

Série Saúde & Amazônia, 10

SAÚDE INDÍGENA:

educação, gestão e trabalho

ORGANIZADORES:

Nicolás Esteban Castro Heufemann
Alcindo Antônio Ferla
Kátia Maria da Silva Lima
Fabiana Mânica Martins
Sônia Maria Lemos

Imagem: Grafiteiro Raiz Campos

RESISTIR PARA EXISTIR!!

editora





Saúde e Amazônia, **10**

ORGANIZADORES:

Nicolás Esteban Castro Heufemann

Alcindo Antônio Ferla

Kátia Maria da Silva Lima

Fabiana Mânica Martins

Sônia Maria Lemos

SAÚDE INDÍGENA: educação, gestão e trabalho

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.**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
Ardigó Martino - 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
Érica 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 Böer 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 - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália
Maria Luiza 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 Staevie 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 Kodjoglianian - 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**H592s**

Heufemann, Nicolás Esteban Castro (org.); et al. S.Saúde Indígena: educação, gestão e trabalho / Organizadores: Nicolás Esteban Castro Heufemann, Alcindo Antônio Ferla, Kátia Maria da Silva Lima, Fabiana Mânica Martins e Sônia Maria Lemos.

1.ed. - Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2020.**ISBN:** 978-65-87180-14-4**248 p.:** - (Coleção Saúde & Amazônia, v.10) E-book: PDF.**DOI:** 1018310/9786587180144**1.** Interculturalidade. **2.** Práticas em Saúde. **3.** Saúde Coletiva. **4.** Saúde Indígena. **I.** Título. **II.** Assunto.
III. Organizadores.**20-30180013****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, N° 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252 - www.redeunida.org.br

Saúde e Amazônia, 10

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: educação, gestão e trabalho

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

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

REVISORES:

Alcindo Antônio Ferla, Fabiana Mânica Martins, Joana Maria Borges de Freitas Silva, Júlio Cesar Schweickardt, Kátia Maria da Silva Lima, Nicolás Esteban Castro Heufemann e Sônia Maria Lemos

AVALIADORES:

Adriana Duarte de Sousa, Alcindo Antônio Ferla, Aldemir Lima Maquiné, Amandia Braga Lima Sousa, Ana Elizabeth Sousa Reis, Ana Lúcia de Moura Pontes, Bahiyyeh Ahmadpour, Brena Silva dos Santos, Camila Soares Teixeira, Débora Cristina Bandeira Rodrigues, Denise Antunes de Azambuja Zocche, Evelyne Mainbourg, Fabiana Mânica Martins, Fabiane Vinente dos Santos, Fátima Sonally Sousa Gondim, Flávio Ricardo Liberali Magajewski, Gabriel Calazans Baptista, Gabriela Duan Farias Costa, Gabriela Duan, Gladson Rosas Hauladou, Glenda Patrícia da Silva Vieira, Ivamar Moreira da Silva, Jerfeson Caldas Nepumuceno, Joana Maria Borges de Freitas Silva, Júlio Cesar Schweickardt, Kássia Janara Veras Lima, Kátia Maria da Silva Lima, Lincoln Costa Valença, Márcio Mariath Belloc, Maria Audirene de Souza Cordeiro, Maria Rocineide Gama Feitosa, Marília de Jesus da Silva e Sousa, Marluce Mineiro Pereira, Michele Millena Gomes da Silva Santos, Naila Miriam Las-Casas Feichas, Nicolás Esteban Castro Heufemann, Raimundo Nonato Pereira da Silva, Reidevandro Machado da Silva Pimentel, Ricardo Moebus, Sílvio Marques Sousa Santos, Sônia Maria Lemos, Tais Rangel Cruz Andrade, Tania Esmeralda Rodríguez Vargas, Vanderléia Laodete Pulga.

FOTOGRAFIA DE CAPA:

Grafitos Raiz Campos (AM) e Trampo (RS)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

HEUFEMANN, Nicolás Esteban Castro (org.); et al. Saúde indígena: educação, gestão e trabalho. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Saúde & Amazônia, v.10). E-book (PDF). ISBN 978-65-87180-14-4.

1º Edição
Porto Alegre/RS 2020
Rede UNIDA

SUMÁRIO

- 01** **As muitas saúdes dos povos da terra: educação, gestão e trabalho como potência de vidas em intensidade nos diálogos com a Saúde Indígena** - Alcindo Antônio Ferla, Nicolás Esteban Castro Heufemann, Kátia Maria da Silva Lima, Fabiana Mânica Martins, Sônia Maria Lemos **08**
- 02** **Gestão do cuidado e modelo de atenção na saúde indígena: um estudo de caso** - Taís Rangel Cruz Andrade, Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias **27**
- 03** **A Saúde Indígena Potyguara: entre diálogos, formação intercultural e as práticas de cuidado** - Maria Lidiany Tributino de Sousa, Andrea Caprara, Maria do Socorro Litaiff R. Dantas **45**
- 04** **Análise de ações/serviços à população indígena nos planos regionais das redes de atenção à saúde do Pará: transversalidade ou equidade?** - Rosiane Pinheiro Rodrigues, Laura Maria Vidal Nogueira, Regina Fátima Feio Barroso, Danielle Tupinambá Emmi, Eliene do Socorro da Silva Santos **65**
- 05** **A supervisão acadêmica através do Projeto Mais Médicos para o Brasil em área indígena no Estado do Amazonas** - Bahiyyeh Ahmadpour, Jacqueline Nunes De Souza Fagundes Mendes, Vicente Mendes Da Silva Junior, Juliana Vieira Saraiva **82**
- 06** **Saúde coletiva e povos indígenas: processo de trabalho em saúde mental e atenção psicossocial na saúde indígena** - Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior, Álvaro Pinto Palha Junior, João Paulo Lima Barreto, Túlio Batista Franco **105**
- 07** **Trabalho em saúde, (des)aprendizagem e criatividade no cuidado aos povos indígenas: relato de experiências** - Bruna Tadeusa Gennaro Martins de Oliveira, Túlio Batista Franco **126**



- 08** **Conflito, respeito e construção intercultural: o encontro entre diferentes culturas na atuação dos médicos com os Yanomami** - *Willian Fernandes Luna, Luiz Otávio de Araújo Bastos, Fernanda Pereira de Paula Freitas, Bruna Teixeira Ávila* **147**
- 09** **Acolhimento e cuidado em saúde dos migrantes da etnia Warao em Manaus, Amazonas** - *Wanja Socorro de Sousa Dias Leal, Júlio Cesar Schweickardt* **167**
- 10** **Desafios às políticas de saúde para populações tradicionais em áreas urbanas: o caso dos indígenas Warao em Belém do Pará** - *Hilton P. Silva, Júlia C. T. de Miranda, Vitor N. de Lima* **178**
- 11** **Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento (AIS/AISAN): a árdua caminhada para a qualificação dos indígenas no Amazona** - *Cláudia Guerra Monteiro, Jerfeson Nepumuceno Caldas* **198**
- 12** **Práticas do enfermeiro no cuidado à pessoa indígena em processo de saúde-adoecimento: reflexos da assistência transcultural** - *Carlos Jordão de Assis Silva, Wanesca Caroline Pereira, Tarcísio Tércio das Neves Júnior, Valéria Gomes Fernandes da Silva, Rejane Maria Paiva de Menezes* **211**
- 13** **Financiamento em saúde indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Interior Sul e Litoral Sul** - *Geraldo Schneider de Mello, Mariana Santiago Siqueira, Roger dos Santos Rosa* **226**
- 14** **Sobre os autores e autoras** **240**
-

As muitas saúdes dos povos da terra: educação, gestão e trabalho como potência de vidas em intensidade nos diálogos com a Saúde Indígena

01

*Alcindo Antônio Ferla
Nicolás Esteban Castro Heufemann
Kátia Maria da Silva Lima
Fabiana Mânica Martins
Sônia Maria Lemos*

Introdução

O livro que organizamos é, na verdade, uma grande aventura. Em junho de 2019, por meio de uma parceria entre a Editora Rede Unida e o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia), foi lançada uma chamada pública para manuscritos com a temática **"A Saúde indígena no Brasil: diálogos, interculturalidade e cuidado"**. Pretendíamos compor um livro com iniciativas que estivessem produzindo conhecimentos nessa temática em outros lugares, chamando-as para o diálogo. Essa chamada representou um estágio de amadurecimento de ideias que vinham sendo gestadas há alguns anos, sobre a complexidade de compreender a temática da saúde dos povos indígenas quando se está no interior de um paradigma de pensamento em que a saúde está dissociada da doença e representada fortemente pela iniciativa de consumir procedimentos e insumos tecnológicos. Não se tratava apenas de reconhecer a vigência do paradigma biomédico nas políticas e instituições de saúde, mas, também, na cultura de saúde da sociedade como um todo. As redes de conversas que se estabeleceram entre pesquisadores do LAHPSA localizados em diversas regiões do Brasil, em outros países e com outros interlocutores foi atualizando uma sensação de insuficiência epistêmica, que não era original, no sentido de inédita no campo da ciência, mas

que se fez perceber no território de pensamento do grupo. Pretendíamos um diálogo para ampliar o pensamento e compor novos olhares para a temática, que contemplassem a diversidade e a complexidade do tema.

Para não alongar a descrição e suprimir detalhes que ainda estão sendo processados pelas memórias dos diferentes atores, utilizamo-nos da formulação de Ailton Krenak. Estava em questão não apenas o modo de fazer e de viver as saúdes, mas, antes, a própria ideia de uma humanidade “iluminada” pelo conceito de civilização esclarecida:

A ideia de que os brancos europeus podiam sair colonizando o resto do mundo estava sustentada na premissa de que havia uma humanidade esclarecida que precisava ir ao encontro da humanizada obscurecida, trazendo-a para essa luz incrível. Esse chamado para o seio da civilização sempre foi justificado pela noção de que existe um jeito de estar aqui na terra, uma certa verdade, ou uma concepção de verdade, que guiou muitas escolhas feitas em diferentes períodos da história (Krenak, 2019, p. 11).

Bem, o caminho percorrido a partir dessa noção de humanidade nos últimos séculos coloca na cena uma série de questões epistemológicas e civilizatórias. Sobre a sustentabilidade do viver, sobre a finitude dos recursos naturais do planeta que são intensivamente consumidos para suprir necessidades que, na sua maior parte, são construções sociais e históricas, sobre a vida mesma e sobre as diversas formas de existência. E a produção de conhecimentos úteis e oportunos precisa estar atenta à diversidade de olhares e aos estranhamentos às lógicas que são regularmente importadas para a pesquisa e o pensamento. Não se trata de nenhuma idealização, mas ao deslocamento do pensamento como exercício construtivo da ciência.

Nas iniciativas produzidas a partir do LAHPSA temos compartilhado, nas diferentes possibilidades em rede de produzir conhecimentos e formação no campo da saúde, da ideia da pesquisa como descoberta. Descoberta compartilhada, em diálogos. Como está registrado por Ferla et al (2016) há uma ideia de que o cotidiano de pesquisa é um “embrenhar-se”, “haver-se com o não previsto”, o pesquisar como desafio ao “dobrar o pensamento, a lançar-nos ao novo” (p. 243). E, nessa lógica, interrogamos com bastante frequência o que há de civilidade nos processos *civilizatórios* implementados nos diferentes territórios, o que há de humanização nas iniciativas *humanizadoras*, o que há de saudável nas ações de saúde produzidas em redes e serviços de saúde ofertadas para grupos populacionais e pessoas em localidades específicas. A Amazônia é um campo de descobertas e aprendizagens que nos mobiliza não apenas pela localização e referência territorial do Laboratório, senão pela constituição singular de culturas, de diversidades humanas, de concomitância de formas de andar a vida e produzir saúdes (Schweickardt et. al, 2019; Ferla et al, 2019; Heufemann et al, 2019). O



aprender no exercício de alteridade é que nos interessa, o aprender na relação.

A Amazônia tem convidado frequentemente para o *embrenhamento*, em seu território múltiplo e movediço, um *território líquido* (Schweickardt et. al, 2019), no qual fluem situações que geram novos aprendizados para os fazeres da saúde. Mas aqui nos interessava refletir ainda mais sobre a produção de saúde nos povos indígenas. Entre outras aproximações, no primeiro semestre de 2018, um grupo de pesquisadores do LAHPSA desenvolveu uma investigação sobre os efeitos na atenção básica em saúde no Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Solimões (Schweickardt et al, 2020a) desencadeados pelo Programa Mais Médicos (PMM). Essa imersão no cotidiano dos serviços de saúde dos Polos Base demonstrou que a fragilidade na conexão entre os serviços de saúde oficiais e as populações indígenas é uma realidade relevante para a explicação dos indicadores de saúde desfavoráveis. Na vigência do PMM, de forma inédita na história do Subsistema de Saúde Indígena, houve provimento estável de profissionais médicos, sobretudo médicos intercambistas cooperados originários de Cuba. A implementação de equipes multiprofissionais com estabilidade incidiu rapidamente na melhora dos indicadores de saúde e na opinião sobre a qualidade do cuidado recebido. Também tornou ainda mais visíveis no cotidiano as tensões entre as lógicas de organização da vida e dos cuidados em saúde, sobretudo os aspectos interculturais, da biomedicina que embasa os serviços oficiais com as práticas tradicionais que mobilizam o cuidado nas diferentes etnias e aldeias. Tensões que falam das diversidades e que se expressam em estranhamentos por parte dos diferentes atores que coadjuvam nas cenas de cuidado no território. Que demonstram diferenças importantes no modo de compreender a saúde e de fazer andar a vida. Há, portanto, muito o que aprender para tecer novas redes de produção de saúde, mais capazes de afirmar as vidas. Nos últimos dois anos, o PMM foi descontinuado, sobretudo com o fim da cooperação com Cuba, as equipes dos DSEI voltaram a ter oscilações importantes na sua composição. Restou nos pesquisadores a sensação que compreender as diversidades é muito produtivo para construir novos platôs de saúde para todos os povos.

Diversidades no produzir a vida e as saúde nos falam de diferentes perspectivas de ver e ouvir o território, de epistemologias diversas. Por isso a aventura de chamarmos outros atores que tomam a saúde indígena como tema de reflexões e de compormos um mosaico de perspectivas que nos permitissem engendrar novas formas mais amplas e, ao mesmo tempo, mais sensíveis de compreender a produção de saúde nos povos indígenas e a partir de uma perspectiva compartilhada. A chamada pública de artigos foi muito exitosa e resultou em 30 originais recebidos que, após a avaliação de pares, nos permitiu selecionar 24 para publicação, seguindo o diálogo. Resultado mais expressivo do que o previsto inicialmente. Foi necessário agrupar os artigos em dois livros, ultrapassando a expectativa de

um único volume. O primeiro conjunto de manuscritos selecionados compõe o livro **“Saúde indígena: práticas e saberes por um diálogo intercultural”** (Schweickardt et. al, 2020b) e o segundo está agrupado aqui. Tratou-se de uma aventura de embrenharmo-nos pelo desconhecido, sejam perspectivas epistemológicas e pragmáticas diversas para a questão da saúde dos povos indígenas, seja de territorialidades diversas da Amazônia, seja, por fim, de diferentes olhares. Mais uma vez a aventura mostrou-se muito construtiva.

Este livro é formado por 12 capítulos selecionados na chamada pública e por um expressivo grupo de 44 autores com diversas formações acadêmicas e vinculados a instituições de quatro regiões brasileiras, além do capítulo de apresentação. A temática da saúde indígena é destacada por diferentes ênfases disciplinares e por diversos dispositivos temáticos, como se verá adiante. No seu todo, os capítulos falam da saúde indígena como uma condição complexa, com determinações diversas daquelas que aprendemos na formação universitária e técnica dos cursos da área da saúde. São diversidades que fazem falta no cotidiano, inclusive para superar as adversidades que também estão presentes de forma permanente.

Povos indígenas no Brasil: o singular é a diversidade

A situação dos povos indígenas, no Brasil, seja no aspecto sociocultural, ambiental, geográfico e de saúde, é extremamente heterogênea. Diversos grupos possuem mais de um século de contato e vivem muito próximos dos grandes centros urbanos. Existem pequenos grupos isolados na Amazônia Ocidental, sem qualquer tipo de contato com a sociedade não indígena. Há também grupos contatados há mais de trinta anos, mas que pouco conhecem do modo de vida dos não indígenas, isto por viverem em área de difícil acesso. Há grupos que vivem na área rural, cercados por grandes áreas de monoculturas agroindustriais e os que migram para as cidades e formam aldeias nas áreas urbanas dos municípios (Lima, 2018). Os povos indígenas no Brasil pertencem a 254 etnias com características étnico-culturais diferenciadas entre si e em relação à sociedade nacional, falam mais de 150 línguas, delineando um mosaico complexo e diversificado de povos identificados pela sociedade nacional como índios (Schweickardt et al, 2020a).

A população indígena no Brasil é de aproximadamente 896.917 pessoas, o que corresponde a 0,47% da população total do país (IBGE, 2012). Dessas, 324.834 vivem em cidades e 572.083 em áreas rurais, os aldeados habitam em torno de 714 terras indígenas (TI), ocupando 11% do território nacional, sendo que 99% dessas terras estão localizadas na Amazônia Legal e Centro Oeste onde residem, aproximadamente, 60% da população indígena brasileira (ISA, 2017).



No estado do Amazonas vivem 168.680 indígenas, a maior população do Brasil, distribuídos em 66 etnias diferentes, falantes de mais 29 línguas (ISA, 2017).

As populações indígenas diferem da sociedade nacional, principalmente, pelo aspecto cultural e pela existência de uma organização social, econômica e política igualitária, por estabelecerem uma relação com o meio ambiente e de ocupação do território, baseada no acesso coletivo a terra e ao conhecimento, na relação mítica com a natureza e nas relações de parentesco (Schweickardt et al, 2020a).

Em termos de saúde, historicamente, o perfil de morbimortalidade dos povos indígenas é de alta prevalência das doenças infecciosas e parasitárias. No entanto, em decorrência do intenso contato com a sociedade não indígena e a assimilação de hábitos culturais e alimentares, outros agravos passaram a compor esse perfil, como por exemplo as doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão e diabetes, os transtornos mentais e comportamentais como o alcoolismo, a violência e o suicídio (Coimbra; Santos, 2005).

Os dados epidemiológicos indígenas existentes, embora precários, apresentam taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores do que aquelas encontradas na população não indígena, indicando que as condições de vida e acesso aos serviços de saúde destas populações são extremamente desfavoráveis. O grande número de óbitos sem registro ou registrados sem a definição da causa da morte, comprovam a baixa cobertura e restrita capacidade de resolução dos serviços de saúde disponíveis (Coimbra; Santos, 2005).

Essa situação histórica de vulnerabilidade levou o movimento indígena e as entidades de defesa dos índios a reivindicarem a organização de um subsistema de saúde indígena para cuidar da atenção básica, considerando as especificidades desses povos. A Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, atualmente em vigor no Brasil, foi regulamentada pela Lei nº. 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, conhecida como Lei Arouca, que aprovou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (Brasil, 1999). O modelo proposto, de responsabilidade federal, tem como objetivo garantir aos povos indígenas o direito universal e integral a saúde, respeitando suas especificidades socioculturais e os sistemas tradicionais de saúde (Lima, 2008).

O modelo de saúde indígena em vigor está baseado na organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como unidades operacionais e administrativas mínima do sistema de saúde, definidas com critérios geográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde, públicos e privados, que sejam capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde (Athias; Machado 2001).

A gestão do sistema, no momento da sua aprovação, ficou a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão vinculado ao Ministério da Saúde. No entanto, a partir da necessidade de reformulação da gestão do sistema, reivindicada pelos indígenas, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por meio do Decreto Federal nº 7.336, de 19 de outubro de 2010, vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, que assumiu a gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), no âmbito do SUS (Brasil, 2010).

Estão organizados no Brasil 34 DSEI, 07 deles no estado do Amazonas, que contam na sua estrutura com os Polos Base e os Postos de Saúde. O posto de saúde é a porta de entrada na rede hierarquizada do DSEI. O Polo Base representa uma unidade de maior complexidade, que abrange um conjunto de aldeias e se constitui na primeira referência de atendimento, devendo servir como base da equipe multidisciplinar de profissionais de saúde (Marques, 2003). O Programa Mais Médicos distribuiu um total de 519 médicos cubanos para as áreas indígenas no período de 2013 a 2018: 313 nos DSEI da região Norte, 102 na região Nordeste, 85 no Centro-Oeste, 21 no Sul e 10 no Sudeste (Schweickardt et al, 2020a). Os médicos do PMM tinham um regime de trabalho diferente dos demais profissionais da equipe, com 15 dias de dedicação aos Polos Base, quando distantes dos municípios onde residem, em regime de plantão, 5 dias com dedicação à formação especializada e 10 dias de descanso. Com esse regime de trabalho, a presença de médicos nas equipes e territórios passou a ser regular e frequente.

