mochilas, insumos para atendimento da população e alimentação para o período que ficaríamos hospedados com a equipe. Ao chegarmos no topo da escadaria percebemos a grande extensão da aldeia, com muitas casas e diferentes “bairros”. Aquela aldeia era completamente diferente das aldeias já havia visitado nos meus anos de saúde indígena. O lugar mais se parecia com um bairro periférico dos municípios do interior amazonenses. As ruas eram asfaltadas em alguns poucos trechos, e em outros era barro batido.

30 - Barco maior que tem cobertura e bancos para o transporte dos passageiros.

Belém do Solimões é uma aldeia em que residem 02 etnias indígenas, os Ticuna e os Kocama, sendo os primeiros, maioria. No caminho percorrido até chegar ao PB, ouvimos que as pessoas pela rua se comunicavam em Ticuna. A sensação de ser “estrangeiro” se intensifica quando os olhares curiosos nos focam e a comunicação entre eles se torna incompreensível para nós. Os olhares nos acompanham até chegarmos ao PB. O coordenador do Polo já muito conhecido na comunidade e muito comunicativo explica quem somos. Ao chegarmos no PB somos apresentados aos profissionais que estão presentes que nos recebem e nos acomodam nos alojamentos. Somos conduzidos ao PB para conhecermos sua estrutura e aos profissionais que estão em atendimento. Neste primeiro dia já participamos de uma reunião de equipe onde são discutidos os informes dados pelo coordenador, as visitas a serem realizadas pela equipe e a situação de áreas técnicas específicas.

O PB Belém do Solimões presta atendimento a 27 aldeias indígenas, além da aldeia sede da unidade. Para facilitar a assistência às comunidades foram divididas em oito micro áreas, de acordo com a população e localização. As equipes cobrem as oito micro áreas sendo um enfermeiro responsável por duas micro áreas, por entrada. A aldeia Belém do Solimões, por sua extensão e número populacional (11.023 habitantes), também é dividida em oito micro áreas, sendo designadas duas a cada enfermeiro por entrada. Cada aldeia possui no mínimo um AIS, que acompanha as ações de saúde durante a visita das equipes e realiza visita nas aldeias diariamente.

FIGURA 04: Mapa do território do Polo Belém do Solimões - DSEI Alto Rio Solimões e identificação das aldeias que o compõe.



Fonte: Polo Base Belém do Solimões, DSEI ARS, 2018. Imagem Google Earth, 2018.

O polo base dispõe de um motor 90 HP para viagem mais longas e remoções e um 60 HP para realização das visitas nas aldeias. Em todas as aldeias os AIS dispõem de motores 13 e 15 HP para realização de remoção de usuários para o polo base, caso necessário. O polo base não tem comunicação com as aldeias de abrangência, sendo necessário mandar recado por algum aldeado quando se quer comunicar algo. Por isso as visitas às aldeias são informadas com antecedência para cada AIS a fim de que a população seja comunicada e estejam presentes no dia da visita da equipe.

No total a equipe de saúde do polo base é composta de 8 enfermeiros assistenciais, 1 enfermeiro coordenador, 2 médicos do programa mais médicos, 1 psicóloga, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 17 técnicos de enfermagem (em sua grande maioria indígenas Ticuna e Kokama), 55 AIS (sendo 17 somente para a aldeia Belém do Solimões), 13 AISAN (5 apenas para Belém do Solimões), 2 técnicos de patologia, 3 odontólogos, 5 Técnicos de Saúde Bucal e 3 barqueiros. Estes profissionais se dividem em 2 e se revezam numa escala 20x10. Além da equipe de saúde, trabalham no polo base cozinheira e 2 serviços gerais, ambos indígenas.

Grande parte da população Ticuna não fala português com fluência apesar de compreender. Provavelmente isso se deve ao fato que estes indígenas mantiveram o costume de falar sua língua entre si, falando em português somente com a população "branca". Por isso, os AIS atuam também como tradutores da língua Ticuna, sendo os interlocutores entre a população e a equipe de saúde na maioria das consultas.

A distribuição dos trabalhos a serem realizados pelos médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionista e psicóloga, assim como dos níveis técnicos é realizada pelo enfermeiro coordenador, que tem papel crucial na organização do serviço no Polo. Também é de responsabilidade do coordenador produzir a escala de plantões noturnos. Assim como resolver problemas administrativos, solicitação de medicamentos e insumos, zelar pela manutenção dos motores e barcos do polo, resolução de conflitos interpessoais, interlocução entre Polo Base e sede do DSEI, além de ser uma referência para a população quando se trata de assuntos de conflitos na aldeia Belém do Solimões.

Percebe-se que existe uma sobrecarga de trabalho na atuação da equipe de enfermagem, principalmente, por força dos plantões noturnos e subsequentes trabalho diurno, sem descanso durante o dia. Segundo a equipe o único dia reservado ao descanso para os profissionais ocorre aos domingos.

Durante a nossa visita em alguns bairros da aldeia percebemos que havia alguns indícios de iniciada "urbanização" dentro da comunidade, as casas em sua grande parte eram de alvenaria, as vezes com 2 pisos, dentro das casas via-se grandes televisores com "TV a Cabo" e caixas de som. A comunidade possuía 2 escolas sendo 1 estadual e 1 municipal, um sistema de abastecimento de água que cobre 50% da comunidade, uma feira de verduras próxima ao porto, casas comerciais onde são vendidos alimentos e utensílios variados, igrejas de diversos credos, cemitério, centro

comunitário, e vários campos de futebol que caracterizam a atividade de lazer preferencial da população local.