Para as aldeias, são contratados os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) que têm como função prestar serviços básicos de saúde aos membros da sua comunidade e das localidades da sua área de abrangência. O AIS é escolhido, dentre outros critérios, por residir na área de atuação e ser indicado pela população que reside na localidade. (Bittencourt, 2005; Lima, 2008).

Em estudo realizado por Schweickardt et al (2020a) foram identificadas no DSEI Alto Rio Solimões equipes multiprofissionais compostas por agentes indígenas de saúde (AIS), auxiliar e/ou técnico de enfermagem, auxiliar e/ou técnico de saúde bucal, cirurgião dentista, enfermeiro, médico e outros que apoiam a equipe em territórios que demandam cuidados específicos (agente indígena de saneamento, agente de endemias e microscopistas, psicólogo, nutricionista e farmacêutico), atuando nos Polos Bases em dois tipos de escala: tipo 20x10 (20 dias no território e 10 dias de descanso) para os Polos distantes das sedes e outra do tipo 40 horas semanais (segunda a sexta) para os Polos-Base, que ficam nas sedes dos municípios ou em aldeias próximas, com acesso terrestre, para os trabalhadores de formação profissional. Os trabalhadores técnicos e agentes, normalmente residentes no próprio território, tinham carga horária semanal fixa, com plantões noturnos.



Os serviços de média e alta complexidade são realizados mediante um sistema de referência e contrarreferência apoiado pela Casa de Saúde Indígena (CASAI) do DSEI. Compete à CASAI receber, alojar e alimentar os indígenas em tratamento de saúde e seus acompanhantes; prestar assistência de enfermagem aos pacientes que recebem alta dos hospitais; realizar o acompanhamento dos pacientes em todas as fases do tratamento (consultas, exames, etc.); e o retorno ao domicílio na ocasião da alta, realizando a contrarreferência com o Polo Base. Portanto, cabe às CASAI facilitar o acesso da população indígena, independente do DSEI a que pertence, ao atendimento de média e alta complexidade, servindo de apoio entre as aldeias e a rede de serviços do SUS (Marques, 2003).

Como componente da *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*, foi criado em 2000 o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e tem como objetivo realizar a coleta, o processamento e a análise de informações para subsidiar o monitoramento da saúde indígena, englobando nascimentos, morbidade, mortalidade, vacinação, imunização, realização de serviços, recursos humanos e infraestrutura. Antes da implantação do SIASI, até 1999, as informações de saúde indígena eram gerenciadas pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Nesse período dados essenciais, particularmente nascimentos e óbitos, coletados nas aldeias, não foram devidamente consolidados, analisados e divulgados adequadamente.

Originalmente o SIASI foi organizado para funcionamento *on-line*, sendo alimentado a partir dos Polos Base, que faziam a transmissão instantânea dos dados para a sede do sistema, em Brasília. No entanto, os obstáculos operacionais enfrentados, como a falta ou o inadequado funcionamento dos equipamentos e a precariedade da rede de internet, dificultam a implementação do sistema conforme planejado inicialmente.

Em termos de controle social, seguindo as diretrizes do SUS, que garantem a participação da sociedade na política de saúde, o subsistema de saúde indígena contempla, para fins de controle social, a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, que são os conselhos de saúde indígena. Esses estão organizados em Conselhos Distritais de Saúde Indígena e os Conselhos Locais de Saúde Indígena, órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo instituídos no âmbito de cada DSEI (Brasil, 1999; Lima, 2008).

No âmbito nacional foi instituído o Fórum de Presidentes dos Condisi (FP Condisi), que tem caráter consultivo, propositivo e analítico e é a instância máxima de assessoramento das Políticas de Saúde Indígena, no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena, sem prejuízo das competências deliberativas do Conse-

Iho Nacional de Saúde (Lima, 2008). Entretanto, o Fórum foi extinto, juntamente com dezenas de outros espaços de participação social nas políticas públicas por um decreto presidencial, em abril de 2019 (Brasil, 2019). A mobilização intensa para reativá-lo e recolocar na agenda das políticas públicas diversas reivindicações e conquistas dos povos indígenas envolveu diferentes instâncias, inclusive a assinatura de um Termo de Ajustamento de Condutas (TAC) mediado pelo Ministério Público Federal (MPF) entre as lideranças e o Ministério da Saúde (MPF, 2019). Entretanto, isso não se efetivou e a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena vem sendo postergada há mais de dois anos.

No momento em que a chamada de manuscritos foi divulgada, o cenário da saúde indígena também não contava mais com os médicos cooperados pela ruptura da cooperação com Cuba produzida nas mudanças do governo federal na transição de 2018 para 2019 e intensificavam as denúncias de agudização de conflitos entre comunidades indígenas e invasores (sobretudo garimpeiros de garimpos ilegais e fazendeiros), principalmente nos estados das Regiões Norte e Centro-Oeste; retrocessos importantes na maquinaria governamental criada ao longo dos anos para a proteção das terras e dos povos indígenas; conflitos de toda ordem que expõem a vida e a cultura das populações indígenas; e, por fim, a pandemia de COVID-19, que tornou o país ainda mais exposto no cenário internacional por negligência à saúde e à vida das suas gentes.

Sobre a saúde dos povos indígenas, que compõe a vida como parte da natureza, esse cenário expõe diferenças de concepção importantes para compreender o momento atual. Parte da diferença, que não é apenas cultural, senão existencial, é explicada por Davi Kopenawa Yanomami (2012) em uma entrevista:

Nós somos bem diferentes. O povo da terra é diferente. Napê, o não índio, só pensa em tirar mercadoria da terra, deixar crescer cidade... Enquanto isso o povo da terra continua sofrendo. Olha aqui em volta [aponta para território Yanomami ao sul de Boa Vista, o qual estávamos atravessando], tudo derrubado. Fazendeiro desmata para criar boi, vender pra outros comer e ele ganhar dinheiro. Aí pega dinheiro e continua desmatando, criando boi, abrindo mais fazendas... Napê só pensa em dinheiro, em botar mais madeira ou o que for pra vender, negociar com outros países. Nós pensamos diferente. *A beleza da terra é muito importante pra nós*. Do jeito que a natureza criou tem que ser preservado, tem que ser muito cuidado. A natureza traz alegria, a floresta pra nós índios é muito importante. A floresta é uma casa, e é muito mais bonita que a cidade. A cidade é como papel, é como esse carro aí na frente: branco, parece um papel jogado no chão. A floresta não, a floresta é diferente. Verde, bonita, viva. Fico pensando... por que homem branco não aprende? Pra que vão pra escola? Pra aprender a ser destruidor? Nossa consciência é outra. Terra é nossa vida, sustenta nossa barriga, nossa alegria, dá comida é coisa boa de sentir, olhar... é bom ouvir as araras cantando, ver as árvores mexendo, a chuva.



A beleza da vida e das saúdes está na diversidade e na multiplicidade, no tempo da existência de cada criatura, na multiplicidade de cores e sons, no gosto do alimento que sustenta “a barriga”, mas também dá alegria de sentir e de olhar. Não há idealização nessa concepção de andar a vida, que é atravessada por desafios de diversas ordens, como a luta pela preservação, o reconhecimento dos diferentes papéis e uma dinâmica que põe em articulação os modos de viver em comunidade e as mudanças no contexto externo. A líder indígena Sônia Guajajara (2020), em entrevista sobre as mudanças recentes no Brasil, registra desafios de preservação de direitos, da vida e da saúde dos povos indígenas, que também dá visibilidade às epistemologias insurgentes do nosso tempo:

Ser mulher indígena no Brasil é você viver um eterno desafio, de fazer a luta, de ocupar os espaços, de protagonizar a própria história. Historicamente foi dito para nós que a gente não poderia ocupar determinados espaços. Por muito tempo as mulheres indígenas ficaram na invisibilidade, fazendo somente trabalhos nas aldeias, o que não deixa de ser importante, porque o trabalho que a gente exerce nas aldeias sempre foi esse papel orientador. Só que chega um momento que a gente acredita que pode fazer muito mais do que isso, que a gente pode também estar *assumindo a linha de frente de todas as lutas*.

Para nós é desafiador romper essa barreira do sair da aldeia para ocupar esses espaços. Imagina ocupar esses espaços aqui fora, onde há um preconceito, um racismo impregnado, que nunca se venceu, e que em algum momento a gente achou que estava conseguindo avançar... *E a gente se depara agora com essa nova luta contra o racismo, contra o preconceito que está cada dia mais expresso na sociedade como um todo*.

Então ser mulher indígena é esse desafio permanente de reafirmar a sua cultura, a sua identidade e principalmente o seu gênero.

Há *movimentos* na produção da saúde dos povos indígenas, como nos dizem suas lideranças e as manchetes dos principais veículos de comunicação da imprensa internacional e, mesmo, alguns brasileiros. Que a saúde não está descolada das existências e nem se entrega ao domínio dos saberes coloniais. No diálogo com tantas vozes, o movimento político que defende a vida também produz a saúde e faz o pensamento espocar, deslocando o conhecimento do espaço da consciência para o corpo todo; para a existência mesma, já que o corpo que sente e vibra com a intensidade do ambiente, produz a saúde e produz a luta pela saúde. As temáticas transversais da educação, da gestão e do trabalho na saúde, agrupamento inicial dos textos desta coletânea, mostram conexões e diálogos entre a saúde e os modos de andar a vida, fluidos como o território que se conecta pelas águas e é atravessado por elas.

Decididamente, o leitor não encontrará aqui uma saúde contida na sua dimensão biológica e tampouco sua existência expressa num corpo. A saúde in-

dígena se expressa na saúde do ambiente onde a vida se faz, produz relações e diálogos. Mas também produz luta, onde a vida somente vinga se for coletiva e compartilhada. Há aqui uma saúde que não pode ser consumida, senão vivida com plenitude. Mais uma vez buscamos Ailton Krenak (2020) para ajudar o pensamento na produção de uma imagem possível.

Saúde entendida como Cuidado, reivindicando corpos vivos na Terra viva, toma a ecologia como guia para entender o equilíbrio necessário, aproxima visões de povos originários aos cuidados da vida implicada, com o que se entende hoje por meio ambiente. Meio ambiente e saúde e suas implicações políticas, debatendo políticas da saúde como controle sobre a produção de vida.

Confronta a ideia da saúde como mercadoria, denuncia a mercantilização da vida e a persistente ação de governos e capital em tornar a saúde uma questão aquisitiva no embate com a luta por direitos.

Na perspectiva dos povos originários, por exemplo, esta questão da saúde-mercadoria, não está posto como condição. Você pode dizer para alguém no meio da floresta que saúde é um direito, ele vai te perguntar direito a que? Ele vai dizer que não é um direito, mas um dom, um bem comum, que todo mundo tem, e você não tem carência disso, ninguém reivindica saúde em um lugar onde a vida é uma dádiva, onde a vida é abundante. Uma onça pode te comer, mas isso não tem nada a ver com saúde, isso é um acidente, o resto do tempo se está vivendo com saúde. Alguns anciãos que conhecemos viveram até enjoar (Krenak, 2020, p. 10-11)

Há conexões e movimento de outra ordem que articulam saúde e vida nessa episteme. Há montanhas de aprendizagens que as saúdes indígenas podem produzir à saúde biomédica, do corpo e do silêncio dos órgãos. Mas há que aprender essas saúdes e, para tal, constituir visibilidade e escuta. Vamos, portanto, ouvir as narrativas coletadas.

As vozes das experiências narradas: diversidades em diálogos produtivos

Como já foi registrado anteriormente, este livro foi gestado e pensado em rede, uma parceria entre a Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA) e o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Em um primeiro momento o livro foi proposto na transversalidade da saúde indígena brasileira com a interculturalidade, o diálogo e o cuidado. Nesta trajetória de submissões e avaliações de textos, este livro foi perpassado por relatos de práticas, experiências e pesquisas de gestão, educação e trabalho. Percebemos no decorrer da “degustação” dos textos que há semelhanças e diferenças importantes, mas que ao final, formam imagens nítidas, coloridas e potentes; imagens caleidoscópicas de vida,

esforço e respeito pelo que “o outro” representa. O “outro” ser, num exercício de alteridade com pessoas e com todas as formas pelas quais a vida se expressa.

Os trabalhos foram alocados em áreas de afinidade por temáticas diversificadas, de acordo com a forma de organizar e pensar a escrita: experiências de educação em saúde indígena; vivências de avaliação das ações de saúde indígena - processo de trabalho; o Programa Mais Médicos na saúde indígena; e a relação do trabalho em saúde indígena com a pesquisa. Os autores de cada capítulo escolheram caminhos diversificados para expressar as suas experiências ou os achados de estudo, sendo que o estilo narrativo é marcante no decorrer da escrita. Os textos narram a pesquisa como linha de pensamento e agir com as populações indígenas, como aprendizagem e descoberta compartilhadas em rede. Não é sobre uma “saúde do outro”, senão de uma saúde que se produz em diálogo e funda a vida de todos os seres.

O capítulo **Gestão do cuidado e modelo de atenção na saúde indígena: um estudo de caso**, de autoria de Taís Rangel Cruz Andrade, Júlio Cesar Schweickardt e Rodrigo Tobias inaugura a sequência de textos selecionados, com um estudo empírico realizado no DSEI Alto Rio Solimões. A pesquisa empírica permite aos autores refletir sobre os modos de produzir cuidado entre povos indígenas para compreender a gestão do cuidado desenvolvida pelas equipes de saúde indígena e a sua relação com a medicina tradicional indígena e seus atores. Os autores concluem que é necessário ampliar o investimento no protagonismo indígena, a partir da aproximação com as práticas tradicionais e da integração dos cuidadores tradicionais no cotidiano do serviço, e não somente em atendimentos pontuais. Registram que “é importante que a equipe possa compreender e respeitar o componente cultural na saúde, e não sobrepor o conhecimento técnico ao saber tradicional, mas sim fazê-los dialogar”, uma vez que “as competências clínicas e culturais são essenciais na construção do modelo de atenção diferenciada, que culmina com um cuidado intercultural qualificado”.

O texto **Saúde Indígena Potyguara: entre diálogos, formação intercultural e as práticas de cuidado** é um ensaio embasado em revisão da literatura, produzido por Maria Lidiany Tributino de Sousa, Andrea Caprara e Maria do Socorro Litaiff R. Dantas, no âmbito de um projeto de pesquisa desenvolvido em uma universidade no Ceará. Nele, as autoras questionam com intensidade algumas práticas e expressões comumente utilizadas, como a própria “saúde indígena” e as suas compreensões e práticas de formação associadas aos diversos sentidos da expressão. Também, como nos processos de cura e adoecimento entre os Potyguara mediados pelos serviços formais prevalecem as relações tutelares, sendo os indígenas culpabilizados pela situação sanitária, e os profissionais de saúde são os que reproduzem os valores do “processo civilizatório”. As

autoras concluem que “os conceitos como saúde e cuidado ao lado dos modos de produção de vida Potyguara nos fazem pensar na potência de tal encontro [no cuidado em saúde], considerando os deslocamentos que se produzem no pensar e fazer saúde, a formação e o cuidado na área da Saúde Coletiva”.

Em um campo mais sistêmico, o estudo **Análise de ações/serviços à população indígena nos planos regionais das redes de atenção à saúde do Pará: transversalidade ou equidade** pauta a indiferença no cuidado às populações indígenas à nível de rede de atenção à saúde, com a “ausência, em todos os planos, de atividades planejadas atendendo a especificidade da população indígena”. O texto, produzido por Rosiane Pinheiro Rodrigues, Laura Maria Vidal Nogueira, Regina Fátima Feio Barroso, Danielle Tupinambá Emmi, Eliene do Socorro da Silva Santos tem como objeto a análise da implantação e implementação de ações e serviços voltados à saúde indígena no Estado do Pará.

Outro estudo destaca a importância da política pública em um território de magnitude como a Amazônia. O capítulo **A supervisão acadêmica através do Projeto Mais Médicos para o Brasil em área indígena no estado do Amazonas**, escrito por Bahiyyeh Ahmadpour, Jacqueline Nunes de Souza Fagundes Mendes, Vicente Mendes da Silva Junior e Juliana Vieira Saraiva busca compreender o processo de supervisão acadêmica do Programa e enfatiza a ampliação da cobertura promovida pelo Programa Mais Médico nos 34 DSEI, além de proporcionar o acesso aos serviços de saúde através do provimento emergencial, com destaque na atuação de médicos estrangeiros, principalmente os cubanos, que foram responsáveis por preencher a grande maioria das vagas, em especial as áreas de acesso mais difícil. No caminho das “ausências e presenças” as experiências foram sendo forjadas, uma vez que há escassez de iniciativas de formação em saúde indígena e, no caso da supervisão do Programa, contribuiu nas formas dos profissionais perceberem suas intervenções e de implementar uma clínica porosa ao contexto interétnico e intercultural. Segundo os autores, as iniciativas de educação permanente dos supervisores fortaleceram o diálogo intercultural e a adequação das práticas de trabalho, com a incorporação de temas relacionados ao desenvolvimento de competências culturais.

A dimensão micropolítica do processo de trabalho em área indígena é a “marca” de alguns textos, tendo a interface do encontro do trabalhador com os mundos dos povos indígenas como um potente “lugar de reflexão”. O encontro entre profissionais e usuários indígenas pode ser vivido como potencializador de singularidade e sustentabilidade do cuidado em saúde, promovendo autonomia e protagonismo, entendido como algo como, *bem viver das comunidades com os parentes*. O alerta dos processos coloniais na relação com as populações indígenas já estava registrado nas contribuições de Krenak, Kopenawa e Guajajara



registradas inicialmente neste capítulo. Essas reflexões também estão presentes no texto **Saúde Coletiva e Povos Indígenas: processo de trabalho em saúde mental e atenção psicossocial na saúde indígena**. Escrito por Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior, Álvaro Pinto Palha Junior, João Paulo Lima Barreto e Túlio Batista Franco, o capítulo em formato de ensaio dialoga sobre o funcionamento do processo de trabalho dos profissionais que atuam no cuidado em saúde mental e atenção psicossocial no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD) vem o relato do encontro com os povos Guarani, Kaiowá e Terena, no sul do Mato Grosso do Sul, num capítulo escrito por Bruna Tadeusa Genaro Martins de Oliveira e Túlio Batista Franco. O texto **Trabalho em saúde, (des)aprendizagem e criatividade no cuidado aos povos indígenas: relato de experiências** produz emergência à possibilidade de desconstrução do discurso médico hegemônico, com novas formas particulares de conceber, sentir e significar o cuidado; tendo como “tempero”, o interagir criativo, mesmo no âmbito do serviço mais estruturado do sistema oficial de saúde, o hospital médico. Outra ebulição de sentidos, vivências e relatos de médicos brasileiros está permeado no texto **Conflito, respeito e construção intercultural: o encontro entre diferentes culturas na atuação dos médicos com os Yanomami**, com experiências de cuidado à saúde com um povo indígena de contato relativamente recente, os Yanomami, e de como um agir/fazer com respeito e tolerância intercultural podem minimizar conflitos e gerar um cuidado mais e mais compartilhado. O texto, de autoria de Willian Fernandes Luna, Luiz Otávio de Araújo Bastos, Fernanda Pereira de Paula Freitas e Bruna Teixeira Ávila reflete como os médicos brasileiros têm experienciado o cuidado à saúde o povo indígena buscando dialogar sobre esse encontro entre culturas na perspectiva dos médicos.

A experiência com indígenas em território urbano são a tônica de dois textos. O primeiro **Acolhimento e cuidado em saúde dos migrantes da etnia Warao em Manaus, Amazonas** tem autoria de Wanja Socorro de Sousa Dias Leal e Júlio Cesar Schweickardt. O segundo, **Desafios às políticas de saúde para populações tradicionais em áreas urbanas: o caso dos indígenas Warao em Belém do Pará** tem autoria de Hilton Silva, Júlia de Miranda e Vitor de Lima. Ambos “põe luz” na crise humanitária do povo Venezuelano, com forte ênfase na maciça migração de indígenas Warao para o Brasil. Aqui, trabalhadores e pesquisadores relatam como “se viram invadidos” repentinamente por incertezas e dúvidas da origem desses povos, na sua identidade étnica e o seu lugar dentro da sociedade brasileira. Nessa trajetória de reconhecimento desses povos foi fundamental identificar as competências legais de cada órgão municipal e promover a interação entre os diversos atores na busca pela elaboração de estratégias de ação. O

setor saúde, nestas experiências, assume um protagonismo solidário, colaborativo e articulador com os demais setores.

Desafiador também foi o processo formativo de Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento com enfoque na educação permanente relatado no texto **Programa de qualificação de agentes indígenas de saúde e de saneamento (AIS/AISAN): a árdua caminhada para a qualificação dos indígenas no Amazonas**, de autoria de Cláudia Guerra Monteiro e Jerfeson Nepumuceno Caldas. O objetivo manifesto dos autores foi refletir sobre os desafios encontrados no processo de formação em saúde indígena, dos problemas de logística, dos princípios e diretrizes delineados pelo programa de formação, para concluir que também aos docentes falta domínio dos aspectos pedagógicos e antropológicos, naturalizando concepções reducionistas e pejorativas. Segundo os autores, as iniciativas de formação técnica requerem atravessamentos de aspectos da interculturalidade, interdisciplinaridade, relação de transversalidade entre a teoria e prática e a avaliação formativa, expandindo em ato as representações dos docentes. Mais uma vez ouvimos ecoando nas entrelinhas dos capítulos escolhidos para esta coletânea os alertas registrados inicialmente no texto de Krenak, Kopenawa e Guajajara.

A formação também é problematizada em outro texto **Práticas do enfermeiro no cuidado à pessoa indígena em processo de saúde-adoecimento: reflexos da assistência transcultural**, agora com enfoque na formação de profissionais de saúde de nível superior. Analisar a prática assistencial do enfermeiro no processo saúde e doença e na atenção à saúde da pessoa indígena com autoria de Carlos Jordão de Assis Silva, Wanessa Caroline Pereira, Tarcísio Tércio das Neves Júnior, Valéria Gomes Fernandes da Silva e Rejane Maria Paiva de Menezes o capítulo analisa a prática assistencial do enfermeiro no processo saúde-doença na atenção à saúde ao indígena por meio da revisão bibliográfica e revela a fragilidade e a valorização do modelo biomédico em contraponto a uma formação “atravessada” por aspectos antropológicos e sociais do profissional de saúde.

O capítulo que finaliza a sequência de manuscritos desta coletânea e **Financiamento em Saúde Indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Interior Sul e Litoral Sul**, de autoria de Geraldo Schneider de Mello, Mariana Santiago Siqueira e Roger dos Santos Rosa, que utilizou como base empírica os dados de financiamento dos Planos Distritais de Saúde dos DSEI do Litoral Sul e do Interior Sul, que abrangem os três estados da Região Sul e São Paulo e Rio de Janeiro, no período de 2012-2015. Os DSEI selecionados têm a especificidade de existir uma gestão compartilhada, com territórios comuns aos dois, que é distinta em relação aos demais 34 DSEI do país. A análise demonstrou uma evidente terceirização da gestão da saúde indígena, com fortalecimento do setor privado na gestão própria-



mente dita e não apenas na provisão dos serviços. De acordo com os autores, para que “os princípios de descentralização, universalidade, equidade, participação e controle social possam ser efetivados, é crucial que a atenção à saúde considere as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos por meio de financiamento adequado”. O modelo de gestão que é financiado, segundo os planos analisados, aproxima-se da lógica de mercado, mais do que das lógicas dos povos indígenas. De acordo com as conclusões da análise, “é preciso que ocorra uma inversão de conceitos administrativos, de gestão, financeiro e responsabilidade estatal para com a efetivação da descentralização e autonomia dos DSEI”, uma vez que, com a terceirização da gestão “os DSEI não conseguirão efetivamente ser autônomos, mas apenas repassadores de verbas públicas a terceiros”. Ainda outra vez o choque de lógicas que foi apontado inicialmente por Krenak, Kopenawa e Guajajara ecoa pelos escritos que compõem esta coletânea.

Nosso objetivo, ao organizar a chamada de manuscritos e a organização dos livros não foi predominantemente a denúncia, embora não possa haver o diálogo sem o reconhecimento da condição em que os povos indígenas estão colocados no âmbito das políticas de saúde e demais políticas sociais. As políticas públicas são, ao mesmo tempo, constructos sociais e produtoras de imaginários da sociedade. E, no momento atual, em que todas as vidas estão expostas por iniciativas de cunho evidentemente necropolítico, é inevitável o tom de denúncia dos textos. A denúncia torna-se a expressão política da saúde uma vez que não há saúde sem vida e sem o reconhecimento da vida de cada um. E se torna imperativo ético, na medida em que não há diálogo com base no colonialismo e no silenciamento do outro.

Aqui, nosso objetivo era o diálogo que expande a compreensão sobre todas as saúdes que acompanham as vidas que compõem o território brasileiro, para refletir sobre o cuidado e as formas de organizar o trabalho na saúde. E propusemos esse diálogo como aventura. No percurso do embrenhar-se pela aventura de aprender no contato com as saúdes dos “povos da terra”, dos “povos originários”, aprendemos também que há uma multiplicidade de iniciativas que vem se ocupando dessa temática. A organização do livro pretende ser um ponto de contato, um nó de rede dessas iniciativas.

Mas, por certo, a principal aquisição dessa aventura é que há saúdes mais generosas, mais coloridas e mais gostosas entre os povos da terra do que nas práticas biomédicas. E essas saúdes que tornam possíveis diversas formas de vida são um convite aos novos processos civilizatórios que teremos que construir, sob pena de que o ciclo da pandemia que vivemos signifique um retorno às suas condições de emergência. Não nos parece que esse seja um retorno viável, que encontra o extermínio.

Para a leitura dos textos que selecionamos e tratamos com carinho, resta-nos o convite para a busca de uma saúde, da educação na saúde, da gestão setorial e de fazeres laborais em saúde que tenham agudamente o feminino do qual nos falou a líder indígena Sônia Guajajara, no início do capítulo: com gosto de cultura, de múltiplas identidades, com sabores e cores do ambiente, mas também com a potência da luta, com o eterno desafio de protagonizar a própria história, que é a história das vidas que se compõem para tornar possível a saúde de todos e todas. Que a leitura seja também uma aventura e desperte a potência do movimento suave e radical das águas, das florestas e da vida que pulsa e quer vingar em novas expressões mais justas, democráticas e felizes.

Referências

Athias R, Machado M. (2001). A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 17, n. 2, pp. 425-431. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200017>.

Bittencourt M, Toledo M, Argentino S, Oliveira L. (Org.). (2005). **Acre, Rio Negro e Xingu: a formação indígena para o trabalho em saúde**. São Paulo: Associação Saúde Sem Limites, 2005.

Brasil. **Lei Federal nº 9.836**, 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. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm

Brasil. **Decreto Federal nº 7.336**, de 19 de outubro de 2010. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União - Seção 1 - 20/10/2010, Página 6 (Publicação Original). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7336.htm

Brasil. **Decreto nº 9.759**, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9759.htm

Coimbra Jr. CEA, Santos RV. (2005). Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar



AL. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO, 2005. P. 13-47.

Ferla AA, Schweickardt KHSC, Gai DN, Schweickardt JC. (2019). Encontros da Saúde e da Educação na Amazônia: inovações que brotam da diversidade e da complexidade de um território líquido. Em: Ferla AA, Schweickardt KHSC, Gai DN, Schweickardt JC. (Org.). **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. P. 8-20. ISBN (Eletrônico): 978-85-54329-17-4 DOI: 10.18310/9788554329174. <https://editora.redeunida.org.br/project/atencao-basica-e-formacao-profissional-em-saude-inovacoes-na-amazonia/>.

Ferla AA, Trepte RF, Schweickardt JC, Lima RTS, Martino A. (2016). Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. **Saúde em Redes**. 2016; 2(3): 241-261. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/773/pdf_46

Guajajara S. (2020). **Sônia Guajajara comemora a liderança das mulheres indígenas na luta por direitos**. Em entrevista sobre participação das mulheres indígenas na política, liderança fala sobre a situação crítica das aldeias. [recurso eletrônico]. Texto de Fabiana Reinholz e Katia Marko. Brasil de Fato, Porto Alegre (RS), 09 de junho de 2020. Disponível em <https://www.brasildefato.com.br/2020/06/09/povos-indigenas-vivem-momento-traumatico-afirma-sonia-guajajara>.

Heufemann NEC, Mayorga-Marín FJ, Rodriguez-Vargas TE, Freitas JMB, Miller EA, Schweickardt JC, Ferla AA. (2019). Acceso a servicios de salud em territorios adversos: registros metodológicos y empíricos de una investigación em la Amazonia Brasileña. In: Orozco-Valadares MA, Ibarra-Herrera MY, Ferla AA. **Investigación en ciencias de la salud en Centroamérica: estado del arte, redes internacionales y perspectivas**. Manágua: CIES/UNAN; Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. P. 133-151. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/investigacion-en-ciencias-de-la-salud-en-centroamerica-estado-del-arte-redes-internacionales-y-perspectivas/>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2012). **Os Indígenas no Censo Demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: https://indigenas.ibge.gov.br/images/indigenas/estudos/indigena_censo2010.pdf

ISA. Instituto Socioambiental. (2017). **Povos Indígenas no Brasil 2011-2016**. Fany Ricardo e Beto Ricardo (orgs). São Paulo: Instituto Socioambiental, 2017. ISBN:

978-85-8226-043-2. 828p.ag. Disponível em: <http://povosindigenas.org.br/pt>.

Kopenawa Yanomami D. (2012). **Davi Kopenawa Yanomami**: Pouco conhecido em seu próprio país, ele é a mais respeitada liderança indígena brasileira. [recurso eletrônico]. Revista Trip, 13.07.2012. Texto por Lino Bocchini. Disponível em: <http://revistatrip.uol.com.br/revista/212/paginas-negras/davi-kopenawa-yanomami.html#16>

Krenak AAL. (2020). Saúde! Um negócio de outro mundo. Em: MERHY, Emerson Elias; MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. **Re-existir na diferença**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). E-book. ISBN 978-65-87180-13-7.

Krenak AAL. (2019). **Ideias para adiar o fim do mundo**. 2ª Ed. [recurso eletrônico]. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

Lima KMS. (2008). **Controle Social e Saúde Indígena**: um estudo dos conselhos indígenas do Distrito Sanitário Indígena de Manaus/AM. Orientadora: Heloisa Helena Corrêa da Silva. Manaus. Amazonas: Instituto de Ciências Humanas e Letras. 159 p. Dissertação. (Mestrado em Sociedade Cultura na Amazônia).

Lima KMS. (2018). **Investigação da infecção subclínica por Neisseria meningitidis em populações indígenas no Amazonas**. Tese (Doutorado). Instituto Oswaldo Cruz, Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, 2018. Orientador: David Eduardo Barroso, Filipe Anibal Carvlho-Costa.

Marques IMSF. (2003). **A política de atenção à Saúde Indígena**: Implementação do Distrito Sanitário Indígena de Cuiabá/MG. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública). Orientadora: Lígia Geovanella. Rio de Janeiro/RJ. Escola Nacional de Saúde Pública. 227 p.

MPF. Ministério Público Federal. (2019). **Termo de Ajustamento de Conduta (TAC)** para questões relacionadas à saúde indígena. Brasília, 22 de julho de 2019. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2019/07/tac-mpf-sesai-dsei-litoral-sul.pdf>

Schweickardt JC, Ferla AA, Lima RTS, Amorim JSC. (2020a). O Programa Mais Médicos na saúde indígena: o caso do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2020; 44:e24. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.24>.

Schweickardt JC, Freitas-Silva JMB, Ahmadpour B (Org.). (2020b). **Saúde indí-**



gena: práticas e saberes por um diálogo intercultural. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2020. 285 p.: - (Coleção Saúde & Amazônia, v.9) E-book: PDF. ISBN: 978-65-87180-10-6.

Schweickardt JC, Kadri MRE, Lima RTS. (2019). Territórios, águas, gentes e modos de fazer saúde num território em permanente movimento. Em: Schweickardt JC, Kadri MRE, Lima RTS. **Atenção Básica na Região Amazônica:** saberes e práticas para o fortalecimento do SUS. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2019. P. 8-14. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/atencao-basica-na-regiao-amazonicasaberes-e-praticas-para-o-fortalecimento-do-sus/>.



Gestão do cuidado e modelo de atenção na saúde indígena: um estudo de caso

02

*Taís Rangel Cruz Andrade
Júlio Cesar Schweickardt
Rodrigo Tobias*

Introdução

O ato de cuidar é mediado pelos sistemas de significação de doença e saúde na sociedade, e tem representações variadas, a depender dos padrões culturais de vivência do indivíduo. Entre os povos indígenas, os meios de cuidado e cura são representados em cada etnia de acordo com a sua cosmologia (Lagdon, 1994). Os modos de compreensão do adoecer, em uma determinada cultura, definem como será desenvolvido o processo de cuidado e quais atores serão protagonistas desta ação. Por isso, é importante que na atenção à população indígena, a gestão do cuidado seja coordenada por profissionais que compreendam o sistema de cura tradicional dessas comunidades e atuem de forma a integrar a medicina tradicional à biomédica.

Segundo Mendonça (2004), em diversas sociedades tradicionais o alcance da cura, ou da saúde, ocorre mediante o estímulo positivo de três dimensões: biofísica, subjetiva/psicossocial e sociocultural. Estas dimensões são de extrema relevância para a compreensão do processo de saúde-doença entre diversos povos, sendo a cura proveniente do reestabelecimento do equilíbrio entre elas. Na grande maioria dos povos indígenas, as origens das doenças estão relacionadas com duas causas: míticas e naturais.

As causas míticas se dão na relação entre os espíritos que atuam no mundo terreno e os povos viventes, através da ação de possessões, feitiços, e perda da alma, devido à quebra de tabus vigentes. As que se relacionam com as causas naturais, estão ligadas ao desrespeito aos elementos da natureza, como morte de animais sem fins alimentícios ou de defesa, a ingestão de determinados alimen-



tos em períodos proibidos, como na gestação, ou comportamentos considerados moralmente errados nesta cultura. Mas, também, relacionam-se com o ambiente vivido e as alterações biofísicas do corpo, como o estresse, a má alimentação, as alterações de temperaturas, as condições de poluição da local de residência, dentre outros (Yamamoto, 2004; Langdon et al. 2010; Ferreira, 2013b).

Nestas populações o processo de adoecimento, assim como o de cura, é orientado, principalmente, por rituais de oferta, uso de plantas, chás, canções terapêuticas e rezas, realizados por cuidadores tradicionais, como pajés, parteiras, xamãs ou rezadores (Garnelo et al. 2004). Em realidade, segundo Langdon (1994, p. 116), para estes povos “atualmente, o processo terapêutico caracteriza-se como uma negociação contínua sobre a interpretação dos signos da doença e a escolha de terapia apropriada nesta situação pluriétnica com várias alternativas”. A escolhas terapêuticas transpassam os cuidados familiares, as ervas do pajé ou parteira, as bençãos do rezador, e a assistência da equipe de saúde atuante no território. E nada impede que diversas alternativas sejam acessadas simultaneamente.

As políticas para populações específicas, como quilombolas, indígenas, ribeirinhas e pessoas em situação de rua, assim como políticas de reorientação do trabalho na saúde da família, criam modelos alternativos que deveriam se configurar e atuar de acordo com o território e com as necessidades de saúde da população assistida. Apesar disso, o paradigma biomédico ainda é um desafio a ser superado na execução destas políticas, pois ainda está muito presente na formação dos profissionais de saúde, refletindo nos processos de cuidado ofertado aos usuários (Feuerwerker, 2014).

Na atenção aos povos indígenas, o pressuposto do cuidado, segundo a Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos Indígenas (Brasil, 2002), é a atenção diferenciada, que considera os aspectos étnicos, culturais e epidemiológicos específicos de cada população, e sugere práticas de cuidado que ultrapassem a medicalização e o modelo biomédico como eixo de trabalho para as equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI). As equipes de saúde devem potencializar suas práticas de atenção para a reorganização do serviço, a fim de garantir o cuidado pautado no diálogo entre o sistema de cura tradicional e o biomédico.

Ao refletirmos sobre os modos de produzir cuidado entre povos indígenas, precisamos compreender sua forma de viver no mundo para dialogar com ela, sem partir apenas da ótica de visão de mundo do não indígena (Sztutman, 2008). Diante do exposto, entendendo que é necessário refletir sobre o modelo de atenção à saúde indígena atual, e sob qual lógica vem sendo desenvolvido

pelas equipes de saúde nas comunidades, este estudo tem como objetivo compreender a gestão do cuidado desenvolvida pela equipe saúde indígena e a sua relação com a medicina tradicional indígena e seus atores.

Percurso Metodológico

Este manuscrito foi desenvolvido a partir da dissertação de mestrado “Gestão do trabalho na Saúde Indígena e o Programa Mais Médicos: um estudo de caso no DSEI Alto Rio Solimões - AM”, do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), do Instituto Leônidas e Maria Deane - FIOCRUZ.

O local de estudo foi o Polo Base Belém do Solimões, que está inserido no Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena (DSEI) Alto Rio Solimões (ARS), localizado no Estado do Amazonas, na região da tríplice fronteira entre Brasil, Colômbia e Peru. A escolha do campo de pesquisa foi intencional, já que este DSEI presta assistência à saúde para a segunda maior população indígena brasileira e é citado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) como referência no Amazonas. O DSEI atende à 67.699 pessoas distribuídas em 232 aldeias, habitadas por indígenas de 07 etnias diferentes: Ticuna, Kocama, Kaixana, Kambeba, Kanamari, Witoto e Maku-Yuhup, sendo a maior população da etnia Ticuna (SIASI, 2018).

O Polo Base escolhido é representativo, pois abriga a maior população do DSEI ARS, com o total de 10.008 pessoas cadastradas, além da maior extensão territorial. Possui em sua área de abrangência 28 aldeias, sendo uma delas a maior aldeia do DSEI, também chamada de Belém do Solimões. Com 4.738 indígenas em seu território, Belém do Solimões está a uma distância de duas horas do município de referência para a região do Alto Solimões, o que facilita o trânsito entre a comunidade e a cidade (SIASI, 2018).

Sua população é predominantemente da etnia Ticuna, mas possui um percentual importante de indígenas Kocama. Estas duas etnias diferem nos costumes, linguagem e representações da cosmologia, pois ambas enfrentaram o processo de colonização de formas diferentes, construindo modos distintos de sobrevivência cultural e manutenção de costumes tradicionais. A religião tem papel importante dentro da comunidade, as congregações abrangem a igreja Católica, Assembleia de Deus, Pedrângular e Irmandade Santa Cruz, sendo a maioria das pessoas de fé católica.

Esta pesquisa se configura como um estudo de caso com abordagem qualitativa, de caráter analítico, com foco na compreensão da gestão do cuidado em área indígena. Para a execução da pesquisa foram utilizadas técnicas



de observação participante e coleta de dados primários, através de entrevistas semiestruturadas, com os profissionais da equipe multiprofissional do Polo Base Belém do Solimões, chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), e com gestor do DSEI.

Foram realizadas 17 entrevistas semiestruturadas, contendo de 17 a 20 perguntas a respeito do trabalho realizado pela equipe multiprofissional na saúde indígena, com ênfase no cuidado e na inserção dos cuidadores tradicionais na rotina do serviço. Os entrevistados foram: 06 enfermeiros assistenciais, 01 enfermeiro coordenador do polo, 03 técnicos de enfermagem, 03 Agentes Indígenas de Saúde (AIS), 02 médicos do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB), 01 chefe da DIASI, e 01 gestor do DSEI.

Para análise dos dados foi utilizado o método de análise de discurso, onde foram estudadas as falas dos sujeitos como formas de impressão das suas subjetividades. Procurou-se analisar o que há por traz da fala, compreender o simbólico, e os reais significados das falas, do dito e do não dito em entrelinhas (Orlandi, 2005).

Ao realizar a análise dos dados, a partir do discurso verbalizado pela equipe, os conteúdos foram categorizados em dimensões. Utilizou-se como unidade representativa das falas as seguintes dimensões: a equipe multiprofissional e o modelo de atenção diferenciado, o cuidado biomédico e os atores do sistema de cura tradicional, a linguagem e o papel do AIS.

O presente estudo respeitou os critérios éticos da pesquisa social, além das exigências da FUNAI e SESAI para a entrada em área indígena, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/CONEP (CAAE: 80564817.9.0000.5020).

Resultados e Discussão

A equipe de saúde do Polo Base Belém do Solimões é multiprofissional, e composta por trabalhadores não indígenas brasileiros e cubanos, e indígenas da etnia Ticuna e Kocama. A equipe conta com técnicos de enfermagem e enfermeiras indígenas da etnia Kocama, e com os agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN) Ticunas e Kocama, que compõem 56% da força de trabalho do Polo Base.