Em relação a religião os indígenas de Belém do Solimões se dividem em devotos de 4 religiões: Católica, Assembleia de Deus, Pedrângular e Santa Cruz. Ficam nos lugares mais estratégicos para o acesso da população as igrejas católicas e da Santa Cruz. O Frei da igreja católica que reside na comunidade e reza a missa na língua Ticuna, e se esforça para atrair mais fiéis. Ainda assim, as questões culturais influenciam fortemente a vida destas populações que mantém algumas tradições como o rito da moça nova, e as crenças nos feitiços, somente curados pelo Pajé, independente da religião professada. Ficou evidente durante as entrevistas que o tratamento realizado pelo pajé tem sido o primeiro atendimento acessado para grande parte da população.

É perceptível que é exigido aos profissionais uma versatilidade de atuações e uma boa relação interpessoal para que trabalho se desenvolva a contento. O fato de os profissionais compartilharem o mesmo espaço por 20 dias, sem momentos de interação para o lazer, apenas para trabalho, deve gerar uma demanda de estresse. Essa rotina de trabalho contínuo faz com que os mesmos não identifiquem o limite entre a jornada de trabalho e o momento de descanso. Esse processo se não for bem trabalhado pela equipe pode levar a conflitos e estafa.

As parteiras são integrantes importantes da sociedade ticuna, em Belém do Solimões a maioria dos partos realizados são domiciliares e realizados por parteiras. Segundo relato de membros da equipe, os profissionais só são acionados em caso de complicações. Estes relatam que também são realizadas reuniões constantes envolvendo as parteiras e que os partos realizados no polo base são acompanhados pelas parteiras. Como já relatado a pajelança também é um costume muito utilizado pela população de Belém do Solimões, independe da etnia. Segundo os entrevistados, indígenas e não indígenas, as relações entre as atividades de cura do pajé e a equipe são tensas. Os profissionais de saúde relatam que já houve perda de crianças que ficaram retidas por 10 dias em casa, sem comer, sem beber, ou receber qualquer tipo de medicamento, por conta de diarreia, devido à restrição do pajé. Outro relato presente é que o pajé é sempre acionado para realizar a pajelança na unidade de saúde, em conjunto com o tratamento clínico, mas o mesmo se recusa. Em alguns casos a recusa se dá pelo pajé cobrar pelo tratamento e não querer expor isso para a equipe.

Os jovens Ticuna segundo relatos de indígenas e não indígenas tem apresentando os maiores problemas com alcoolismo e uso de outras drogas dentro da aldeia. Na opinião dos entrevistados isso se dá pelas poucas opções de lazer nas aldeias. Ainda podemos apontar o problema do suicídio indígena, que apresenta grandes índices em Belém do Solimões, como mais prevalente em jovens, e muitas vezes motivado por frustrações, medos e decepções amorosas. Segundo os indígenas e profissionais as causas de suicídio e tentativas, apontadas por familiares e vítimas ocorre por variados motivos que tenha trazido contrariedade, angústia ou frustração.



▲ O Polo Base Campo Alegre

Localizado no município de São Paulo de Olivença, distante da sede cerca de 00:50 minutos de viagem com um motor de potência 90HP, o Polo Base Campo Alegre possui uma população cadastrada no Sistema de Informação de Saúde Indígena (SIASI) de 6.372 indígenas da etnia Ticuna, abrangendo 09 aldeias (Nova Prosperidade, Nova Vila, Campo Alegre, Vila Independente, Santa Isabel, Santa Inês, São Domingos II, Nova São João e Paranapara), como mostra o mapa a seguir.

FIGURA 05: Mapa do território do Polo Campo Alegre - DSEI ARS e identificação das aldeias.



Fonte: Polo Base Campo Alegre, DSEI ARS, 2018. Imagem Google Earth, 2018.

O polo base conta com duas equipes multidisciplinares de saúde que trabalham durante 20 dias por mês, sendo cada equipe, constituída por 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 1 odontólogo, 1 técnico de saúde bucal e 1 médico; quanto aos profissionais de nutrição, psicologia e farmácia, há apenas um de cada e estes trabalham 10 dias no polo base Vendaval e 10 dias no polo base Campo Alegre, cabe ressaltar que um dos enfermeiros é Ticuna natural de Campo Alegre. A estrutura física do polo base é constituída por uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) e um alojamento para os profissionais, com 06 quartos, sala, cozinha e banheiro.

Caminhando pelas vias da comunidade, os pesquisadores vão desconstruindo aquelas concepções sobre indígenas aldeados, que foram construídas a partir dos

livros de História que narram a chegada dos colonizadores, ou como Ailton Krenak bem define, “invasores” (Bolognesi & Bodansky, 2019). Andando pelas ruas pavimentadas, observando as pessoas e o interior das casas através de portas e janelas abertas, nota-se, em muitas residências a presença do que denominamos de “modernidade”, que é utilizado como um critério de qualidade de vida no modo de vida urbano, como o uso de aparelhos eletrodomésticos e eletroeletrônicos.

Nas ruas estreitas da comunidade, motocicletas trafegam levando passageiros de uma comunidade para a outra, interligada por via terrestre, que a cada mudança no regime das águas surge a necessidade de reconstrução em vários trechos. Uma das principais comunidades é Santa Rita, singular por ter muitos residentes peruanos, sendo referência por estar próxima ao rio Solimões, onde acontece o embarque e desembarque de passageiros e cargas para as comunidades adjacentes. Na comunidade há diversos pontos comerciais de alimentos, vestuário, eletroeletrônicos e eletrodomésticos. Santa Rita também atrai pelo comércio de bebidas alcoólicas, inexistente em Campo Alegre. De acordo com o médico do Polo, os indígenas se alcoolizam em Santa Rita e retornam com “problemas” decorrentes da violência. O abuso do álcool é um dos mais graves problemas de saúde pública na saúde indígena em todo o país.