Os profissionais se dividem em duas equipes, que prestam assistência nas 28 aldeias de abrangência, numa escala de 20 dias trabalhados por 10 dias de folga. As equipes multiprofissionais ficam lotadas em sua maioria em Belém do Solimões, onde está a sede do Polo Base, e realizam atendimentos periódicos em outras aldeias, por meio de cronogramas de visita, a fim de prestar melhor assistência. Alguns profissionais ficam lotados nas aldeias a fim de realizar aten-

dimento imediato, caso necessário. A composição e local de trabalho da equipe multiprofissional está delineada, conforme a tabela abaixo.

Tabela 01: Composição da equipe multiprofissional por local de lotação

Categoria Profissional	Lotação: Pólo Base	Lotação: Aldeias	TOTAL
Assistente Social	0	0	0
Cirurgião Dentista	3	0	3
Enfermeiro	9	0	9
Farmacêutico	1	0	1
Médico	4	0	4
Nutricionista	1	0	1
Psicólogo	1	0	1
Técnico de Enfermagem	17	0	17
Técnico de Laboratório	2	0	2
Técnico de Saúde Bucal	5	0	5
Microscopistas	1	0	1
AISAN	6	7	13
AIS	17	38	55
Auxiliar de Serviços Gerais	2	0	2
Vigilantes	4	0	4
Auxiliares Administrativos	1	0	1
Motorista Fluvial	3	0	3
TOTAL	77	45	122

Fonte: Tabela elaborada pelos autores com base no banco de dados do SIASI, 2018.

O papel da equipe multiprofissional é essencial para o acesso da população à saúde e para melhoria do cuidado prestado aos usuários, já que estes estão aldeados e muitos não falam português com facilidade, dificultando o acesso aos serviços na rede municipal de referência. A escassez de médicos e disponibilidade destes para atuar em área indígena tem sido um grande problema para a garantia da continuidade do cuidado. Em anos anteriores ao PMMB, o Polo Base Belém do Solimões não dispunha de médicos compondo a equipe multiprofissional. Isto dificultava o trabalho da equipe, que se via forçada a fazer remoções e encaminhamentos para o município de referência para realização de procedimentos médicos (Fontão, 2017).

Com provimento de médicos, através do PMMB, tornou-se possível a assistência da população por esta categoria profissional desde sua implantação, melhorando a organização do processo de trabalho, conforme relatado pelos



gestores. A equipe completa possibilita maior oferta de cuidados dentro comunidade, diminuindo a necessidade de encaminhamentos para outros serviços, qualificando a assistência e tornando os períodos de adoecimentos menos traumáticos para o usuário.

Atuação da equipe multiprofissional e o modelo de atenção diferenciado

O desenho de atendimento aos indígenas, preconizado pelo modelo de atenção diferenciado, é focado na visita e atendimento domiciliar, no contexto familiar, pautadas em ações preventivas e de promoção da saúde, que contemplem o usuário na sua integralidade, respeitando as práticas tradicionais da cultura indígena (Brasil, 2002; Pontes et al. 2015). Este formato possibilita que a atuação dos profissionais da saúde indígena produza um estreitamento no relacionamento com os usuários, com maior intensidade do que os profissionais da atenção básica em outros âmbitos. Como fica evidente nas falas a seguir, essa formação de vínculos entre usuário e profissional acontece e tem repercussões na assistência. Além disso, possibilita prestar um cuidado que considere as necessidades dos indivíduos em consonância com a sua relação familiar:

“A consulta de pré-natal eu faço domiciliar, a consulta de hipertenso e diabético também. Visito os acamados, os deficientes físicos. E (faço) as consultas de morbidade, que é todo mundo que tem alguma doença. Faço junto com o AIS. [...] Eu vou durante a visita, um exemplo, na visita puerperal né? E já faço a primeira consulta de CD (crescimento e desenvolvimento), eu já faço a imunização, eu já entrego o cartão de vacina da criança e já faço a consulta puerperal da mãe. Tudo junto, na casa já faço uma análise de tudo.” (Enfermeira B)

“[...] cada agente de saúde tem suas áreas né? Aí tem que fazer visita todo dia. Minha função é sair, ir nas casas, entrar lá e conversa com a família. O que a gente aprendeu durante a capacitação a gente fala com as famílias, o que pode causar doenças, sobre as verminoses, diarreia, fala como tratar a água também. E se tem alguma casa que tem doente a gente traz com o enfermeiro, para o enfermeiro fazer a consulta, quando tem médico, também para o médico fazer o tratamento” (AIS A)

Os discursos nos indicam que a atenção domiciliar tem papel crucial para o sucesso do atendimento nas comunidades indígenas. Também demonstram que o AIS se configura como membro essencial da equipe no momento de tecer redes de contato e vínculo entre os usuários e profissionais. Com isso, compreende-se que para além do importante trabalho de prevenção de doença e promoção da saúde por meio de ações domiciliares, o AIS é elo entre população e equipe de saúde. O papel de “entrar nas casas e conversar com as famílias” evidencia o potencial dessa atividade conciliadora entre os modos de cuidado.

Mas, também nos remete a compreender que essas atividades se adequam ao conceito de atenção diferenciada preconizado pela PNASPI (Brasil, 2002).

Neste ambiente domiciliar, com a criação de vínculo profissional - usuário, e um pouco de conhecimento sobre os hábitos de vida dos povos atendidos é possível observar quais os fatores culturais e contextos sociais têm relevância no processo saúde-doença. O trabalho realizado na casa do usuário, em contato com o seu cotidiano e modo de vida também promove liberdade de criação e construção de um cuidado com ênfase nas particularidades do indivíduo e da sua família (Feuerwerker, 2014). Partindo desta percepção e do convívio constante, os profissionais relataram sobre os principais problemas encontrados na comunidade:

"Aqui são mais infecções respiratórias e intestinais. [...] e diarreia na seca, porque eles não têm água para beber, então às vezes eles pegam água de igarapé e bebem". (Enfermeira B)

"[...] fora os problemas de diarreia, síndromes respiratórias e parasitoses, a violência é uma questão grave. E me parece que cada dia está piorando, porque eles vão tendo cada dia mais contato com álcool e drogas. É muito problema alcoólico. Também tem o fato de Tabatinga está muito próximo, eles compram lá ou vem dos não indígenas, peruanos e colombianos que fazem muito transporte de álcool (...)". (Médica A)

A realidade social que as populações indígenas do Alto Solimões vivenciam atualmente divergem drasticamente das circunstâncias há 100 anos atrás. A proximidade com os espaços urbanizados tem provocado um novo processo colonizador, de influências da industrialização, mudança de hábitos alimentares e modos de trabalho. A atividade da roça e da pesca tornou-se pouco frequente, sendo premente a utilização de benefícios sociais como fonte de renda (Fávaro et al. 2007). Este ainda tem sido um entrave para a atuação da equipe na promoção à saúde da população. Conforme os relatos abaixo:

"[...] Na região tem muita pesca, muita caça, é muito farta. Só que o indígena está perdendo aos poucos o hábito de plantar, de caçar, é muita coisa industrial, é muito açúcar, muito sal, muito cheetos, muito refrigerante na comunidade. Tudo isso contribui para a desnutrição da criança [...]". (Enfermeiro D)

"A situação é precária até dentro das casas, [...] as vezes as pessoas não têm nem alimentos. E as vezes você se depara com isso, (e pensa) "o que é que eu faço?" Porque nós trabalhamos muito na parte da promoção e da prevenção [...]". (Médico B)

O contexto sociocultural em transformação foi identificado pela equipe como um problema para o processo de prevenção e cuidados com a saúde entre indígenas, principalmente aqueles com acesso aos centros urbanos. Esse é um



processo de difícil intervenção visto que se trata da aquisição de novos hábitos de uma população que vem se integrando no contexto urbano. As evidências de falta de alimentos, e muitas vezes indígenas que alegam que não tem o que comer, denota a necessidade de intensificar as ações da assistência social nessa comunidade, e outras ações intersetoriais de valorização dos alimentos regionais, complementando a atuação da equipe multiprofissional.

Sobre o modelo assistencial foi questionado aos profissionais o que eles compreendem sobre atenção diferenciada e qual as suas potencialidades:

“É diferenciada para o indígena, porque ele tem acesso à unidade de saúde de referência fácil e rápido, não importa a gravidade do problema [...] o agente de saúde tem aqui carro e tem barco à disposição [...]. Então, diferente da cidade que muitas vezes o paciente tem que ir lá na unidade de saúde, e é difícil ele conseguir uma consulta com um enfermeiro em casa né?” (Enfermeira D)

A equipe considera que a atenção diferenciada é uma potencialidade na saúde indígena. Relatam importantes conceitos para que esta aconteça, dentre eles a atenção domiciliar, o cuidado integral, as atividades de prevenção e promoção à saúde, o acesso facilitado ao serviço e avaliação dos cuidados de saúde de acordo com as vulnerabilidades do indígena. Nos discursos, os profissionais relatam que os eixos preconizados pela PNASPI estão sendo cumpridos. No entanto, quando se trata da inclusão de valores culturais indígenas como parte do processo de cura, e integração dos cuidadores tradicionais na dinâmica da equipe, os discursos denotam a existência de dificuldades nesta relação, sugerindo que as crenças tradicionais são fatores impeditivos para o desenvolvimento do trabalho e avanço dos cuidados em saúde:

“[...] por mais entendimento e orientações que eles tenham, ainda assim, a cultura, o pajé, a pajelança, as orações, as rezas, a fumaça, eles creem muito... E isso às vezes atrapalha, demora muito a trazer o paciente ou impedem a gente de realizar o atendimento”. (Enfermeira B)

“As pessoas ainda procuram bastante o pajé, isso acaba nos afastando um pouco do nosso labor, porque as vezes eles acreditam mais no pajé do quem em nós. As vezes eles vão somente com o pajé e não deixam a gente ajudar, isso nos afasta um pouco.” (Médico B)

A fala acima, também representativa de todos os entrevistados não indígenas e indígenas, demonstra que os profissionais ainda não consideram os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e tratamento dos povos indígenas, como importante para atenção diferenciada, apesar de reconhecerem a “interferência” e relevância do contexto cultural no cotidiano do cuidar (Brasil, 2002). Isto, muito provavelmente, se deve uma formação muito

focada na condição biológica e fisiológica dos processos de adoecer, que ainda se impõem na educação e nas práticas dos nossos profissionais de saúde (Feuerwerker, 2014; Pontes et al. 2015; Cardoso, 2014).

Entre o cuidado biomédico e o sistema de cura tradicional

A experiência de viver em sociedade, adoecer e cuidar entre os povos indígenas não reflete as mesmas experiências vividas no contexto do cuidado não-indígena, sendo ainda mais distinto do modelo biomédico padrão. Essa experiência de vida perpassa pela cosmologia e os fenômenos culturais imbricados nas tradições de cada população, ou etnia (Langdon et al. 2010; Garnelo et al. 2004). Portanto, a forma de enxergar a saúde e a doença difere, também, entre os Ticunas e os Kocama.

As diferenças no enfrentamento dos processos de adoecimento e cura entre os povos, e a manutenção de hábitos tradicionais, estão muito ligadas ao processo de colonização, catequização, e migração sofrido por cada etnia. Populações que foram quase dizimadas ou tiveram um grande processo migratório para áreas urbanas tendem a adquirir outros hábitos culturais, mais hegemônicos, deixando no passado as tradições do seu povo. Foi o que ocorreu com os povos Kocama, que não falam mais sua língua originária, e nas últimas décadas lutam para retomar seus costumes tradicionais (Rubim, 2016).

Entre os povos Ticuna, percebeu-se nitidamente durante a pesquisa de campo, a manutenção do seu repertório de crenças e sistema tradicional de cura presentes no seu cotidiano: falam na língua e mantém as tradições e ritos culturais, como a da “moça nova” e do “padrinho”. A organização social dos Ticuna é construída a partir de grupo clânicos. A sociedade é dividida em duas nações representadas por duas metades: plantas e aves. Cada clã é pertencente a uma metade, e o nome de cada indivíduo está relacionado com o seu clã. A função principal das nações e as metades é ordenar o casamento, sendo proibido casar-se com alguém do mesmo clã ou com a metade da qual esse clã pertence (Oliveira Filho, 1988).

A tradição da moça nova é também conhecida com o nome de “festa da puberdade”, onde o ocorre o ritual de transição da fase infantil para a puberdade. Quando ocorre o primeiro período menstrual a moça passa por um longo período (de 06 meses há 1 ano) sem sair de casa, a fim de se proteger dos maus espíritos, e a família se prepara para realização da festividade que irá preparar a moça para que os espíritos não possam fazer mal a ela. Após a festa a moça transformada em mulher pode sair de casa e realizar matrimônio. A tradição já



sofreu adaptações para que a adesão dos jovens fosse mais atrativa, conforme relatado pelos entrevistados.

Outra tradição ainda mantida se relaciona com o nascimento. Após o parto, o padrinho ou madrinha escolhido pelos pais, corta o cordão umbilical para trazer a criança ao mundo. O padrinho é quem dá o nome do clã a qual a criança pertencerá. Após este procedimento a placenta é colocada numa cuia e enterrada no pátio da casa, o que simboliza que a pessoa é daquele lugar, daquela terra. Sobre a tradição do padrinho o médico A relatou:

“Ainda é presente, mas já não é tão solicitada a placenta, o que eles não nos permitem fazer é cortar o cordão, que é o padrinho que corta e dá o nome do clã. Mas nos partos que nós fazemos, poucos pedem a placenta [...]. Você pode ser madrinha/padrinho sem ser indígena, tanto que na equipe tem várias pessoas que são madrinhas. As enfermeiras metade são madrinhas”.

No âmbito do cuidado os Ticunas também tendem a manter os hábitos tradicionais, pois acessam prioritariamente os profissionais do sistema tradicional de cura, pajés, parteiras e rezadores, conforme fala abaixo:

“[...] Poucas (gestantes) vão no polo para realizar o parto, a maioria nasce no domicílio através das parteiras, pelo menos 90%. Se a parteira não consegue realizar o parto, elas chamam a equipe”. (Médica A)

“O pajé é o médico da comunidade, é o médico da cultura, [...] (para o Ticuna) se o meu filho, eu ou minha mãe está doente, eu não vou para o Polo, eu vou levar a criança lá para o pajé. A gente não é a primeira opção dessas mães, a primeira opção é o pajé”. (Gestor)

A predileção da população Ticuna pelos cuidadores tradicionais traz algumas preocupações para a equipe, justificadas pela demora no atendimento a situações de maior gravidade, já que faz parte do atendimento do pajé o isolamento social do assistido, conforme as falas abaixo:

“A população indígena, na maioria das vezes, adoeceu, ela procura o pajé. E aí dependendo de como que é essa conversa da equipe com o pajé, e de como o pajé entende como vai fazer o tratamento dele (usuário) aí ocorre o impacto. Porque muitas das vezes o pajé, se for criança, ele avisa que vai fazer um tratamento de 01 semana, só que durante essa 01 semana a equipe não vai poder trabalhar nessa criança. Não vai conseguir realizar o tratamento na criança”. (Gestor B)

“Quando o pajé fala: ‘não pode fazer punção, não pode nada injetável’. Aí eles não trazem! ‘Só pode levar a criança no polo daqui uma semana’. Aí eles ficam em casa, e muitas vezes nem comentam com o agente de saúde, nem comunicam se o agente de saúde passa na casa. Eles falam que está tudo bem, aí depois, dois, três, quatro dias depois

a gente descobre que o pajé já estava rezando e já estava fazendo as orações, mas ele proibiu de comunicar. Ai a criança já está bem debilitada". (Enfermeira B)

Os profissionais e gestores que relataram estes casos entendem que o processo de pajelança tem um ônus para o tratamento ocidental, que deve ser precocemente iniciado para que haja sucesso. Existe aí uma tensão entre os dois universos do cuidado aqui discutidos, um buscando se sobressair ao outro. Assim, como relata Ferreira (2013a), a saúde indígena é o ambiente onde ocorre o encontro entre o cuidador indígena e os responsáveis pela execução das políticas de saúde. Estes entes têm papéis e visões de mundo diferentes na sociedade indígena. Como relatou este profissional indígena:

"O pajé cuida da doença da alma, o enfermeiro e o médico cuida da doença do corpo. Não pode cuidar do corpo e não cuidar da alma, e nem cuidar da alma e não cuidar do corpo". (Técnico de enfermagem A)

É importante entender qual a compreensão que os profissionais de saúde têm do processo de sincretismo entre o sistema médico e o sistema tradicional. Nestes discursos ficou evidente que existe um conflito entre trabalhadores e cuidadores tradicionais/usuários em relação ao projeto terapêutico de cada sistemas. Percebe-se que em alguns pontos há aceitação, e até negociação e em outros divergência. O que é comum no espaço micropolítico (Feuerwerker, 2014).

A gestão compreendeu que há necessidade de fazer acordos com a população, inserindo os cuidadores tradicionais no contexto da equipe de saúde indígena, a fim de avançar na qualificação da atenção, e tem incentivado isto junto aos profissionais. Algumas falas denotaram tentativas de aproximação com curadores tradicionais, a fim de que se possa haver maior adesão desses usuários aos tratamentos convencionais.

"A gente tenta integrar o pajé e a parteira ao nosso trabalho. A parteira hoje em alguns polos acompanha o pré-natal. A parteira está integrada, agora o Pajé não está integrado. [...] A gente tem tido resistência de atuar junto com ele, então ano passado em todas as nossas reuniões pedimos que as equipes cadastrassem todos os curandeiros/pajés. Belém do Solimões, por exemplo, tem que saber quantos pajés eles têm, na aldeia do polo e nas aldeias ao redor. E conversar com ele, fazer roda (de conversa) de pajé, convidar, trazer (aproximar)". (Gestor)

"[...] a gente tenta essa aproximação. Com o pajé também. De visitar o pajé, de saber mais sobre aquela criança, sobre aquele adulto que estão fazendo pajelança, e que as vezes eles levam 3 a 5 dias rezando. Isso ajudou na parte de a gente começar a entender o que ele faz [...]. E aí tem aquela abertura do pajé de deixar visitar, mesmo só podendo sair depois de 3 dias. Só de visitar a gente consegue prestar assistência, orientar, ver sinais vitais, saber como está né?" (Enfermeiro A).



Entendemos que no cotidiano dos serviços os esforços para reduzir os conflitos interculturais entre profissionais e usuários são determinantes para diminuição das vulnerabilidades que acometem as populações indígenas. Ribeiro et al. (2017), relata que a execução de práticas cuidadoras através do “olhar intercultural” pelos profissionais atuantes na saúde indígena pode realizar transformações significativas nos modelo de atenção prestado a esses povos.

Portanto, os profissionais que se dispõem a atuar na saúde indígena devem ser orientados para um aprofundamento antropológico na cosmologia dos povos atendidos, desmistificando o etnocentrismo nas relações do cuidado.

A linguagem e o AIS como interlocutor do cuidado

A maioria da população de Belém do Solimões é formada pelos povos Ticuna, que preserva sua língua materna no convívio social com seus pares, assim como na comunicação com os profissionais de saúde. Por isso, percebemos que durante as consultas era de extrema necessidade a presença de um intermediador, que atuava traduzindo os diálogos entre indígenas e profissionais. A tradução era sempre mediada pelo Agente Indígena de Saúde (AIS) ou por um técnico de enfermagem Ticuna, conforme fica registrado nas falas da médica do PMMB, e do AIS que atuam no Polo Base:

“Eu sou representante dos AIS aqui em Belém, e nós sempre fazemos uma escala de tradução, cada agente de saúde fica um dia para ajudar na tradução. Agora melhorou né? Quando não tinha tradutor dificulta, porque muitas mães não entendem.” (AIS A)

“Em relação a língua não temos muito problemas, porque temos tradutores que são os AIS. Então nós trabalhamos 24 horas com o tradutor. À noite, no plantão, são os técnicos de enfermagem indígenas que ficam como tradutores. A maioria dos nossos técnicos de enfermagem são Ticunas. Então todas as consultas têm tradutor. Ou o AIS da aldeia de origem, ou um AIS de Belém, ou um dos técnicos.” (Médico A)

Neste contexto, o agente indígena, além de profissional da saúde, atua como intermediador entre a população e os profissionais de saúde. Esta dupla função permite, ao mesmo, se empoderar junto a equipe, no que se refere à informação e comunicação com o usuário. Sem a tradução do AIS pouco poderia se compreender a respeito das queixas dos usuários, ou orientações prestadas pelos profissionais aos indígenas, como pôde-se observar na fala do enfermeiro do Pólo Base:

“Sempre tem que ter alguém para traduzir tudo, porque a gente entende o básico aqui. Com o tempo vai entendendo, né? Onde tem a dor e tal, mas tem que ter um tradutor”. (Enfermeiro A)

Nesse espaço de relações de poder, o AIS consegue dispor do seu lugar enquanto interlocutor, comunicador e representante da população, junto a equipe de saúde. Além disso, a capacidade frente a comunicação das queixas e condutas de usuários e profissionais, respectivamente, possibilita também ao agente modificar sentidos, mediar conflitos e integrar conceitos entre a cultura local e a assistência prestada no Polo Base (Feuerwerker, 2014).

Nos discursos dos profissionais de nível superior ficou evidente uma desconfiança sobre a modificação de sentidos e fragilidade na comunicação pelos AIS. Segundo os profissionais, as traduções de alguns agentes de saúde não são fiéis ao que é comunicado. As falas a seguir demonstram alguns exemplos:

“(...) existe essa barreira linguística, não só da população com a gente, mas nossa com o intermediário, que é o AIS. Porque tem AIS, infelizmente, que não entende bem português. Então as vezes a gente não sabe se a tradução dele, do que a gente está pedindo, é a tradução correta.” (Enfermeiro A)

“Com alguns (AIS) você sempre fica na dúvida se eles tão traduzindo corretamente, porque eu passo 1 hora falando as minhas dicas de saúde, e em 1 minuto o AIS faz a tradução, então é impossível. Essa foi uma das nossas reclamações com o gestor, porque ou o cara tem um pouco de preguiça, ou ele não entendeu”. (Médica A)

A desconfiança da fidedignidade na tradução do AIS vem principalmente do desejo dos profissionais de que a informação seja passada, exatamente como dita por eles, isso denota também uma relação de poder em relação ao que deve ser comunicado. Mas, não se pode esquecer que a linguagem indígena é diferente da linguagem não-indígena, compreende o gestual, e a formação de frases, pode ser construída com poucas palavras de significado amplo. Além disso, é importante que o profissional atente para as formas de conversação utilizadas, pois palavras técnicas e de difícil compreensão podem dificultar a comunicação.

A ambivalência da função do AIS tende a provocar um conflito de sentimentos quanto ao seu papel no contexto do sistema de cura tradicional, pois ora ele é profissional de saúde e, portanto, deve seguir um conhecimento técnico e ocidental. E ora ele se coloca como indígena conhecedor da potencialidade das ervas e do sistema de cura tradicional (Langdon, 2006). Os relatos abaixo confirmam:

“(...) Às vezes o agente de saúde tem medo de falar para gente que tem alguém doente na casa, porque os indígenas pedem para não avisar, ou de traduzir o que a gente fala para o indígena, quando estamos “dando bronca”. As vezes a gente fica chateado com o agente de saúde, culpando ele, mas ele não tem culpa. Por que ele fica naquela né? Ou falo (para os profissionais), ou a minha cultura está acima dos cuidados do branco? Então, ele fica meio sem saber.” (Enfermeiro C)



“A gente tem um exemplo, a enfermeira foi fazer uma orientação para uma mãe, e levou o técnico indígena com ela. Aí ela dizia e o tradutor falava em Ticuna. Aí técnico chamou ela e falou: ‘não enfermeira, a senhora tá dizendo que não é para levar pro pajé e ele tá dizendo que não, que é para levar no pajé’. Então, as vezes a tradução é errada por ele entender e querer privilegiar a cultura dele.” (Gestor)

Esses conflitos de papel dos AIS não foram relatados por profissionais da categoria, porém é natural que sendo ele conciliador entre 2 sistemas de cura, surjam questões como essas. O fato de o AIS privilegiar a cultura dele também deve ser visto com normalidade, já que todo indivíduo tende a agir de acordo com seus valores morais e culturais. É importante discutir estas questões em equipe a fim de diminuir os prejuízos desse conflito no cuidado ao usuário.

Por não falarem português, os indígenas Ticunas, segundo os profissionais, apresentam maior descontinuidade no cuidado ofertado, no autocuidado e nos tratamentos prescritos pela equipe multidisciplinar, quando comparados aos Kocamas. Os relatos abaixo discorrem sobre esse assunto:

“A etnia Kocama que é mais orientada do que os Ticunas, que falam bem português, dessa forma a gente tem uma abertura maior com eles do que os Ticuna. Nosso relacionamento com os Kocama, sempre foi melhor do que com os Ticunas. Não porque a gente goste mais dos Kocama que dos Ticunas, mas é porque não existe a barreira linguística, e o entendimento deles é outro em relação ao que a gente explica”. (Enfermeiro A)

“A gente não precisa de ninguém para intermediar e a gente sabe que a gente está passando a informação correta. Aí vai de cada um acatar as orientações ou não. Então, rende muito mais nas aldeias Kocama, as palestras, as visitas, você tem muito mais higiene na comunidade, muito mais higiene na família, do que nas ticunas. Eles entendem mais o que a gente explica, eles fazem mais o que a gente pede, em relação as palestras, orientações domiciliares, aos cuidados, à imunização, a tudo”. (Enfermeira C)

Segundo a equipe, a facilidade de comunicação é um fator que contribui para a proteção dos indígenas Kocama, já que estes utilizam o que aprendido em seu autocuidado. Já os Ticuna dependem do interlocutor e sua eficácia para ter compreensão das orientações, dificultando o autocuidado e as prescrições.

O fato de as orientações não serem acatadas pela população Ticuna, da forma que a equipe quer que seja feita, pode ter relação com a falta de entendimento do objetivo de realizar tal conduta, ou talvez seja porque aquela ação não condiz com os seus costumes. Da mesma forma pode ocorrer entre os não indígenas, a adesão das orientações quanto ao autocuidado depende da motivação

de cada indivíduo e da sua compreensão sobre a situação vivenciada, mesmo falando português.

É necessário compreender que o fato dos indígenas Kocama viverem em ambientes mais limpos, não significa que isso seu deu somente pela intervenção da equipe no imaginário dessa população. A população Kocama devido a um processo intenso de colonização adquiriu hábitos e valores morais da população não indígena (Rubim, 2016). Talvez por isso o diálogo da equipe com indígenas dessa etnia seja mais fácil, pois possuem os mesmos valores morais e compreensão do mundo vivido.

Os indígenas Ticuna têm uma concepção de mundo completamente diversa e própria. Costumes que não se adequam aos hábitos não indígenas. A não adequação dos povos Ticuna aos hábitos ou valores de outros povos, retrata a força de sua cultura frente ao processo colonizador dos tempos passados e a tenacidade da sobrevivência das suas tradições nos tempos atuais.

Oferecer uma atenção diferenciada perpassa pela compreensão de que os impactos na cultura indígena de qualquer povo devem ser minimizados, através da inclusão de práticas tradicionais, respeito e entendimento sobre a cosmologia dos povos atendidos.

Considerações Finais

O modelo de atenção diferenciado preconizado pela PNASPI apresenta-se no contexto da saúde indígena como um conceito, que busca integrar sistemas de cuidado tradicionais e biomédicos, e intervir na práxis profissional através da desconstrução de posturas etnocêntricas. Além disso, encontramos no escopo da política de saúde indígena, princípios que estimulam a realização de atividades preventivas e de promoção da saúde articuladas com a medicina tradicional.

Diante dos resultados encontrados neste estudo, podemos dizer que houve enorme avanço na qualidade da assistência aos povos indígenas de Belém do Solimões nos últimos anos. As ações deixaram de ser somente baseadas na queixa-conduta e passaram a focar em ações preventivas, atuando com maior intensidade em áreas técnicas de fragilidade, como saúde da mulher, saúde da criança e imunização.

A vinculação da equipe com a população e a inserção de um médico, através do PMMB na equipe multiprofissional, trouxe qualificação do cuidado e melhor organização da equipe quanto às suas funções. A atenção domiciliar, que aproxima os profissionais do cotidiano vivido pela população e do contexto fami-



liar, tem ganhado mais força, com a presença constante das equipes no território.

Apesar disso é preciso repensar o cuidado aos povos indígenas com maior constância, pois a atenção diferenciada na saúde indígena ainda é um grande desafio. Isso porque a atuação dos profissionais ainda está fortemente vinculada ao modelo biomédico, seja pela formação ou pela compreensão de mundo, apresentando dificuldades significativas em compreender o papel da cultura e da medicina tradicional no modelo diferenciado.

Neste estudo ficou evidente que apesar do empenho dos profissionais em prestar um cuidado tecnicamente qualificado, ainda é necessário que haja uma postura reflexiva e antropológica frente aos “problemas” relacionados aos aspectos culturais encontrados no cuidar de indígenas. É necessário criar um instrumental no qual seja possível relativizar a medicina ocidental e aproximar os saberes tradicionais, articulando-os.

O investimento no protagonismo indígena, a partir da aproximação da equipe com AIS, parteiras e pajés, como está sendo feito neste Polo Base foi considerado um ponto de partida promissor para a melhoria da qualidade da atenção em saúde. Porém, faz-se necessário que os profissionais estejam dispostos a considerar, de fato, a integração com estes atores no cotidiano do serviço, e não somente em atendimentos pontuais. Sendo assim, é importante que a equipe possa compreender e respeitar o componente cultural na saúde, e não sobrepor o conhecimento técnico ao saber tradicional, mas sim fazê-los dialogar. Afinal, as competências clínicas e culturais são essenciais na construção do modelo de atenção diferenciada, que culmina com um cuidado intercultural qualificado.

Referências

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Portaria MS nº 254. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)**. FUNASA.

Cardoso, M. D. (2014). Saúde e Povos Indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 860-866.

Fávaro, T., Ribas, D. L. B., Zorzatto, J. R., Segall-Corrêa, A. M., Panigassi, G. (2007). Segurança alimentar em famílias indígenas Terena, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 785-793.

Ferreira, L. O. (2013a). A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências e Saúde**, v. 20, n. 1, p. 203-219.

Ferreira, L. O. (2013b). Os Outros Cuidadores: agência, intermedicalidade e gênero. In: **Medicinas Indígenas e as Políticas de Tradição**: ente discursos oficiais e vozes indígenas. Editora Fiocruz; p. 109-130.

Feuerwerker, L. C. M. (2014). **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Editora Rede Unida.

Fontão, M. A. B. et al. (2017). Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface**, 1(1): p. 1169 – 1180.

Garnelo, L., Sampaio, S., Lynn, G., Baniwa, A. F. (2004). Medicina Tradicional Baniwa: uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria. In: **Saúde dos povos indígenas**: Reflexões sobre antropologia participativa. Associação Brasileira de Antropologia, Editora Contra Capa; p. 140-158.

Langdon, E. J. (1994). Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: **Saúde e Povos indígenas**. Editora Fiocruz, p. 115-141.

Langdon, E. J., Diehl, E. E., Wiik, F. B., Dias-Scopel, R. P. (2006). A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2637-2646.

Langdon E. J., Wiik F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181.

Mendonça, S. B. M. (2004). Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais e a medicina tradicional. In: **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**. FUNASA. p. 11-15.

Oliveira Filho, J. P. (1988). **“O nosso governo”**: os Ticuna e o regime tutelar. 1ª ed. Marco Zero.

Orlandi, E. P. (2005). **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 8ª Edição. Editora Pontes.

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.

Ribeiro, A. A., Arantes, C. I. S., Gualda, D. M. R., Rossi, L. A. (2017). Aspectos cul-



turais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 2003 a 2012.

Rubim, D. S. (2016). **Traçando novos caminhos: ressignificação dos Kocama em Santo Antônio do Içá, Alto Solimões**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Amazonas, UFAM.

SIASI. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena**. Acesso a banco de dados locais.

Sztutman R. (2008). **Viveiros de Castro. Encontros: a arte da entrevista**. 1ª Edição. Beco do Azogue.

Yamamoto, R. M. (2004). Povos indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado. In: **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**. FUNASA; p. 09-10.

A Saúde Indígena Potyguara: entre diálogos, formação intercultural e as práticas de cuidado

03

Maria Lidiany Tributino de Sousa
Andrea Caprara
Maria do Socorro Litaiff R. Dantas

Introdução

No âmbito dos artigos lidos sobre saúde indígena, percebe-se que são reduzidas as pesquisas sobre essa temática da formação intercultural e do cuidado em saúde da população indígena que problematizem a expressão saúde indígena e que tragam as práticas de cuidado em saúde interligadas à cosmovisão desses povos, principalmente, no que tange as produções no Nordeste brasileiro e no Ceará.

Diante da expressão saúde indígena, no âmbito da Saúde Coletiva, alguns questionamentos e ações ganharam relevo em uma universidade do Ceará a partir do projeto intitulado "Práticas Etnomédicas e Educação Permanente Intercultural dos Profissionais de Saúde: uma pesquisa com os indígenas Potyguara de Monsenhor Tabosa - Ceará" que objetivou compreender como os Potyguara reelaboraram suas práticas tradicionais de adoecimento e cura, e como ocorre sua articulação com o sistema de saúde formal para, a partir deste entendimento, subsidiar a formação dos profissionais de saúde desses territórios.

Alinhando conceitos na literatura acadêmica

Realizou-se uma pesquisa, em 2016, com o descritor *Health of Indigenous Peoples* através da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e encontrou-se um total de 1.057 estudos, estando somente 552 disponíveis. Dos 1.057, tinham-se 804 em bases de dados internacionais e 80 em bases nacionais (58 do Brasil), liderados pela MEDLINE, sendo 186 com o Brasil como país em questão. A maioria das produções era no formato de artigos (643), possuindo as revistas *Cadernos de Saúde Pública* e a *Social Science & Medicine* maior quantidade de trabalhos.



Os 186 estudos com o Brasil como país de assunto foram, em sua maior parte, do tipo estudos epidemiológicos, etnográficos, de revisão (integrativa e sistemática, bibliográfica) e relatos de casos, concentrados nos anos (2013 e 2014), período que coincide com o início do Programa Mais Médicos e a entrada de médicos cubanos nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Em fevereiro de 2020 repetiu-se a pesquisa na BVS utilizando o mesmo descritor e deparou-se com 2.355 escritos, sendo 1.633 textos completos, apresentando 333 com o Brasil como país de assunto. A maioria das publicações lideradas pela MEDLINE e tendo os Cadernos de Saúde Pública e o International Journal of Circumpolar Health com maior quantidade de trabalhos.

As pesquisas com o Brasil como país em questão foram, a maior parte, avaliação econômica em saúde, evaluation studies, revisão sistemática, estudos de casos e controles, bem como relatos de casos, nessa ordem. Dos 339 trabalhos, o maior quantitativo estava concentrado nos anos de 2013 a 2014, apresentando uma produção no ano de 2020 sobre os desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena no Sul do Brasil (Landgraf, Imazu & Rosado, 2020). As produções mais recentes, compreendidas entre os anos de 2018 e 2019, tratavam de autoritarismo e resistência indígena, HIV e AIDS, saúde bucal, iniquidades étnico-raciais e hospitalizações, homicídio indígena, enteroparasitoses, saúde da mulher, mortalidade por câncer, mortalidade infantil segundo cor de raça, mortalidade entre indígenas e não indígenas, acesso dos usuários indígenas aos serviços de saúde, desnutrição infantil e o Projeto Mais Médicos na saúde indígena. Os Cadernos de Saúde Pública continuavam liderando essas publicações, porém com maior número de produções no banco de dados LILACS.

Figura 01: Resumo da pesquisa na BVS realizada em fevereiro de 2020



Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

Quadro 1: Caracterização dos artigos com o Brasil como país de assunto

Tipo de Estudo	Ano	Banco de Dados	Revista
Avaliação econômica em saúde (19) Evaluation studies (06) Revisão sistemática (04) Estudos de casos e controles (03) Relatos de casos (02)	2013-2014 (70)	LILACS (196)	Cadernos de Saúde Pública (54)

Fonte: Elaboração dos autores, 2020.

Teixeira & Dias da Silva (2013) analisaram publicações do Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) com o objetivo de traçar uma genealogia da importância do tema saúde indígena, bem como a contribuição antropológica para discussão dessa temática.

As autoras apresentamem seu artigo, questões como: a inserção do descritor “saúde indígena” em 1988 no item “assunto” (o que pode estar relacionado às leis ligadas à educação diferenciada e a demarcação de territórios presentes na Constituição Brasileira), o maior número de publicações no século XXI, com os programas de saúde pública/coletiva liderando as produções, e o debate dessa temática para além das teses e dissertações, acontecendo em grupos e simpósios realizados pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA). Em relação às publicações, os primeiros trabalhos que versam sobre saúde indígena no banco de teses da CAPES são os de Ackernecht em 1963 e a tese de doutorado de Jean Langdon em 1974.

Segundo Teixeira & Dias da Silva (2013), as primeiras preocupações com a saúde indígena estão relacionadas à produção de diagnósticos sobre as condições de saúde desses povos na década de 40 e 50 com a expedição Roncador-Xingu, as aberturas de rodovias, a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA).

A partir da análise dos trabalhos é comentado que estes podem ser divididos em duas grandes áreas de estudo: processo de adoecimento e cura a partir de estudos etnológicos e sobre as relações políticas nas quais se inserem os conflitos na assistência à saúde indígena. Para as autoras, os escritos apontam as problemáticas da saúde indígena nas suas relações com as instâncias estatais, discursos higienistas de benevolência e de inclusão cívica.

No Brasil há expoentes no que se refere às pesquisas sobre saúde indígena, política de atenção à saúde dos povos indígenas, formação dos agentes comunitários indígenas de saúde (ACSI), implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde



Indígena (SASI) como: Garnelo.

Garnelo possui produções com outros autores (Garnelo; Langdon, 2005; Garnelo; Macedo; Brandão, 2003; Garnelo; Sampaio, 2003; 2005; Garnelo; Pontes, 2012; Garnelo et al, 2009) e, juntamente com Carla Costa Teixeira, organizou, em 2014, um livro intitulado "Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas", que traz uma discussão a respeito do indigenismo e do sanitarismo brasileiro, assim como ressonâncias nas práticas dos profissionais de saúde no cotidiano do subsistema de saúde indígena.

Uma reconhecida pesquisadora, na área da saúde indígena, é Esther Jean Langdon, que tem uma significativa produção sobre xamanismo, Antropologia da Saúde, Alcoólização, Rituais, Gênero, Saúde Indígena (1998; 2001; 2005; 2007), entre outras.

Outro estudioso no assunto, que produz contribuições para o tema, é Coimbra Jr. (1998; 2014), com trabalhos de natureza epidemiológica, interligando saúde, nutrição, educação, habitação e saneamento, tratando de questões indígenas relacionadas às desigualdades sociais, saúde da mulher, doenças crônicas e infectocontagiosas com outros autores, como Ricardo Ventura Santos (Coimbra Jr; Santos, 1991; 2001). Em 2005, foi lançado um livro intitulado "Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil" cujos organizadores são Coimbra Jr., Ricardo Ventura Santos e Ana Lúcia Escobar.

No nordeste brasileiro, há escritos como a tese de Azevedo (2003) acerca do acesso à saúde nas terras indígenas dos Xukuru do Ororubá, a partir de uma análise com base na sociologia de Pierre Bourdieu, bem como foi encontrado, de um professor da Universidade Federal da Paraíba, Palitot, um artigo de 2008 sobre o processo de territorialização e a etnicidade dos Xukuru do Ororubá, e um livro de 2009, organizado por ele, que reúne diferentes capítulos sobre as contribuições da presença indígena no Ceará.

Outras produções realizadas no estado do Ceará, que não estão na BVS são sobre as questões indígenas relacionadas ao processo de trabalho no monocultivo do coco e os riscos gerados à saúde para os indígenas Tremembé, e outra sobre o conflito Ambiental no território indígena TapuyaKariri e suas implicações à saúde (Rigotto; Braga, 2013; Vasconcelos; Rigotto, 2014).

Quanto aos profissionais envolvidos na produção nas publicações sobre os indígenas no Ceará, a maior parte são pesquisadores da Antropologia e História trabalhando com questões sobre territorialização, etnicidade e espiritualidade como Oliveira (2004, 2011); Silva (1996; 2004); Dantas, Sampaio & Carvalho (1992); Grunewald (2005); Palitot (2008, 2009); Palitot & Albuquerque (2002) e Lima (2007).

A produções na área da saúde (Coimbra Jr; Santos, 1991; Garnelo; Sampaio, 2003; 2005; Langdon; Garnelo, 2004), que constam nas revistas de maior impacto, revela que à morbidade da população indígena está relacionada a uma alta incidência de doenças infecciosas, crônicas, assim como diz respeito a casos de desnutrição, mas, em menor número, discutem as condições que fragilizam o estado de adoecimento como: precariedade das condições de vida, expropriação, intrusão das terras indígenas, formação dos profissionais de saúde e habitações em regiões de fronteira ou áreas sob influência de grandes projetos de desenvolvimento econômico e social.