Quanto a educação escolar, há três escolas, sendo uma estadual e duas municipais, há também um ginásio poliesportivo que na época da pesquisa de campo ainda não havia sido inaugurado pela prefeitura. A comunidade é dividida em bairros e cada bairro tem um centro comunitário para reuniões e eventos comemorativos, assim como campos de recreação onde se pratica principalmente, vôlei e futebol. No que diz respeito a religião, o protestantismo predomina.

FIGURA 06: Jogo de futebol.



Fonte: Joana Freitas, 2018.



O grupo de pesquisadores permaneceu durante uma semana na sede do Polo Base, interagindo não apenas com a equipe de saúde, mas com a população, tendo no período, o privilégio de participar das atividades organizadas pela equipe de saúde em comemoração ao Dia Internacional da Mulher. Nesse momento, os pesquisadores tiveram a oportunidade de observar o trabalho das equipes para além das competências de cada profissão. Certamente o tempo de permanência em área faz a equipe olhar para questões que parecem não ser essenciais, num primeiro momento, mas que são fundamentais para construir relações de vínculo e de promoção da saúde.

Partindo da ideia de que não há neutralidade na pesquisa, logo como diz Abrahão et al. (2014), o pesquisador produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos. Nesse sentido é permitida a conversão da pesquisadora em maquiadora e do consultório de enfermagem em estúdio.

FIGURA 07: Atividade em Comemoração ao Dia Internacional da Mulher.



Fonte: Joana Freitas, 2018.

O acompanhamento e a participação nas atividades desenvolvidas no Polo Base, põe em evidência que a saúde, no seu sentido mais abrangente, é a necessidade que vai para além do acesso a serviços de saúde, mas também acesso a alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, lazer, liberdade, e, principalmente, a posse da terra.

▲ As práticas tradicionais na relação com as equipes

Em dois textos já refletimos sobre a temática das práticas das parteiras, um capítulo de livro e um artigo. No capítulo de livro (Schweickardt et al, 2019a) falamos da experiência da inserção das parteiras tradicionais nos cuidados da saúde da mulher, acompanhando a equipe no pré-natal e nas visitas domiciliares nos Polos Base do DSEI ARS, especialmente na Comunidade de Betânia. No artigo (Schweickardt et al, 2019b) apresentamos as tensões entre os saberes da biomedicina e os tradicionais. Quando há encontros e diálogos entre essas lógicas de organização do cuidado, observamos conflitos quanto ao modo de pensar a saúde-doença. Nesse sentido, gostaríamos de ampliar e problematizar essa relação a partir da nossa observação e das entrevistas que realizamos com os profissionais de saúde.

A principal queixa dos profissionais de saúde é em relação ao pajé. Inclusive essa identidade de pajé é problemática porque tem uma conotação negativa, que está associada a uma espécie de feitiçaria ou alguém que produz o mal às pessoas. Numa oficina promovida pelo DSEI e o grupo da Nova Cartografia Social da Amazônia da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), em setembro de 2019, os curadores presentes manifestaram que gostariam de ser chamados de curadores e rezadores para se distanciar da imagem de pajé. Assim, um termo tão genérico e aplicado em outras culturas, se apresenta ali no Alto Rio Solimões, entre os Ticuna, como uma categoria que não é livre de tensões e significados entre o próprio grupo. Para não utilizar o termo “pajé” para se referir aos rezadores e curadores, optamos pelo termo xamã³¹, mais utilizado pela antropologia para se referir a todo fenômeno que não se limita à cura, mas a uma relação mais ampla com o universo e com as entidades que habitam o mundo não visível.

Na comunidade de Betânia escutamos na “boca de ferro” ou serviço de alto falante que havia um pajé de nome Alcindo, o que foi motivo de risos dos indígenas quando o nosso Alcindo se apresentou. Entendemos que havia um respeito pelo pajé, que não sabíamos se era uma atribuição externa da equipe e das pessoas à pessoa ou se tratava de uma autoatribuição. A tensão também era presente porque a comunidade tinha uma forte formação, desde a sua criação e mudança para aquele lugar do rio Iça, evangélica ou de uma matriz religiosa de missionários norte-americanos. Esses compraram a terra que hoje forma a Comunidade.

31 - Davi Kopenawa (2015), no livro *A queda do Céu, se autoatribui como xamã*, apresentando o processo de formação e os desdobramentos como líder político e espiritual.

Nas três Comunidades, observamos que os xamãs têm uma relação mais direta com os seus usuários, diferente das parteiras que construíram uma relação de mediação com as equipes de saúde. Os xamãs têm uma autonomia de ação com pouca relação com os profissionais de saúde, apesar das tentativas do DSEI em promover os encontros do cuidado. A maior reclamação da equipe era que os pajés não os comunicavam sobre complicações que surgiam na pajelança, que poderia durar dias ou semanas. Os exemplos das equipes quase sempre giravam em torno do cuidado às crianças, principalmente em casos de pneumonia, pois o “tempo é muito importante” nesses casos.

Escutamos dos médicos do PMM que havia um respeito pelo cuidado tradicional, pois fazia parte do processo de cura das pessoas. Existe um entendimento que há uma lógica de tratamento-cura no cuidado tradicional, reconhecendo que “os indígenas têm as suas razões” para procurar os xamãs. Todos os profissionais confirmaram que os pajés eram o primeiro ponto de contato no tratamento de alguma enfermidade. Desse modo, se faz mais do que necessária a promoção dos encontros entre xamãs e equipes, o que não significa necessariamente trabalhar juntos, mas fazer combinados sobre procedimentos e relações possíveis nos processos de cuidado. Em alguns hospitais da região é permitido que o xamã acompanhe o usuário.