As produções na saúde trazem um enquadramento da vida dos indígenas aos padrões definidos pelo Estado, pelas ciências (Antropologia, Etnomedicina) e pelas instituições de saúde propondo um modelo. Cabe destacar que, as posturas de denúncia às políticas e às práticas dos profissionais de saúde, nas produções, são a partir de uma postura normativa e sem a problematização das condições e forças que levam as pessoas a adotarem determinadas atitudes.

Segundo Langdon (2005), a atenção diferenciada deve contar com a etnomedicina e a antropologia simbólica na busca de entender as experiências de adoecimento a partir do meio sociocultural. As fragilidades na atuação dos profissionais de saúde, quando apontadas, são vistas como devidas à formação que não trata das especificidades étnicas, dos sistemas de adoecimento e de cura, porém não como efeitos da colonização e racialização nos corpos dos trabalhadores, bem como na oferta e execução dos serviços de saúde.

Percebe-se que a expressão saúde indígena é apresentada em algumas publicações científicas como um atributo natural, existindo desde sempre nos grupos indígenas, incluindo ideias de algo fixo, subsistente e relacionada à ausência de doenças e ao controle pelos programas de saúde.

Frente às produções encontradas e ao referencial teórico abordado nos estudos analisados, ficamos com algumas inquietações com relação a expressão saúde indígena. Que práticas de formação e cuidado são realizadas que potencializam o cuidar em saúde e quais as que podem potencializar mudanças nos discursos sobre saúde indígena e na maneira de cuidar da saúde indígena?

Entre a teoria e a prática: o projeto e sua estrutura conceitual

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) propõe um modelo de cuidado em saúde complementar e diferenciado no intento de melhorar o acesso da população indígena ao cuidado integral em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), conside-



rando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política desse povo. A mesma utiliza a ideia de Distrito Sanitário Indígena compreendido como espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo que contempla um modelo de organização de serviços (Brasil, 2002).

No Ceará, a maioria das aldeias indígenas estão localizadas nas periferias da região metropolitana de Fortaleza ou em áreas rurais periféricas, nos sertões, serras e matas pelo interior do estado, sendo espaços inapropriados para dar suporte às funções de moradia, roça e itinerância, o que reflete na exposição dos indígenas aos mesmo contexto de vulnerabilidade da população marginalizada das periferias (Dantas et al, 2015; Santos; Coimbra Jr.; Cardoso, 2007).

A formação de profissionais de saúde em contextos diferenciados é um dos desafios colocados para o Subsistema de Saúde Indígena, e para enfrentá-lo, requer o conhecimento dos saberes tradicionais indígenas, reelaborados frente às transformações sociais e culturais. De acordo com a PNASPI, o trabalho dos profissionais de saúde deve ser centrado nos tradicionais sistemas indígenas de saúde e no respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios de cada comunidade indígena (Brasil, 2002).

Neste cenário, a capacitação constante dos profissionais de saúde é um dos desafios para concretização dos ditos na PNASPI, dentre outros, podemos citar: a participação das comunidades indígenas em todos os níveis de discussão e decisão, implantação de sistema que forneça informações confiáveis aos bancos de dados oficiais; investimentos em saneamento básico e moradias, bem como a garantia de terra (Diehl; Langdon; Dias-Scopel, 2012).

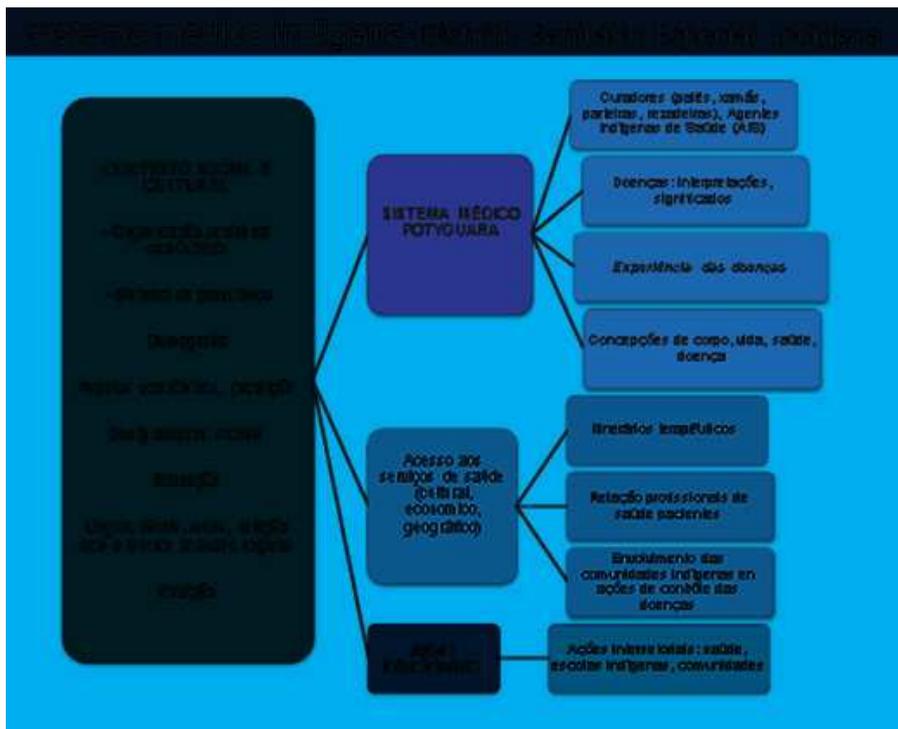
Sendo importante assinalar, como faz Caprara (2009), que a influência da cultura, da semiologia popular na experiência de enfermidade e no cuidado em saúde é significativa para resolver questões comunicacionais e vinculares. Destarte, torna-se importante ampliar o olhar sobre os povos originários e sobre o campo de interações entre comunidade, instituições e a cultura subjacente, o que aponta para um cuidado que leva em consideração o sujeito em relação, suas expectativas e estilo de vida, envolvido pelo seu contexto, por aspectos culturais, econômicos, políticos, sociais.

Desse modo, surgiu, desde 2008, em uma universidade do Ceará, um projeto intitulado Práticas Etnomédicas e Educação Permanente Intercultural dos Profissionais de Saúde: uma pesquisa com os indígenas Potyguara de Monsenhor Tabosa - Ceará que objetivou compreender como os Potyguara reelaboraram suas práticas tradicionais de adoecimento e cura, e como ocorre sua articulação com o sistema de saúde formal para, a partir deste entendimento, subsidiar a for-

mação dos profissionais de saúde desses territórios (Dantaset al. 2015; Dantas; Henriques; Caprara, 2016).

A pesquisa foi realizada em duas aldeias do povo Potyguara: Mundo Novo e Jacinto. Estes grupos residem no Município de Monsenhor Tabosa na Serra das Matas, no Centro-oeste do Ceará, a 293 km de Fortaleza, capital cearense. A comunidade de Mundo Novo é constituída por 34 famílias aldeadas e a comunidade de Jacinto é constituída por 61 famílias. Os sujeitos participantes do estudo foram os Cuidadores Tradicionais indígenas Potyguara, profissionais de saúde da Atenção Primária de nível superior das 21 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), assim como profissionais da gestão do Distrito Sanitário Especial Indígena-Ceará e Coordenadores das Regionais de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (CORES/SESA).

Figura 02: Estrutura conceitual da pesquisa



Fonte: Grupo de Pesquisa Cultura, Saberes e Práticas em Saúde, 2015.

A Estrutura Conceitual da Pesquisa propunha a cosmovisão do sistema de cuidado em saúde dos Potyguara, sua intersetorialidade com o sistema de saúde formal, e o contexto social e cultural. Teve seu fundamento teórico no modelo dos Determinantes Sociais de Saúde proposto por Diderichsen e Hallqvist, de 1998, onde, segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), representa o processo segundo o qual cada indivíduo ocupa determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais com o sistema educacional e o mercado de trabalho. De acordo com a posição social ocupada pelos diferentes indivíduos, aparecem diferenciais como o de exposição a riscos que causam danos à saúde; o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doenças, uma vez exposto a estes riscos; e o diferencial de sequencias sociais ou físicas, uma vez contraída a doença. Por “consequências sociais” entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família.

O projeto iniciou em 2008 com financiamento feito pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e, em 2015, houve a entrega do relatório técnico, porém os trabalhos tiveram continuidade até 2018 com o fechamento a partir de uma tese de doutoramento. A pesquisa respondeu às solicitações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012, e teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CAEE 24316414.5.0000.5534).

Os caminhos percorridos: etapas e contribuições

A primeira etapa consistiu na preparação dos pesquisadores da universidade e das pesquisadoras autóctones, que eram lideranças e professoras Potyguara, por meio do estudo orientado do método etnográfico de pesquisa pelo qual se abordou os principais textos da antropologia cultural e treinamento na elaboração de diários de campo. As pesquisadoras Potyguara, que participaram da formação, foram duas professoras de Monsenhor Tabosa que demonstraram preocupação em pesquisar seu próprio sistema de cura e sua relação com a biomedicina através da simbologia percebida e vivenciada por elas, com vistas à melhoria da situação de saúde de seu povo e de se fazer ver frente às demandas e críticas da sociedade envolvente. Desse modo, começou-se com atividades de formação das duas líderes indígenas, que participaram de duas disciplinas do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública (Antropologia da Saúde e Etnografia).

Após o término das disciplinas, as educadoras iniciaram um trabalho de pesquisa juntamente com as participantes do projeto, realizando diários de campo, e, com os alunos das escolas indígenas, entrevistas (83) e fotografias (145). Das entrevistas realizadas, durante 02 anos de pesquisa, há conversas com rezadeiras, pajés, parteiras, agricultores, contadores de estória, apicultores, caça-

dores e mezinheiros¹, que versam sobre diferentes temáticas: visagem, ficante², doenças espirituais, alimentação, agricultura, caça, mito de origem, práticas de cura, rezas, cantigas, lugares sagrados, entre outras.

O projeto mencionado foi uma etnografia realizada pelas pesquisadoras indígenas, que, além das entrevistas e fotografias, disponibilizaram atas das reuniões das aldeias e trabalhos escritos das(os) alunas(os) da escola indígena a respeito das manifestações culturais, histórias de trancoso, canções em tupi, vocabulário, calendário e da formação familiar. As líderes, através das redes sociais, principalmente, em suas páginas do *facebook*, colocavam, frequentemente, fotos dos eventos da comunidade e, no início do projeto, compartilhavam vídeos feitos por elas.

O trabalho das pesquisadoras indígenas residentes nas próprias aldeias possibilitou maior aderência para a coleta de informações de conteúdos densos em curto espaço de tempo, o que dificilmente seriam possíveis a outros pesquisadores alheios à aldeia. Nos dias 25 e 26 de setembro de 2015, foi realizada uma atividade de educação permanente, com a comunidade Potyguara de Monsenhor Tabosa e os profissionais de saúde, intitulada “Abordagens Etnomédicas das Práticas em Saúde dos Potyguara do Mundo Novo e Jacinto” com o objetivo de discutir as compreensões de saúde-doença, práticas de cura, recursos e significações do Potyguaras com as práticas de saúde biomédicas, subsidiando a identificação e valorização da etnomedicina.

A atividade de educação permanente intercultural com populações indígenas visou fomentar reflexões sobre as peculiaridades da população indígena, bem como discutir a PNASPI e subsidiar os profissionais para atuação em contexto culturalmente diferenciado, através de debates e oficinas para a construção de propostas visando à organização dos serviços de saúde e ao alcance das metas preconizadas no Plano Distrital de Saúde Indígena para o quadriênio 2012-2015.

O evento contou com a participação de 37 profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, dentistas, assistente social, agentes indígenas de saúde,

1 - Trabalham com mezinhas, ervas do mato, plantas de cura.

2 - Pajé Darico conta para as pesquisadoras Potyguara em 2009, registrado em diário de campo, que O Ficante “foi a figura mais falada da Serra e do Sertão. Ele chegou em Monsenhor Tabosa por volta de 1901. Ele era conhecido e conhecia tudo: Boa Viagem, Oitir dos Melos, Catolé, Águas Belas, Sapucaiba, Videl e, principalmente, o Chupador, no município de Monsenhor Tabosa. Ficante andava muito também nas casas dos vizinhos do Saco dos Belchior e Saco dos Veados, localidade já no município de Catunda. Ficante era um índio cheio de bravura. O Ficante era ótimo caceteiro, ele brigava de pedra, cacete e até de dente, e morava no mato, andava com a ‘casa na cabeça’, como diz o ditado. Ele carregava toda sua bagagem em um saco feito de embira do rato: rede, pifano, prato de barro, colher de pau. Quando chegava em uma casa, ficava no terreiro, fazia seu fogo, assava as caças e só pedia farinha nas casas para misturar com a caça assada. Ele também dormia fora das casas, atava sua rede nas atadas das casas. [...] Aquele índio era puro, dos que morava no mato mesmo”.



agente indígena de saneamento) do polobase de Monsenhor Tabosa, Crateús e Poranga, assim como 23 membros da comunidade (lideranças e cuidadores tradicionais indígenas).

A categorização dos dados coletados a partir das entrevistas, conversas e atividades de educação permanente subsidiaram a construção de um material educativo inovador sobre comunicação intercultural em saúde a partir de casos específico das comunidades Potyguara, bem como foi proposto um elenco mínimo curricular na formação e qualificação dos profissionais de saúde indígena no Estado do Ceará, em consonância com a PNASPI, demonstrando o quanto a articulação dos serviços de saúde com as medicinas tradicionais dos povos originários é condição fundamental para a efetivação do princípio da integralidade em um modelo diferenciado de atenção à saúde indígena.

Desse modo, o projeto possibilitou a construção de produções científicas sobre os processos de adoecimento e cura dos Potyguara do Mundo Novo e Jacinto, em Monsenhor Tabosa, no Ceará-Brasil, bem como as múltiplas interações entre o sistema tradicional de saúde, as práticas de cuidado em saúde pelos indígenas e a formação dos profissionais de saúde nas aldeias.

Produzindo diálogos entre profissionais de saúde e os Potyguara sobre as práticas em saúde indígena

De acordo com Cloos (2015), a saúde pública implementa ações de racialização quando funciona dividindo a população em relação aos corpos, situando e opondo os grupos racializados (através de rótulos inventados desde o regime colonial) aos grupos que representam a branquura como padrão e símbolo sanitário. A sanitização está, para esse autor, calcada em projetos de homogeneização que produzem desigualdades, que excluem e estigmatizam.

Muitos profissionais de saúde procuram encontrar nas comunidades indígenas um único modo de vida e de produção de saúde, modelos que confirmam a segurança de que eles estão diante de um grupo identitário. Quando os encontros são perpassados por esses desejos do sistema formal de saúde com as comunidades indígenas, há a produção de práticas de cuidado baseadas no controle minucioso dos corpos, gestos, atitudes, comportamentos e discursos, além de prescrições ou orientações de modelos de vida ditos saudáveis que devem ser cumpridos.

Há a produção de relações de cuidado, que elencam um modo de vida saudável e desejável, que opera pela via da moral, em detrimento das forças que fogem ao já capturado. A escuta dita qualificada torna-se canalizada para a escuta de sintomas, erros, incoerências com o modelo correto de ser saudável, para

então se elaborar um plano de cuidado que mais parece um guia de correção e catequese. Nesse sentido, as práticas de cuidado em saúde tornam-se relações tutelares, sendo os indígenas culpabilizados pela situação sanitária, e os profissionais, ficam a reproduzir valores do processo civilizatório.

O território do DSEI, no Ceará, denominado DSEI-CE, com sede em Fortaleza, está estruturado em 09 Polos Base, 18 municípios, 21 EMSI compostas por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, ACSI e agente indígena de saneamento (AISAN), com atribuições semelhantes às equipes da Estratégia Saúde da Família (EqSF), mas com a tarefa específica de atuar em aldeias indígenas.

As maiores dificuldades que as EMSI de Monsenhor Tabosa apontaram foi a falta de estrutura, a relação entre demanda espontânea e programática, bem como o cumprimento de metas exigidas pelo governo. Expuseram que, por vontade ou distância geográfica, havia pouca busca dos indígenas por algumas ações em saúde como prevenção ginecológica e vacinação e, dessa maneira, ocorria um comprometimento das metas que aos profissionais eram impostas. Porém, eles não problematizavam essas metas nem a situação de pressão a que eram expostos nem a convocação para gerenciar um “milagre” que é atender complexas e múltiplas necessidades através de recursos escassos.

Os profissionais afirmavam que a distância e a quantidade de aldeias impossibilitavam 02 ou mais visitas por mês em cada localidade. Nesses discursos, percebe-se que não era questionada a quantidade de equipes, mas questões geográficas e o quantitativo de aldeias, assim, problematizavam situações que não poderiam modificar e não questões que os levassem a fazer uma análise do sistema de saúde e os tornassem responsáveis pela transformação.

Para muitos profissionais, os indígenas tinham dificuldades para aceitar as vacinas e para procurar os profissionais de saúde. Acreditavam que muitos só procuram as unidades quando se sentiam doentes, e que por isso não pensam na prevenção. Os profissionais dizem que não possuem tempo para cuidarem de si e que se sentem pressionados pelas exigências feitas pelos indígenas, que, muitas vezes, possuem uma postura de acomodação e espera, o que torna a equipe obrigatoriamente responsável pelo cuidado em saúde, e o processo de responsabilização como uma invasão controladora da vida do usuário. Por outro lado, afirmavam que o trabalho tinha os aproximado da utilização de uma alimentação natural, usos de chás e de crenças nas rezas e nas doenças como mau-olhado.

Nas práticas de saúde do sistema de saúde, percebe-se, em muitos casos que há a construção de relações de infantilização. Desse modo, institucionalizam-



-se o cuidado em saúde, ditando regras para dizer quem precisa de cuidado e como deve ser o cuidado em saúde. Assim, o cuidado torna-se mais uma moral pela qual submetemos os outros às formas de cuidado que imaginamos que eles têm que receber. E, desse modo, criam-se dependências, já que nós colocamos como detentores das regras de como viver bem.

A configuração ampliada da clínica, segundo Campos (2003), desloca o cuidado da doença para o sujeito, incluindo o seu contexto, com suas formas de adoecimento e com suas formas de criar processos denominados de saudáveis. O autor também traz para esta noção os conceitos de campo e núcleo de saberes e de responsabilidades, articulando a especialização com a interdisciplinaridade, na busca de superar a alienação, a fragmentação e o tecnicismo biologicista como garantia de ampliação do objeto de trabalho da clínica. Porém, esta Clínica Ampliada apresenta-se como um desafio, pois se configura dentro de um espaço marcado pela soberania do olhar do especialista sobre a saúde, transferindo a saúde e o adoecimento a um discurso redutor e objetivante. Esse olhar é montado pelo discurso da eficácia técnica, ou relacional, dos saberes de diversos profissionais com o saber do usuário, mas ainda aprofundado pelas especialidades.

Criamos espaços exclusivos de cuidado em saúde, marcados pela soberania do discurso redutor do profissional especialista sobre o corpo do paciente. O olhar compartimentalizado e que se volta somente para o que é visível, é atravessado pelo discurso da eficácia técnica, produto da instrumentalização e de pesquisas fruto de observações quantitativas ou qualitativas, mas dentro de uma lógica baseada em frequências, lesões e com as causalidades prováveis. O corpo é reduzido ao organismo, local onde a saúde instala seu arsenal de poder. Nestes espaços institucionalizados, o sujeito aparece ocupado em se descobrir, controlar-se, recuperar-se, havendo escassos lugares para a produção e a criação.

Conceitos como cuidado e clínica, assim como integralidade surgem nesse contexto, sobrevivendo como categorias conceituais, mas com fortes dificuldades de operacionalidade. Esses conceitos tentam passar pela ideia de uma ilusória universalidade, porém são processos singulares, locais, produtores de subjetivação, que apontam para uma lógica capitalista.

O termo "integralidade", na área da saúde, é tido como um avanço, porém, apresenta-se com a incorporação da lógica biomédica aos cuidados tradicionais, e raramente se questiona os padrões que se tornam norma e sobre as normas que trazem uma lógica adoecedora, levando à desqualificação de outros modos de saber e produção de cuidado. Essa nova modalidade enunciativa, de inspiração da cultura de integração, parece hoje constituir regime enunciativo e prático hegemônico, que abarca a mesma lógica dicotômica e naturalizante, posto que

os saberes indígenas são apartados dos saberes científicos e continuam como corpos estranhos que precisam ser axiomatizados.

A integralidade aparece por vezes “quase” como travestida de cuidado, porém, acoberta um campo de iniquidades e colonizações em saúde, que não extingue as diferenças, mas as incorpora segundo ajustes toleráveis aos padrões que funcionam como centros de referência e de poder. É o que percebemos com a inclusão das “ervas do mato” como plantas medicinais, atualmente, artigos vendáveis por várias empresas de produtos naturais.