Segundo um enfermeiro, as pessoas procuram o xamã em casos de dor de cabeça, dores abdominais e tonturas. A feitiçaria faz parte das questões relacionados ao xamã, sendo motivo de acusação de que foi alvo de um feitiço. Um dos sinais de que existe feitiço é quando o sintoma ou os sinais não desaparecem, pois foge da normalidade da doença e a evolução para a cura. Desse modo, há necessidade de buscar um xamã que faz a cura e que também pode descobrir a origem do feitiço. Levi-Strauss (1975), no texto “O feiteceiro e sua magia” apresenta a ideia de que a feitiçaria é utilizada quando há um entendimento de que as coisas fogem da normalidade, sendo necessária a intervenção do xamã.

Com as parteiras, a negociação já acontece com as usuárias que são consultadas, se querem fazer o parto com a parteira ou no hospital de referência nos municípios. No entanto, ouvimos reclamações de lideranças que os médicos logo encaminhavam para o hospital sem passar pelo parto tradicional. Na reunião ampliada que participamos com a equipe de saúde e lideranças, um vereador reclamou que o parto tradicional não era mais realizado, pois o parto domiciliar tem a presença do padrinho que corta o cordão umbilical e com esse gesto dá o nome da criança no clã ao qual pertence à família. Do mesmo modo, que a placenta é enterrada no pátio da casa para afirmar o pertencimento da criança com a terra e o lugar.

No DSEI a maioria dos partos é domiciliar, quase sempre acompanhado pela parteira de escolha da gestante, só sendo encaminhando para o município de referência em casos de complicações ou a pedido da gestante antes do período expulsivo. Em alguns casos a equipe de saúde só é sinalizada do parto após o nascimento da criança para fins de avaliação da mesma. Segundo informações da coordenação da saúde da

mulher, 84% dos partos são realizados por parteiras. Isso significa que as parteiras não podem ser ignoradas nas ações de saúde indígena (Schweickardt et al, 2019).

▲ Os profissionais do PMM e a equipe do Polo Base

O DSEI ARS teve um expressivo crescimento no provimento de médicos desde o início do Programa: 2013 iniciou com 6 médicos; 2014, subiu para 18; 2015, aumentou para 20; em 2016, passou para 23; em 2017 diminuiu para 17 devido ao término do primeiro ciclo do PMM (2013-2016) e a demora no processo de substituição. Em julho de 2018 havia 29 médicos, distribuídos nos 13 PB, sendo dois brasileiros e 27 cubanos. No mês de novembro de 2018, o DSEI ARS conta com 25 médicos, sendo 22 cooperados (intercambistas cubanos) e 3 intercambistas (brasileiros sem CRM). Há variação no número de médicos devido ao início e fim dos contratos, assim como solicitações de mudanças de local de trabalho.

O processo de trabalho que observamos nos PB é semelhante às outras regiões da saúde indígena, que dependem do tamanho da população, distância dos centros urbanos e isolamento social e geográfico dos povos. A gestão do cuidado na área indígena é realizada através da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), que é composta, no mínimo, por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena de Saneamento (AISAN), médico, odontólogo, auxiliar ou técnico de saúde bucal e, na região da Amazônia, agentes de endemias e microscopistas (BRASIL, 2005). Assistente social, psicólogo, farmacêutico, nutricionista, técnico de patologia compõem algumas equipes de saúde, dependendo das demandas de saúde do PB. O apoio logístico é feito por outros trabalhadores como o motorista fluvial.

Os médicos que atuavam nos PB eram cooperados, com exceção de uma médica indígena, mas todos com formação em Cuba. Os médicos cubanos possuem a especialização de medicina de família e comunidade, sendo que um tem especialização e mestrado em medicina desportiva. Quase todos tem experiência em missões internacionais, como Venezuela, Angola, África do Sul e Haiti. Um dos médicos afirma que “tinha ideia diferente de como seria uma aldeia, os indígenas são mais ‘civilizados’ do que já havia assistido em documentários”, mas informa que recebeu orientações no DSEI quanto ao trabalho na saúde indígena.

Interessante observar que muitos profissionais de saúde, com exceção dos médicos, são da região do Alto Rio Solimões. Em Betânia os enfermeiros são de Santo Antônio do Içá; a farmacêutica e a psicóloga são de Tabatinga; a nutricionista do município de Atalaia do Norte; o dentista, técnicos e os AIS são indígenas da etnia Ticuna. Em Belém do Solimões a maioria dos profissionais são da região, tendo 4 profissionais de outros estados. Os técnicos de enfermagem são, em sua maioria, indígenas da etnia Kocama. Ser da região e indígena é um critério de contratação dos profissionais, pois contribui com a diminuição da rotatividade. Convém destacar que pela primeira vez todos os 34 DSEI passaram a ter médicos nas equipes, devido a inserção do PMM (Martins, 2017).



Em relação ao processo de trabalho da equipe percebe-se que os mesmos, enquanto estão sediados no PB, tem um fluxo intenso de atendimentos ambulatoriais durante todos os horários do dia. Por isso, cada dia um enfermeiro é escalado para permanecer nos atendimentos no Polo, enquanto dois enfermeiros e sua equipe seguem para atendimento nas aldeias de abrangência, e outro realiza visita domiciliar nas áreas da aldeia Belém do Solimões. A presença dos profissionais enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem é uma característica do Distrito Sanitário Especial Indígena, sendo esta categoria indispensável para a contribuição e construção do Subsistema de Saúde Indígena.

O Polo Belém do Solimões, no momento da pesquisa, tinha dois médicos: uma brasileira, da etnia Tucano, formada em Cuba; e outro cubano. No segundo ciclo, foi contratada uma médica brasileira (com CRM) para trabalhar nesse Polo, mas não retornou da sua primeira folga. No primeiro ciclo do PMM foram alocados 4 médicos devido ao quantitativo populacional da comunidade (em torno de 6 mil pessoas e 11 mil no Polo). Assim, o profissional médico estava atendendo até 50 pessoas por dia na sede do PB, impossibilitando realizar as visitas domiciliares nas comunidades.

Observamos que uma das condições de sobrecarga é relativa à tensão com as competências profissionais regulares, na medida em que são necessárias atividades fora do núcleo de cada profissão para a manutenção regular do trabalho (manutenção de equipamentos e instalações, operação de máquinas e motores, entre outros), como já mencionamos sobre o caso do enfermeiro. Também há sobrecarga por decorrência das condições físicas e tecnológicas de realização do trabalho, com o ambiente produzindo sofrimento sobre os operadores. Além de consequências sanitárias, essa é uma condição de estresse e sobrecarga de trabalho, reivindicando dos trabalhadores um investimento subjetivo muito grande, em particular por permanecerem longos períodos (jornadas de 15 a 20 dias ininterruptos) integralmente nessas condições.

No Polo Base Belém do Solimões, percebe-se que existe uma sobrecarga de trabalho na atuação da equipe de enfermagem e médica, principalmente, por força dos plantões noturnos e subsequentes trabalho diurno, sem descanso durante o dia. Segundo a equipe o único dia reservado ao descanso para os profissionais ocorre aos domingos. Isso se deve ao intenso fluxo de atendimento de rotina diário, pela sua grande população, e dos atendimentos de urgência e emergência resultantes, em sua maioria, de agressões físicas geradas pelo alcoolismo e uso de drogas que vem se intensificando nesta comunidade.

O trabalho na saúde indígena é vivido com muita intensidade devido as particularidades que o lugar representa, “gerando conflitos e tensões de ordem cultural, emocional e laboral”, como afirma um dos profissionais. Isso significa que os “profissionais precisam dialogar com outras práticas e reconhecer diferentes formas de trabalho”. Segundo uma profissional, “trabalhar na saúde indígena é um verdadeiro choque cultural”. Não há, portanto, como fugir do confronto de culturas, de cosmologias, de práticas de

saúde que possibilitam tornar o cotidiano do trabalho um lugar de educação permanente. A relação intercultural não é um processo natural, de um simples encontro num determinado espaço-tempo, mas permite colocar a alteridade em jogo para a construção de relações mais dialógicas e simétricas na gestão do cuidado em saúde.

Depois de um almoço, numa conversa entrecortada por palavras em espanhol, conhecemos um pouco da vida e família do médico cubano. Tinha dois filhos, uma menina de 16 e um menino de 19 anos, sendo que o mais velho estava no primeiro ano do curso de medicina, o que era motivo de orgulho para o pai. Ele participou de missão na África, na década de 1990, por dois anos, numa área de tríplice fronteira, num campo de refugiados da guerra de Angola: “Ali vivi situações horríveis”. Depois fez missão na Venezuela, no período de Chaves, quando trabalhou num hospital. Estava no Brasil, há quase um ano e ficou bem surpreso com o desenvolvimento social e econômico da comunidade indígena e que os governos de Lula e Dilma foram importantes para a distribuição de renda.

▲ **“Se fosse fácil, não seria saúde indígena”**

A expressão acima é uma espécie de lema da gestão do DSEI ARS para justamente enfatizar o desafio de fazer saúde indígena num território extenso que necessita de uma complexa logística e que apresenta uma diversidade étnica significativa. Essa frase estava estampada na camisa dos delegados da 8ª Conferência Distrital de Saúde Indígena, mostrando que os desafios se fazem de modo colaborativo e com participação. Esse é um aprendizado que tivemos com a pesquisa no DSEI, quando ao olharmos para os médicos do PMM vimos uma equipe multidisciplinar que tem uma forte marca interprofissional, vimos profissionais interessados pelo que chamamos de saúde diferenciada.

Nosso estudo foi permeado de militância por uma “saúde para todxs”, em todos os lugares e territórios. Assim, acompanhar os médicos do PMM e as equipes foi uma experiência que fez todo sentido para aquele lugar, para as populações indígenas, comunidades ribeirinhas, periferias das cidades e lugares que poucos médicos estiveram presentes. É indiscutível o valor do PMM para o Brasil, não podemos deixar de falar disso.

Gostaríamos de deixar uma imagem que nos surpreendeu com as luzes de um fim de tarde que eram refletidas nas águas do rio Içá. Uma menina passava remando calmamente de um lado ao outro da comunidade. Era como se o tempo tivesse em suspensão e todas as coisas se concentravam naquela imagem. Ficamos em silêncio, o único que podíamos fazer naquele momento era observar e tentar entender o lugar que estávamos, fora das nossas referências, e se deixando guiar pelo movimento do remo. Assim, colocamos em parênteses algumas ideias que nos surgiram no campo, que marcaram as nossas formas de ver o mundo e passaram a fazer parte do nosso modo de expressar as ideias.



FIGURA 08: Menina remando no rio Içá num fim de tarde



Fonte: Júlio Cesar Schweickardt e Alcindo Antônio Ferla, 2018.

Referências

Abraão, A. L.; Merhy, E. E.; Gomes, M. P. C.; Tallemberg, C.; Chagas, M.S.; Rocha, M.; Santos, N. L. P.; Silva, E.; Vianna, L. (2014). **O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde.** In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental. Editora Rede Unida, p. 155-170.

Andrade, T.R.C. (2019). **Gestão do trabalho no âmbito da saúde indígena e o Programa mais médicos:** um estudo de caso no DSEI Alto Rio Solimões, AM. Dissertação de Mestrado. Manaus: Fiocruz Amazônia.

Bolognesi, L. (diretor). (2019). As guerras da conquista (temporada 1, episódio 1) [episódio de série de televisão]. **Bodansky, L.** (produtora), Guerras do Brasil.doc. Buriti Filmes; TV Brasil.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. **Lei n. 12.871 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.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Ferla, A.A; Schweickardt, J.C; Trepte, R; Martinho, A.; Lima, R.T.S. (2016). Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre a produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde em Redes**, 2(3):241 - 261.