Há tentativas de “diferenciar” a visão biomédica, a partir do envolvimento e da “integração” das questões culturais, sociais e políticas da Saúde Coletiva. Porém, mesmo com as considerações acerca dos aspectos culturais nas produções de conhecimento sobre saúde indígena, existe uma ideia de cultura que se baseia na noção de tradição, acervo, costumes, identidades herdadas e estáticas resultantes de histórias repetidas.

As relações de poder, no cuidado em saúde, não são instâncias concretas repressivas, mas de controle contínuo que opera por toda uma rede de enunciados científicos, serviços, instituições, práticas nas comunidades em meio aberto, que dão a impressão de liberdade, logo, são lócus de modulação, supervisão e controle.

Os Potyguara conseguem transitar por diferentes universos referenciais, trazendo questões molares e moleculares da saúde nos seus modos de vida. Usam o sistema de saúde como um dos recursos, não como “o recurso”, e trazem, do campo das experimentações, possibilidades de cuidado como produção de vida, como potência criativa. Nas aldeias, presenciamos relatos da existência de casos de hipertensão, diabetes e outros adoecimentos que são encaminhados para os médicos, pois não “são causa de reza”.

[...] Cada pessoa entende um pouco da medicina, quando é muita gripe, a gente manda fazer um lambedor. Rezo? Eu rezo, mas mando fazer também um lambedor. Às vezes, quando é uma coisa que a gente reza e ver que não cura, que a gente vai rezando 02 dias, 03 dias, mando pro médico (Bilita em entrevista às pesquisadoras indígenas registrada em diários de campo).

Saúde é o amor, é o carinho, é você participar daquilo que você sabe que cabe a você ajudar. A gente unida consegue muita coisa. Minha filha você acredite que é difícil eu adoecer, mas quando vem é uma semana. Chego lá no doutor, tomo uma injeção e não serviu de nada, eu digo “perai, que eu vou pras minhas coisas que a doutora é eu mesma” (Fransquinha em entrevista).

Eu acho, porque é muito bom quando têm coisas que se misturam. A medicinal, a oração, a reza. Porque, às vezes, tem gente que não tem



conhecimento pro quebrante, o vento caído, leva a criança no médico, toma remédio e não fica bom. A medicina, essa que nós temos do médico, se não for com a reza, não vai ficar bom não. As duas juntas são muito importantes (Bilita em entrevista às pesquisadoras indígenas registrada em diário de campo).

Percebe-se também a incorporação, na vida indígena, de conceitos não-indígenas de identificação e tratamento das doenças, atacando a lógica da propriedade dos saberes científicos. Marli, que faz lambedor para gripe e inflamação, com corama, mastruz, malva, jucá e romã, e é procurada até pelos profissionais de saúde, fala: “eu também sou medicinal”.

Antes de procurar os serviços médicos, a maioria dos Potyguara costuma buscar os que “sabem da mão direita”. O “saber da mão direita” é um poder passado por Deus, pai tupã, outros curandeiros. Às vezes, pode acontecer o inverso, procuram os médicos e, quando percebem que os remédios não curam, recorrem aos rezadores das aldeias. Mesmo que saiba que para os problemas espirituais são necessárias as rezas, esse saber não implica diminuição da importância das práticas em saúde do sistema formal. A articulação e utilização desses dois sistemas estão presentes e a ideia de incompatibilidade é substituída por uma de aumento da força pela vizinhança entre os diferentes saberes.

A saúde Potyguara não se restringe a definições do tipo: “saúde é direito, é bem-estar”, pois eis que o verbo “Ser” remete a um Eu, a um sujeito ou estado de coisas, mas diz de acontecimentos incorporais, aproximados das singularidades. Os casos dos Potyguara não são indicadores de um sujeito, não se referem a um nome próprio e nem a uma pessoa, tampouco a um conjunto ou somatório de indivíduos, mas problematizam o eu totalitário, guardião dos sentidos e das verdades.

Os Potyguara mostram-se como resistência aos processos de subjetivação identitários, quando dizem de uma saúde não restrita à esfera semiótica, quando problematizam os agenciamentos coletivos de enunciação sustentados nos eixos de estratificações, quando estabelecem uma crítica a esses entendimentos de saúde que são apresentados como universais, necessários e obrigatórios, fonte de investimentos das concepções tutelares de saúde.

A saúde Potyguara é um convite a trabalhar artisticamente com a vida e com sofrimento. Não se trata de ocultá-lo, mas libertá-lo, libertação da dor pela dança, pelo canto, pelas rezas, pelos rituais, pelas brincadeiras, pela plantação e colheita, pelo riso, pelo choro, intensificando as forças de vida. O adoecimento, que quebra a sequência e instaura um acontecimento, encontra na saúde uma abertura para vitalização. É uma saúde como afirmação de uma inseparabilidade das dores que o corpo expressa. O adoecimento é uma experimentação do corpo e da vida.

Por volta de 17 horas, Vêi da aldeia Jacinto, o irmão da Marlúcia, e Luis, filho de Toinho, haviam sido atropelados, começou o terror na aldeia. Ele foi para Sobral. Aí todos ficaram preocupados porque Sobral é sinal de morte. Foi Vandim saber na cidade sobre este acontecimento, chegou dizendo que realmente foi verdade [...]. Logo cedo começa a chegar os índios de outras aldeias para o ritual, embora o corpo ainda se encontrasse em Sobral para fazer a perícia. Foi feito comida para todos, um ritual de choro e comida (Pesquisadoras indígenas no diário de campo).

O cuidado em saúde não surge do dizer: “eu devo cuidar de você porque você é doente, é idoso”. Não é uma obrigação, um dever, mas uma ação própria do viver em comunidade. A morte é vivenciada a todo instante da vida. Ela é acompanhada pelos Potyguara de rituais de choro e com comidas, podendo ser avisada pelo cantar dos galos fora do horário.

A produção de vida Potyguara vê no sofrimento a vivência dos corpos que se afetam, agenciam-se, diferenciam-se nos encontros. A saúde existe enquanto processualidade engendrada pelos encontros (não apenas humanos e orgânicos).

Os Potyguara afirmam, pelo viver, que as forças extrapolam o domínio do perceptível e recusam, muitas vezes, ver coisas que nós consideramos como evidentes. É possível ver o que não é visível. Eis uma postura de vida que enfrenta aquilo que nosso olhar impõe. Operam com outros regimes de visibilidade. As coisas não se esgotam no que é visto, ou no que dizem do que é visto. É um além da visibilidade, uma relação entre visível e invisível. Pelos rituais, operam outros modos de visibilidade. Pelos modos de olhar é que produzem doenças (mau-olhado), curas e que se criam conhecimentos.

Os Potyguara são resistentes do presente e fazem de suas vidas, de suas relações, um campo de experiências de resistência, de criação, de deslocamentos contra as formas de captura normalizadora. Falar dos modos de vida dos Potyguara não é buscar um tratamento, pois muitas vezes, esse tratamento está em silenciar a potência de vida, tirar os entrelaçamentos entre adoecimento e saúde, agenciar formas higienizadas que excluem outras produções do vivido.

Conclusão

A clínica e o cuidado em saúde podem aprender com esta produção de vida Potyguara a caminhar, deslocar-se e mapear novas rotas, percebendo como as virtualidades se atualizam em práticas de cuidado em atos-com.

Entende-se que pequenas ações cotidianas dos modos de vida Potyguara são dispositivos miniaturizados de focos moleculares que podem se expandir

até alcançar um nível macro de influência e produzir mudanças no dia-dia dos serviços de saúde.

Entre a Saúde Potyguara e a Saúde Indígena as intensidades vibram e não está em questão descrever atributos a priori, universais, essenciais de saúde, mas pontos de ultrapassagem e problematizações das práticas de subjetivação da saúde indígena a partir dos processos de singularização dos Potyguara que assumem a vida como produção de saúde.

Destaca-se que os conceitos como saúde e cuidado ao lado dos modos de produção de vida Potyguara nos fazem pensar na potência de tal encontro, considerando os deslocamentos que se produzem no pensar e fazer saúde, a formação e o cuidado na área da Saúde Coletiva.

Referências

Azevedo, ALM. (2013). **O poder de acessar a saúde**: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá a partir da sociologia de Pierre Bourdieu. [Tese Doutorado]. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13914>

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2 ed. 40 p.

Buss, PM; Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva. 17 (1):77-93.

Caprara, A. (2009). La Relación Médico-Paciente: un enfoque intercultural. In LCi-tarella; A Zanfari. Reflexiones sobre la interculturalidad en salud. **YACHAY TINKUY Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina**. 2ª ed.

Campos, GWS. (2003). **Saúde Paidéia**. Editora Hucitec, 185p.

Cloos, P. (2015). **Pouvoirs, Différence et Stéréotypes**: Regard Socio-Anthropologique sur la Santé Publique Américaine. Presses de l'Université Laval, 208p.

Coimbra Jr, CEA. (1998). Minorías étnico-raciales, desigualdad y salud: Consideraciones teóricas preliminares. In MN Bronfman; R Castro (Org.). **Salud, Cambio Social y Política**: Perspectivas desde América Latina. Edamex, p. 151-161.

Coimbra Jr, CEA. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Públi-**

ca, v. 30, n. 4, p. 855-859. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400855&lng=en&nrm=iso.

Coimbra Jr, CEA; Santos, RV. (1991). Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: O grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 7, n. 4, p. 538-562. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1991000400006&lng=en&nrm=iso.

Coimbra Jr, CEA. (2001). **Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil**: Considerações Gerais. Documento de Trabalho, n. 3. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia, Universidade Federal de Rondônia. <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc3.pdf>.

Coimbra Jr, CEA; Santos, RV; Escobar, AL. (Orgs.). (2005). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil** [online]. Editora FIOCRUZ. ABRASCO, 260 p.

Dantas, BG; Sampaio, JA; Carvalho, MR. (1992). Os povos indígenas no Nordeste brasileiro: um esboço histórico. In MC Cunha (Org.). **História dos índios no Brasil**. Cia. das Letras, p. 431-456.

Dantas, MSLR; Caprara, A; Sousa, MLT; Potyguara, T; Potyguara, M. (2015). Práticas Etnomédicas e Educação Permanente Intercultural dos Profissionais de Saúde: Uma Pesquisa com os Índios Potyguara de Monsenhor Tabosa - Ceará. In: IMTA Leitão et al. **Inovações transdisciplinares na saúde coletiva**: estratégias para o alcance de resultados positivos na saúde. EdUECE, p.283-305.

Dantas, MSL; Henriques, EMV; Caprara, A. (2016). **Etnomedicina Potyguara**: Inter-olhares e Práticas Tradicionais Indígenas. Seminário Internacional de Redes de Atenção à Saúde. Partilhando Saberes e Práticas com Interlocação na APS. Anais SIRA Saúde. UECE. ISSN: 2526-2467.

Diehl, EE; Langdon, EJ; Dias-Scopel, RP. (2012). Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 819-831 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>.

Garnelo, L; Rocha, E; Peiter, P; Sampaio, S; Santos, E; Pontes, AL; Stauffer, A. (2009). Formação técnica do Agente Comunitário Indígena de Saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 7, n. 2, p. 373-385. http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/curso_EPSJV.pdf.



Garnelo, L. (2004). **Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho, n. 9, p. 1-29. <http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc9.pdf>.

Garnelo, L; Langdon, EJ. (2005). A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In MCS Minayo; CEA Coimbra Jr (Orgs.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Ed. Fiocruz. p.133-156.

Garnelo, L; Macedo, G; Brandão, LC. (2003). **Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil**. Ed. OPAS, 120p.

Garnelo, L; Pontes, AL. (Orgs.). (2012). **Saúde Indígena**: uma introdução ao Tema. Ed. MEC-SECADI, 280p. http://www.trilhasdeconhecimentos.etc.br/livros/arquivos/colet15_vias05web.pdf.

Garnelo, L.; Sampaio, S. (2003). Bases socioculturais do controle social em saúde indígena: problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 311-317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000100035&lng=en&nrm=iso.

Garnelo, L.; Sampaio, S. (2005). Organizações indígenas e distritalização sanitária: os riscos de "fazer ver" e "fazer crer" nas políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1217-1223. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0342.pdf>.

Hojjati, A. et al. (2017). Educational content related to postcolonialism and indigenous health inequities recommended for all rehabilitation students in Canada: a qualitativestudy. **Disability and Rehabilitation**, v. 1, n.11. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1381185>.

Grunewald, RT. (2005). **Regime encantado do índio do Nordeste**. Fundaj/Mas-sangana, 330 p.

Landgraf, J; Imazu, NE; Rosado, RM. (2020). Desafios para a Educação Permanente em Saúde Indígena: adequando o atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. **Interface** v. 24. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832020000100501&lng=en&nrm=iso.

Langdon, E. J. (2005). A construção sociocultural da doença e seus desafios para prática médica. In RG Baruzzi; C Junqueira (Org.). **Parque Indígena do Xingu**: saúde, cultura e história. Editora Terra Virgem, p. 115-133.

Langdon, EJ. (2001). A Doença como Experiência: O Papel da Narrativa na Construção Sociocultural da Doença. Etnográfica. **Revista do Centro de Estudos de Antropologia Social**, v.V, n. 2, p. 241-260 http://ceas.iscte.pt/etnografica/docs/vol_05/N2/Vol_v_N2_241-260.pdf.

Langdon, EJ. (2007). Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 7-9. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200002&lng=en&nrm=iso.

Langdon, EJ. (1998). Saberes Biomédicos e Saberes Indígenas: Um Desafio para a Política de Saúde Indígena. **Revista de Divulgação Cultural**, FURB, n.64, p. 76-80.

Langdon, EJ; Diehl, E. (2007). Participação e Autonomia nos Espaços Intercultural de Saúde Indígena: Reflexões a Partir do Sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**. v.16, n.2, p.19-36. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000200004&lng=en&nrm=isso.

Langdon, EJ; Garnelo, L. (Orgs.). (2004). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Ed. Contracapa, 196 p.

Langdon, EJ; Rojas, B. G. (1991). Saúde um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida: A Situação da Área Indígena Ibirama (SC). In SCSantos (Org.). **A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena**. Documento denúncia - Boletim de Ciências Sociais. UFSC. p. 51-89.

Lima, CL. (2007). **Trajetórias entre contexto e mediações: a construção da etnicidade Potiguar da Serra das Matas**. [Dissertação de Mestrado], Departamento de Ciências Sociais. Centro de Humanidades. Universidade Federal de Pernambuco. <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/767>.

Oliveira, JP. (Org.). (2011). **A presença indígena no Nordeste**: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória. Editora Contra Capa, 714 p.

Oliveira, JP. (2004). **A viagem de volta**: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena. 2. ed. Editora Contra Capa.

Palitot, EM (Org.). (2009). **Na mata do sabiá**. Contribuições sobre a presença indígena no Ceará. IMOPEC, 461p. <https://muvic.files.wordpress.com/2009/08/008940-na-mata-do-sabia-miolo-2ed.pdf>.

Palitot, EM. (2008). A Produção do Território Xukuru: memória, ritual e política.



Revista Vivência, Natal, v. 33, p.147-157. [http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/su-
marios/33/PDF%20para%20INTERNET_33/11_Estev%C3%A3o%20Martins%20
Palitot.pdf](http://www.cchla.ufrn.br/Vivencia/su-
marios/33/PDF%20para%20INTERNET_33/11_Estev%C3%A3o%20Martins%20
Palitot.pdf).

Palitot, EM; Albuquerque, M. A. S. (2002). **Relatório de Viagem**: Índios do Nor-
deste (AL, PE e PB). Campina Grande: LACED (Laboratório de Etnicidade, Cultura
e Desenvolvimento) Museu Nacional/ UFRJ, [http://laced.etc.br/site/pdfs/Indios_
Nordeste.pdf](http://laced.etc.br/site/pdfs/Indios_
Nordeste.pdf).

Rigotto, RM; Braga, LQV. (2013). Indígenas Tremembé e trabalho escravo na mo-
nocultura do coco: relatório de um estudo sobre o conflito e as suas repercus-
sões na saúde. **E-cadernos CES** (Online), v. 17, p. 194-204. [https://eces.revues.
org/1164](https://eces.revues.
org/1164).

Santos, RV; Coimbra Júnior, CEA; Cardoso, AM. (2007). Povos Indígenas no Brasil.
In: BARROS, D. C., SILVA, D. O. & GUGELMIN, S. A. (orgs). **Vigilância alimentar e
nutricional para a saúde Indígena** [online]. Vol. 1. Editora FIOCRUZ.

Silva, E. (2004). "Os caboclos" que são índios: História e resistência indígena no
Nordeste. Portal do São Francisco - **Revista do Centro de Ensino Superior do
Vale do São Francisco/CESVASF**. ano III, no. 3, p. 127-137.

Silva, E. (1996). "Confundidos com a massa da população": o esbulho das terras
indígenas no Nordeste do século XIX. **Revista do Arquivo Público Estadual de
Pernambuco**. vol. 42, nº 46, p.17-29.

Teixeira, CC; Garnelo, L. (2014). **Saúde Indígena em Perspectiva**: Explorando
Suas Matrizes Históricas e Ideológicas. Editora Fiocruz (Coleção Saúde dos Povos
Indígenas), 262 p.

Teixeira, CC; Dias da Silva, C. (2013). Antropologia e saúde indígena: mapeando
marcos de reflexão e interfaces de ação. **Anuário Antropológico** [online], v. I, p.
35-57. <http://aa.revues.org/374>.

Vasconcelos, DP; Rigotto, RM. (2014). **Conflito Ambiental no território indígena
TapuyaKariri e suas implicações à saúde**. [Dissertação de Mestrado]. Universi-
dade Federal do Ceará.

Análise de ações/serviços à população indígena nos planos regionais das redes de atenção à saúde do Pará: transversalidade ou equidade?

04

*Rosiane Pinheiro Rodrigues
Laura Maria Vidal Nogueira
Regina Fátima Feio Barroso
Danielle Tupinambá Emmi
Eliene do Socorro da Silva Santos*

Introdução

A saúde indígena no Brasil tem um histórico de conquistas a partir da Conferência de Saúde de 1986 e da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, as quais influenciaram significativamente na Constituição de 1988 com as garantias legais aos povos indígenas, e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), que por sua vez traria pressupostos para a criação do Subsistema de Saúde Indígena, a partir da Lei de Sérgio Arouca de 1999 (Garnelo; Pontes, 2012).

Com a criação da Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) em 2002, pelo Ministério da Saúde (MS), houve uma reorganização dos processos de descentralização para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), no intuito de favorecer as ações e serviços ao indígena de forma mais resolutiva. Porém, a burocratização ainda é um grande empecilho para o desenvolvimento da política de saúde indígena no país. Outro desafio para a consolidação da política de saúde do indígena é o problema social e político vivenciado por essa população, com particular destaque à situação de saúde (Garnelo; Pontes, 2012).

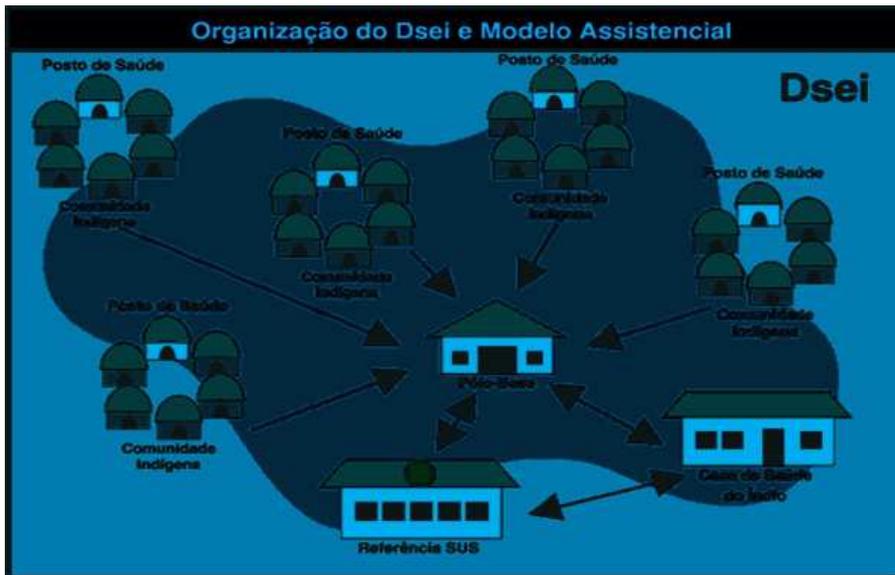
As ações de atenção primária em saúde são desenvolvidas pelos DSEI vinculados à SESA/MS. Sendo 04 DSEI no Estado do Pará, denominados de Guamá To-



cantins, Altamira, Tapajós e Kaiapó do Pará, atendendo uma população de 28.469 indígenas aldeados (Brasil, 2015a).