Fontão, M.A.B; Pereira, E.L. (2016). Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface - Comunicação e Saúde**.

Levi-Strauss, C. (1975). **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Kopenawa, D & Albert, B. (2015). **A queda do Céu: palavras de um xamã Yanomami**. Companhia das Letras.

Martins, A.L.U. (2016). **Conservação da agrobiodiversidade: saberes e estratégias da agricultura familiar na Amazônia**. Tese Doutorado. Manaus: UFAM.

Pontes, A.L.M; Rego, S; Garnelo, L. (2015). **O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003199&script=sci_abstract&lng=pt

Schweickardt, J.C; Ferla, A.A; Lima, R.T.S, Amorim, J. (2020). O "Programa Mais Médicos" na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**.

Schweickardt, J.C; Silva, C.F; Fermin, J.M.G; Lasmar, A.T; Melo, C.F.S; Silva, G.M; Ferla, A.A. (2019). O diálogo intercultural entre equipe de saúde e parteiras tradicionais no acompanhamento das gestantes indígenas no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões - DSEI ARS/AM. In: Schweickardt, J.C.; Kadri, M.R.; Lima, R.T.S. (Orgs). **Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS**. Rede Unida.

Schweickardt, J.C; et al. (2016). O "Programa Mais Médicos" e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. **Revista Saúde em Redes**, n. 4.

Yin, R. (2001). Estudo de Caso: Planejamento e Método. 2 ed. **Bookman**.



Sobre os autores e as autoras

16

JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT:

Graduação em Ciências Sociais. Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz - COC/Fiocruz. Pesquisador do Instituto Leônidas e Maria Deane - ILMDFiocruz Amazônia. Chefe do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPISA. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

JOANA MARIA BORGES DE FREITAS SILVA:

Graduação em Ciências Biológicas. Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade da Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPISA/Fiocruz Amazônia. E-mail: joana.borges.freitas@gmail.com

BAHIYYEH AHMADPOUR:

Graduação em Enfermagem. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA-USP). Docente no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: bahiyyeh@gmail.com

ALCINDO ANTÔNIO FERLA:

Graduação em Medicina. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. Professor Permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFPA) e Saúde da Família (UFMS). Professor e pesquisador visitante na Alma Mater Studiorum - Università Di Bologna / Centro de Saúde Internacional e Intercultural e no Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES/UNAM). E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

ALEXANDRE SILVA DOS SANTOS FILHO:

Graduação em Arquitetura. Mestrado em Comunicação e Cultura Contemporânea pela Universidade Federal da Bahia. Doutorado em Educação pela Universidade Federal de Goiás com estágio na Universidade de Aveiro em Portugal. Pós-Douto-

rado em Artes Visuais pela Universidade Federal do Pará. Atualmente é professor Adjunto da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, exerce atividades no Curso de Licenciatura em Artes Visuais e é professor permanente do Mestrado Interdisciplinar em Dinâmicas Territoriais e Sociedade Amazônica-PDTSA e Mestrado em Letras no Instituto de Linguística, Letras e Artes - ILLA/UNIFESSPA. Diretor geral do ILLA período de 2016-2020. E-mail: alixandresantos@gmail.com

ALMENARA DE SOUZA FONSECA SILVA:

Graduação em Odontologia. Doutora em Clínica Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Docente do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic. E-mail: almenara.silva@slmandic.edu.br

ANAPAUOLA MARTINS MENDES:

Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina. Docente na Universidade Federal do Amapá - Campus Binacional Oiapoque. E-mail: anapsosa@hotmail.com

ANAPAUOLA MARTINS MENDES:

Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal de Santa Catarina. Docente na Universidade Federal do Amapá - Campus Binacional Oiapoque. E-mail: anapsosa@hotmail.com

ÂNGELA LIMA PEREIRA:

Graduação em Enfermagem. Doutora em Ciências da Saúde. Professora da Universidade Federal do Tocantins Campus Palmas. E-mail: angelimap@uft.edu.br

ANNA LUIZA DE FÁTIMA PINHO LINS GRYSCHK:

Graduação em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- USP. Professora Livre Docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- EEUSP. E-mail: gryshek@usp.br

BRUNA HELLEN VAZ PIRES:

Graduação em Enfermagem. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: hellen.bruna.bh@gmail.com

CARLA ANDRÉA AVELAR PIRES:

Graduação em Medicina. Doutora pelo Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará - UFPA. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade do Estado do Pará - UEPA e da Universidade Federal do Pará - UFPA. E-mail: carla-avelarpires@gmail.com



CÁTIA PARANHOS MARTINS:

Graduação em Psicologia. Doutora pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho- UNESP. Professora da graduação e pós-graduação em Psicologia e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD – MS. E-mail: catiamartins@ufgd.edu.br

CINTIA FREITAS CASIMIRO:

Graduação em Enfermagem. Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Professora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Roraima- UFRR. E-mail: cintia.casimiro@ufr.br

CLAYTON DE CARVALHO COELHO:

Graduação em Medicina. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal de Minas Gerais- UFMG. Médico da Unidade de Saúde e Meio Ambiente/Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo. E-mail: claytoncoelho@gmail.com

EVELIN PLACIDO DOS SANTOS:

Graduação em Enfermagem. Mestre em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- EEUSP. Coordenadora da área técnica de imunização do Projeto Xingu da UNIFESP. E-mail: evelinplacido.santos@gmail.com.

FERNANDO PESSOA DE ALBUQUERQUE:

Graduação em Psicologia. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de São Paulo- USP. Consultor da OPAS em Saúde Mental Indígena.

FLAVIA MARTÃO FLÓRIO:

Graduação em Odontologia. Mestre em Odontologia pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Doutorado em Cariologia pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Especialista em Odontologia em Saúde Coletiva. Professora do Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic. Coordenadora do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva, modalidade Ensino à Distância e Mestrado Multiprofissional em Saúde Coletiva. E-mail: flavia.florio@slmandic.edu.br

FRANCIELLI GIRARDI:

Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale dos Sinos - UNISINOS. Professora Colaboradora da Universidade de Santa Catarina UDESC/Oeste. E-mail: fragirardi@gmail.com

FRANK ELTON SILVA CARVALHO:

Graduação em Odontologia. Cirurgião Dentista do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia- DSEI Bahia. E-mail: frankcarvalho_O@live.com

GREICE DE LEMOS CARDOSO COSTA:

Graduação em Ciências Biológicas. Doutora em Genética e Biologia Molecular pela Universidade Federal do Pará- UFPA. Professora de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará - UFPA. E-mail: greice_cardoso@yahoo.com.br

IZABELLA PAIVA MONTEIRO DE BARROS:

Graduação em Psicologia. Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo- IP-USP. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo- IP-USP. Professora visitante do curso de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará- UFPA. Pesquisadora colaboradora do departamento de Psicologia do Desenvolvimento da Universidade de São Paulo- USP. E-mail: barrosizabella23@gmail.com

IZAURA MARIA VIEIRA CAYRES VALLINOTO:

Graduação em Ciências Biológicas. Doutora em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela Universidade Federal do Pará- UFPA. Docente da Universidade Federal do Pará- UFPA. E-mail: ivallinoto@ufpa.br

JANAINA MAZZUCHELLI PEREIRA:

Graduação em Psicologia. Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal da Grande Dourados, UFGD - MS. Psicóloga na Prefeitura Municipal de Presidente Prudente - SP. E-mail: janainamazzuchelli@hotmail.com

JERFESON NEPUMUCENO CALDAS:

Graduação em Administração. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela UFAM/ILMD/UFPA. Doutorando em Ciência do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas - UFAM. Coordenador da Regional Norte da Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA. E-mail: jerfeson.caldas@gmail.com

JERIEL SILVA SANTOS JUNIOR

Graduação em Odontologia. Doutorando em Ciências Odontológicas na Faculdade São Leopoldo Mandic. Cirurgião Dentista do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia- DSEI Bahia. E-mail: jerielljunior6@gmail.com

JULIANA MARIA BARBOSA BERTHO DE OLIVEIRA:

Graduação em Enfermagem e Obstetrícia. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil. Docente na Universidade Federal do Tocantins Campus Palmas. E-mail: jmbertho@yahoo.com.br

LAURA CECILIA LÓPEZ:

Graduação em Ciências Antropológicas. Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul- UFRGS. Professora dos Programas de Pós

Graduação em Ciências Sociais e em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS. E-mail: lauracl@unisinos.br

LEANDRO LUCATO MORETTI:

Graduação em Psicologia. Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP. Doutorando em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP. E-mail: le_moretti@hotmail.com

LEONILDO SEVERINO DA SILVA:

Graduação em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia- UFBA. Doutorando em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia- UFBA. Enfermeiro Obstetra na Maternidade Clímério de Oliveira - UFBA. E-mail: leonildoss@gmail.com

LIVIA DIAS PINTO VITENTI:

Graduação em Antropologia. PhD em Antropologia Social pela Université de Montréal e Pós-doutorado na Cátedra UNESCO de Bioética da Universidade de Brasília. Pesquisadora no Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília.

LUCIA HELENA INOCENTINNI MEI:

Graduação em Química. Mestrado e Doutorado em Química pela Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP. Pós- Doutorado em Materials Science and Engineering pela Universidade da Flórida/Gainesville-EUA. Docente da Faculdade de Engenharia Química da UNICAMP. E-mail: lumei@feq.unicamp.br

MAURICIO MARTINS CABRAL:

Graduação em Pedagogia pela Universidade Federal do Pará - UFPA. Licenciado Pleno em História pela Universidade Regional do Cariri - URCA - Ceará. Graduado em Educação Física pela Universidade do Estado do Pará - UEPA. Especialista em História e Cultura Afro-brasileira, Africana e Indígena pela Faculdade de Ciência e Educação do Caparaó - FACEC. Mestre em Dinâmicas Territoriais e Sociedade na Amazônia pela Universidade do Sul e Sudeste do Pará - UNIFESSPA. Professor formador de professores da educação especial da Secretaria de Educação do município de Marabá - Pará. E-mail - libra.mau@hotmail.com

MIDIÃ FERREIRA DO ROSÁRIO:

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Amapá- Campus Binaçional Oiapoque. E-mail: midiaferreira1@gmail.com

MIRIAM DANTAS DE ALMEIDA:

Graduação em Psicologia. Mestre em Psicologia e Clínica e Social pela Universidade Federal do Pará- UFPA. Diretora de ensino da Liga Acadêmica de Saúde Indígena

na (Lasipa). Membro do GT Psicologia e Povos Indígenas CRP 10. E-mail: miriam.dantas53@gmail.com

PAULO SÉRGIO DA SILVA:

Graduação em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Doutor em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Professor do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: pssilva2008@gmail.com

RIKPÀRTI KÔKAPRÔTI:

Graduação em Letras no Instituto de Linguística, Letras e Artes da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará- ILLA/UNIFESSPA. Professor e diretor da Escola Indígena Estadual de Educação Infantil, Fundamental e Médio Tatakiti Kyikatêjê.

RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA:

Graduação em Odontologia. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela UFAM/ILMD/UFPA. Doutor em Saúde Pública pela Fiocruz Pernambuco. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia. E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

THIAGO MORAES BUTE:

Graduação em Odontologia. Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP. Responsável Técnico pelo Programa de Saúde Bucal Indígena da Bahia. E-mail: thiago.bute@saude.gov.br

TAÍS RANGEL CRUZ ANDRADE:

Graduação em Enfermagem. Especialista em Saúde Indígena pela Universidade Federal de São Paulo- UNIFESP. Mestre em Saúde Pública pela Fiocruz Amazônia. Assessora Técnica da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. E-mail: taisrca@hotmail.com

VITÓRIA CRUZ LANA:

Graduação em Enfermagem. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Roraima - UFRR. E-mail: vitoriacruzlana@gmail.com

WANDERLENE BIXOA JAVAÉ:

Graduação em Enfermagem. Enfermeira do Distrito Sanitário Especial Indígena de Palmas. E-mail: bixoa25@gmail.com



A Editora Rede UNIDA oferece um acervo digital para acesso aberto com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso gratuito às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parcerias e doações.

Para a sustentabilidade da Editora Rede UNIDA, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha "e-livro, e-livre", de financiamento colaborativo. Acesse a [página](#) e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

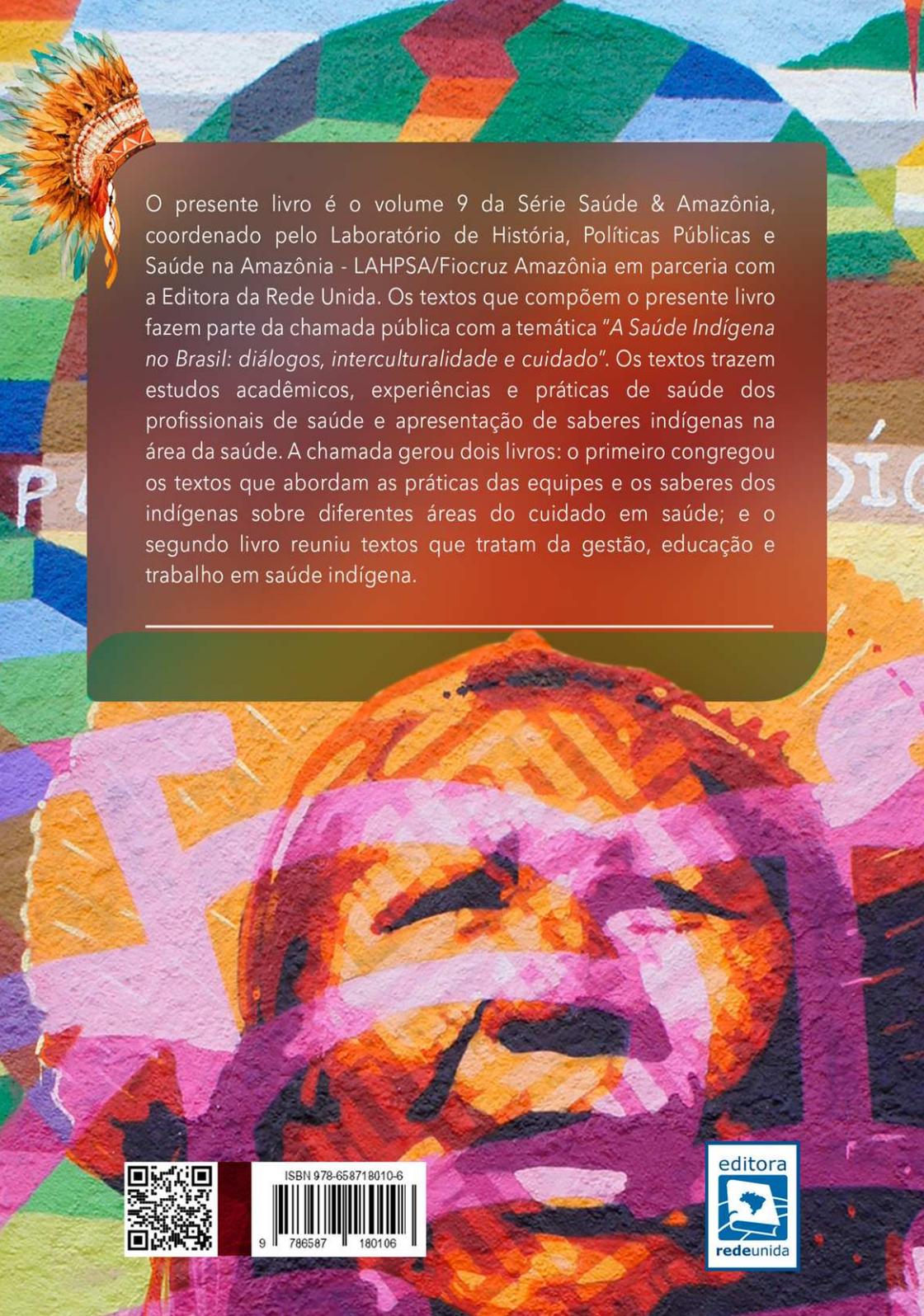
Acesse a [Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA](#).

editora



redeunida

editora.redeunida.org.br



O presente livro é o volume 9 da Série Saúde & Amazônia, coordenado pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - LAHPSA/Fiocruz Amazônia em parceria com a Editora da Rede Unida. Os textos que compõem o presente livro fazem parte da chamada pública com a temática "A Saúde Indígena no Brasil: diálogos, interculturalidade e cuidado". Os textos trazem estudos acadêmicos, experiências e práticas de saúde dos profissionais de saúde e apresentação de saberes indígenas na área da saúde. A chamada gerou dois livros: o primeiro congregou os textos que abordam as práticas das equipes e os saberes dos indígenas sobre diferentes áreas do cuidado em saúde; e o segundo livro reuniu textos que tratam da gestão, educação e trabalho em saúde indígena.



ISBN 978-658718010-6



9

786587

180106

editora



redeunida