Na organização dos serviços de saúde, as comunidades têm os Polos Base que realizam a execução das ações de saúde nas aldeias. Embora o DSEI Altamira seja o único dos quatro DSEI do Pará que não possui pólo-base, dessa forma as suas ações de saúde são realizadas nos postos de saúde localizados nas aldeias, através dos técnicos de enfermagem, agentes de saúde indígenas e pela equipe multidisciplinar de saúde que realiza assistência conforme planejamento das ações. A maioria dos agravos deverá ser resolvida nos polos, os demais casos serão referenciados para a rede de serviços do SUS. Esse DSEI oferta, também, serviços de apoio aos indígenas encaminhados à rede do Sistema Único de Saúde, através das Casas de Saúde Indígena (CAsAI), localizadas em municípios de referência dos distritos. A figura 01 apresenta o modelo de organização do DSEI e como essa rede de saúde ocorre no âmbito da atenção primária implementada no DSEI, bem como está articulado para a média e alta complexidade nas demais esferas municipal e estadual. Porém, essa conexão das redes precisa ser mais bem planejada no território, considerando as especificidades étnico-culturais e de acesso para essa população.

Figura 01: Modelo de organização do DSEI e assistência.



Fonte: Brasil, 2017a.

Vale ressaltar que um novo paradigma estabelecido atualmente, e que é objeto deste estudo, trata da implantação e implementação de ações e serviços voltados à saúde indígena no Estado do Pará, nos planos das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sob a responsabilidade das coordenações estaduais - RAS e DSEI Guamá-Tocantins (GUATOC). É fato que as políticas de afirmação e promoção da multiétnica dos povos indígenas devem ter um forte viés multissetorial e transversal, para que as transformações na elaboração e gestão das políticas públicas sejam articuladas e compartilhadas entre os diversos órgãos do Estado brasileiro (Garnelo; Pontes, 2012).

Método

Constituiu-se em um estudo de natureza qualitativa e descritiva, o qual foi realizado a partir de entrevistas de atores (informantes) envolvidos na implantação e implementação dos planos das RAS, que englobaram as oito regiões de saúde componentes do DSEI GUATOC do Estado do Pará.

A técnica para a obtenção dos dados foi a aplicação de entrevista semiestruturada ao apoiador do DSEI GUATOC; ao gestor (a) responsável, à coordenadora estadual de saúde indígena e aos coordenadores estaduais das quatro RAS do Pará (rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede da pessoa com deficiência e rede psicossocial). Atualmente, o estado não possui especificamente um plano estadual da pessoa com doença crônica, dispõe apenas do plano estadual da obesidade, do oncológico e o dos renais crônicos. Os informantes foram identificados pelos nomes de sete etnias pertencentes ao DSEI GUATOC (Tembé, WaiWai, Xikrin, Assuriní, Zoé, Gavião e Leone). A análise dos dados foi realizada "pela proposição temática, que configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens" (Bardin, 2011, p.229).

Os temas foram categorizados em quatro grandes eixos: 1 - O estado da arte dos planos das RAS; 2 - O conhecimento antropológico; 3 - Implantação e implementação das RAS; 4 - Integração e gestão.

Os aspectos éticos foram observados de acordo com a resolução 466/2012, que versa sobre a ética e a confiabilidade na realização do estudo, este por sua vez, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Pará, parecer nº1.906.305.

Análise e Discussão dos dados

1- O estado da arte dos planos das RAS

As participações dos coordenadores estaduais das RAS e do próprio DSEI parecem ser um grande desafio na construção de ações voltadas para a saúde indígena. Isto é demonstrado pela própria fala dos informantes. Quando afirmam que: “eu não participei das reuniões” (Gavião); “infelizmente eu não estava na coordenação” (Tembé); “nós participamos junto com as nossas equipes das sedes do DSEI e as equipes técnicas dos oito pólos e das cinco Casas de Saúde Indígena” (Leone).

Dessa forma, notou-se um forte rodízio de gestores nas coordenações das RAS e na própria saúde indígena. Percebeu-se também que os coordenadores, que estavam na época do planejamento das RAS não participaram dessa construção procurando ter um olhar voltado para a saúde indígena do DSEI GUATOC. E ainda, pode-se considerar que, apesar de três informantes afirmarem que as suas equipes participaram de alguns planos, não houve a escuta real das especificidades, como afirma Xikrin: “em todos esses planos não existe uma atividade planejada atendendo a especificidade da população indígena”.

O subsistema desenvolvido para os indígenas de outras etnias demonstra falhas nos planejamentos das ações voltadas para a saúde indígena, as quais não consideram suas necessidades e especificidades. Mesmo com a participação das lideranças do Conselho Distrital de Saúde Indígena, há uma fragilização na leitura da realidade desses povos (Oliveira et al, 2012).

2 - O conhecimento antropológico

Para Athias (2011) “o conceito de interculturalidade é apresentado como uma plataforma onde ainda se situa a questão de adequação cultural dos serviços de saúde, sem que se tenha entendimento, de fato, sobre o conceito de um Brasil pluriétnico e pluricultural. As 3ª e 4ª Conferências apresentam um crescente número de propostas nas áreas que fazem interface com a noção de interculturalidade e organização dos serviços de saúde nas áreas indígenas”.

Assim, é possível que seja realizada a participação da gestão e assistência da saúde indígena federal e estadual do GUATOC e do Pará, respectivamente, na construção desses planejamentos, de forma a garantir o maior número de ações, e considerando as especificidades étnico-culturais dos indígenas.

[...] e naquele início a ideia da rede cegonha era só trabalhar as regiões metropolitanas [...] é que essa participação específica de ações para as populações tradicionais, elas não era uma prioridade logo no início, nem pelo próprio MS [...] no início a gente não tinha essa visão de que, esse detalhamento, essa estratificação populacional. Falava de materno infantil como prioridade pra proposta da rede de atenção obstétrica

e neonatal [...] Mas, é aquela história, tem os entendimentos de alguns profissionais que isso é uma questão cultural, que não deve ser interferido e tem outros entendimentos que a gente tem argumentos, tem formas de se falar diferente. Talvez a gente pudesse buscar alguém, uma ascensão maior sobre a comunidade pra fazer essa explicação, pra falar, não sei como efetivamente seria melhor a se fazer (Zoé).

Não existe especificamente para a população indígena. Ele está como um todo para a população do Estado do Pará (WaiWai).

Issodenota que, no próprio MS, ainda não se vê um alinhamento acerca da inserção da saúde indígena no que concerne à implantação e implementação das políticas propostas, como: rede cegonha, rede de urgência e emergência, rede psicossocial, rede da pessoa com deficiência e rede da pessoa com doenças crônicas (Brasil, 2015b). Zoé enfatizou:

A participação específica de ações para as populações tradicionais, elas não eram uma prioridade logo no início, nem pelo próprio MS, quando reafirma que no início da construção do primeiro plano da rede cegonha, a matriz de planejamento proposta pela esfera federal à população indígena era como não prioritária.

Desse modo, percebe-se uma fragmentação tripartite, mesmo onde existe representação dos governos federal, estadual e municipal, ou seja, MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, o que foi possível observar em uma fala: “mas a gente poderia salvar uma vida. Mas é aquela história, tem os entendimentos de alguns profissionais que isso é uma questão cultural” (Zoé).

Para Zoé já existe uma percepção de que a cultura dos indígenas precisa ser considerada e os profissionais precisam oferecer um atendimento, a depender, de cada etnia, pois as crenças e culturas desses povos são diferentes.

Na fala do Assurini:

[...] as redes de forma geral, elas não são feitas para determinadas etnias. É a mesma rede, sendo que alguns territórios existem uma população indígena... Porque aí existe várias questões: tem indígena que está na aldeia, e tem indígena que está na população de forma geral. Não há um recorte específico... Porque, por exemplo, para nós uma pessoa que tenta se matar, isso para nós é suicídio, e isso é um sintoma ligado ao processo depressivo. Assim que nós vemos, assim que nós aprendemos, pra eles a compreensão do suicídio já é outra, pode ser até um homicídio, é um espírito que veio e que foi mandado por uma parte inimiga para matar aquela pessoa. Não é a pessoa que se mata, algumas etnias pensam assim [...].



Já se percebe que há um entendimento acerca da existência de diferentes etnias e que também existem indígenas aldeados e não aldeados como relatou Tembé:

[...] onde o indígena seja visto, seja trabalhando não só no DSEI como se sabe, a atenção básica para o indígena é de responsabilidade do DSEI, embora o estado tenha sua coparticipação. Porque nós sabemos que nós temos os aldeados, que esses estão ligados diretamente a atenção dos DSEIs. Mas, nós temos os não aldeados que entram no sistema como um cidadão... Essa coordenação tem trabalhado a política estadual de saúde indígena... Inclusive, esse trabalho tem sido feito junto com a secretaria estadual de integração de políticas sociais, onde se reúnem todas as secretarias de estado para trabalhar a política indígena e a gente considera sem dúvida que essa política vem fortalecer por que... Não é interesse se trabalhar isolado. Esse trabalho é sem dúvida algo junto com a população indígena, junto com representantes, com lideranças indígenas”.

Mas, na inferência de Gavião, fica claro que os indígenas deverão entrar no sistema de forma geral, pois nas políticas de Urgência e Emergência e da pessoa com deficiência, o plano é construído conforme os componentes instituídos pelo MS e de forma regional, respectivamente, e para estas não existe estratificação (Brasil, 2015b), ele afirmou que “a população indígena a gente coloca como um todo, a pessoa com deficiência, não existe classe, raça, credo, existe a pessoa com deficiência e a gente traça as metas que ela tem, o mesmo direito que qualquer outro”.

Diante disso, é preciso refletir, como propõe Hoffel (2015, p. 45-46),

acerca dos arcabouços teóricos e paradigmáticos que historicamente nortearam a formação e que, em se tratando dos povos indígenas, revelam-se de forma mais aguda, evidenciando a falta de compreensão e incorporação da perspectiva da interculturalidade na formação e atenção à saúde [...]. No que tange à saúde, parece haver um triplo desafio que se refere à superação do paradigma biomédico, da educação e da construção da interculturalidade, que implica pensar em novas racionalidades, fazeres e práticas fundados em diferentes concepções de mundo.

Não seria a construção de um Centro de Atenção Psicossocial ou Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) indígena, mas a garantia do acesso às ações e serviços, considerando o acolhimento específico, o acesso nas aldeias pelo SAMU, ao pré-natal e ao parto, que considere ainda, as questões étnicas da gestante indígena, a exemplo, da preferência pelo indígena parteiro nas aldeias Zoé. É mais que uma simples ambientação dos pontos de atenção, é essencial que as equipes de saúde sejam qualificadas para a atenção ao indígena. Isso é reforçado por Athias (Ano 2011) quando apontou que:

Os cidadãos indígenas do país têm os mesmos direitos constitucionais

de acesso ao SUS que os demais brasileiros. São municípios, e sua população é incluída nas contagens que fornecem a base para os repasses aos municípios. Os povos indígenas também têm o direito Constitucional às políticas públicas, que reconheçam as suas especificidades. Isso inclui a atenção diferenciada à saúde, que deve, por lei, ser garantida pelo Governo Federal. Essa atenção diferenciada deve contemplar adequações nas formas de abordagem da comunidade pelas equipes e o reconhecimento da interface com as medicinas indígenas. O legado histórico de exclusão e os níveis altíssimos de morbimortalidade, com um número significativo de enfermidades que estão causando mortes na população indígena, quando comparados aos da população em geral, indicam a necessidade de um investimento específico na reversão das desigualdades atuais relacionadas à saúde.

É preciso ainda, considerar como estão sendo elaboradas nacionalmente as políticas públicas, pois a diversidade dos Estados é imensa. E para um estado continental como o Pará, com diversas regiões e realidades, isso não será diferente para a população indígena do DSEI GUATOC, que se encontra distribuída em oito regiões de saúde, com um desenho do subsistema que não corrobora com esse desenho regional do Estado. Nesse sentido, é preciso rever o que Xikrin nos reporta acerca dos planos das redes de atenção não possuírem ações que considerem as especificidades desse povo, ele afirmou:

Em todos esses planos não existe uma atividade planejada atendendo a especificidade da população indígena. Essa população quando consegue ser inserida em algumas dessas redes, elas participam como usuários comuns e não atendendo especificidades dessa população... Não existe uma política específica pra saúde indígena, o que a gente tem feito é inserir essa população dentro dessas redes, é justamente a articulação dentro dos municípios.

Outro debate que essas falas trazem é a respeito do olhar equânime, no qual se percebe que Xikrin, anteriormente, ressalta muito bem que não há um tratamento desigual considerando as desigualdades do indígena. Reconhecendo que esses indígenas ainda possam ter diversas etnias e culturas diferentes entre os diversos povos. É possível ver que a política de promoção da equidade ainda está muito fragilizada no Estado do Pará, quando esse, por sua vez, precisa fortalecer o acesso dos diversos povos tradicionais ao sistema de saúde, considerando seus aspectos étnico-culturais.

A noção de equidade diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais e o reconhecimento de que muitas dessas desigualdades são injustas e devem ser superadas (Teixeira, 2011, p.5).



3 - Implantação e implementação das RAS

É importante ressaltar que os informantes, em sua maioria, afirmaram que não foram planejadas ações voltadas para a saúde indígena, Zoé destacou: "se tu pegares a matriz diagnóstica que é proposta pelo MS ela não estratifica nada".

Entende-se que tal afirmação não justifica a falta de ações planejadas à saúde indígena, pois é de ciência dos gestores e técnicos do Estado do Pará, a existência de uma significativa população indígena que requer ações e serviços de saúde voltados para atender suas necessidades. Logo, isso precisaria ter sido pautado pelo próprio Estado e ter sido inserido no planejamento, pois, aponta-se que "Brasília" não conhece nossos povos! Será que o nosso povo também não conhece nossos indígenas? De acordo com Tembê: "implementação voltada à saúde indígena ela é uma implementação um tanto pequena ainda e eu não tenho tantos conhecimentos".

Observou-se que esse discurso está generalizado nas demais falas, e que apesar de ocorrer, após o planejamento das ações, algumas tentativas de implementação de ações ou serviços no atendimento indígena, tais como, a oficina de qualificação das equipes da rede psicossocial, as rodas de conversa, a entrega de testes rápidos, entre outros, são consideradas ações ainda muito pontuais e pouco significativas para uma população de 8.477 habitantes do DSEI GUATOC. Gavião disse:

Contudo, as indígenas não recebem nenhum kit específico que o próprio programa disponibiliza e nem as nossas equipes receberam nenhum tipo de treinamento, e também, o DSEI nem foi consultado pra elaboração do plano. Com relação à rede, ao plano de urgência e emergência, também a gente não dispõe desse recurso, visto que nenhuma ambulância tem acesso às nossas aldeias, pois elas são locais de difícil acesso. Então, quando a gente necessita, a gente faz o transporte pelo DSEI [...] Vai para as CASAI e dentro da CASAI é que a gente consegue fazer alguma articulação com a rede de urgência e emergência. Com relação ao programa da pessoa com deficiência a gente não tem nenhuma pactuação, não é realizado nada [...]

Esse relato reflete bem a fragilidade na atenção ao indígena, nos planos e fora deles, quando o informante traz questões básicas como falta de treinamento e de articulação do DSEI com políticas essenciais, tais como, urgência e emergência e pessoas com deficiência.

Vale ressaltar, que isso já vinha sendo apontado por Confalonieri em 1989, pois diante de tantos sistemas e programas desenvolvidos para prestar assistência ao indígena, percebia-se a necessidade de se resolver situações essenciais, como:

[...]deficiência da infraestrutura local e recursos, contribuem para a descontinuidade na execução das ações e programas. Neste contexto,

torna-se imprescindível um sistema de comunicações permanente com outros níveis de referência. A elevação dos custos operacionais, principalmente em função da dificuldade de manutenção de equipamentos e instalações, além da grande dependência do transporte aéreo é outro aspecto a ser considerado. Outra consequência é a dificuldade de permanência prolongada de equipe de saúde não-índia nestas áreas em virtude do isolamento social e profissional e ausência de comodidades das áreas urbanas (Confalonieri, 1989, p.443).

Ainda não foram superados muitos dos desafios daquela época, como a descontinuidade de ações, transporte aéreo de urgência e emergência nas aldeias, dificuldade na permanência prolongada de médicos em áreas isoladas. A contradição de práticas médicas e as crenças tradicionais de cura são paradigmas que também precisam ser mais bem trabalhados e inseridos na formação dos profissionais de saúde para que ambos venham a ser somados e possam dialogar entre o respeito às práticas tradicionais, a depender da etnia e do conhecimento da medicina ocidental, para que esta saiba reconhecer antropologicamente até onde pode e deve ir a partir do conhecimento da cultura desses povos. Segundo Assurini:

[...] o eixo 2, é da qualificação dos profissionais como trabalhar a potência dessa rede no sentido do empoderamento dos saberes mesmo, de compartilhamento de saberes, troca de saberes e etc. e dentro desse eixo (na verdade nós temos 4 eixos), dessa qualificação, nós vimos o foco maior para essa questão da saúde indígena, quer dizer, a saúde indígena no nosso quando ela não é vista dentro da implantação dos serviços, pois como te falei, o CAPS 1 atende a população branca, negra, indígena (...) coube a nós trabalharmos foi a questão da qualificação desse profissional nesse acolhimento.

Essa consideração de se trabalhar a qualificação dos profissionais que ofertam assistência ao indígena, é deveras relevante para a atenção equânime no serviço, pois, sabemos que as culturas da medicina ocidental se contrapõem muitas vezes com os costumes e crenças indígenas, conforme explica Oliveira (2012, p. 441):

a tolerância de duas práticas é de fundamental importância para que os profissionais de saúde, índios e não índios, consigam elucidar a concepção indígena no processo saúde-doença que o momento atual não agrega na multiplicidade de saberes.

E dessa forma, acaba corroborando para a fragilidade da implantação e implementação da saúde indígena nas RAS. Zoé informou:

[...] se tu pegares a matriz diagnóstica que é proposta pelo MS ela não estratifica nada... A gente considera que já existia um AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) indígena em processo... Eu acho que faltava uma visão na questão, principalmente nesses itens a considerar uma coisa melhor na área [...] e nos outros planos já vieram os DSEI [...] inclusive já depois do plano pronto, a gente teve uma



das oficinas dentro da própria Santa Casa [...] grupo que tava fazendo um estudo com relação à saúde indígena com a gente e os profissionais da Santa Casa, que era justamente a reflexão de como era o luto indígena, de como é que eu vou dá uma notícia de óbito, de um bebê ou de uma gestante pra uma comunidade indígena, não é a mesma coisa de eu contar pra uma população de uma região metropolitana, pessoas que já são de outra origem [...] e a gente teve uma apresentação do método canguru que foi muito interessante, embora não tenha sido uma coisa detalhada, mas a gente trouxe como ideia do processo de construção que a gente tava fazendo aqui nas oficinas nossas, que foi do acompanhante do bebê, foi um trabalho interessante da Dr^a. Zeni no Maranhão, que ela mostra que tinha um indiozinho que estava dentro da UTI e eles tiveram o acompanhante do jeito que eles queriam ter, entendeu? Eles não criaram nenhuma dificuldade para isso, pois viram que eles não iam evoluir bem. Realmente era muito grave o quadro. A mãe pediu que o cacique, não sei o nome, o pajé, que cuida, viesse pra dentro, não sei a entidade (etnia) deles, viesse fazer uma cerimônia entendeu? Ai, a gente trouxe essa fala pra dentro da Santa Casa pra gente mostrar pra eles como houve o respeito [...] de alguma forma, tentando compensar algo que não está escrito, a gente tem colocado, tem transversalizado nos nossos programas.

Percebeu-se que Zoé busca justificar que mesmo não havendo o planejamento de ações nos planos regionais, devido a uma matriz proposta pelo MS, no decorrer da implantação e qualificação das equipes nas RAS, o Estado vem somando forças para desenvolver habilidades e competências através de cooperação técnica de experiências exitosas, como a do Maranhão. E tudo isso poderá fortalecer o olhar diferenciado pelas equipes da média e da alta complexidade, visto que, a atenção básica já recebe essa qualificação pelos próprios DSEI, conforme preconizado na Política Nacional dos Povos Indígenas (Brasil, 2002). Todavia, nessa implantação, existe uma enorme distância entre o que é declarado e formalizado nos planos elaborados de acordo com as normatizações e o que efetivamente ocorre no cotidiano dos serviços e no fluxo dos usuários. (Vargas et al, 2010).

Para Oliveira et al. (2012) o modelo atual não contempla e não promove a articulação entre os sistemas tradicionais de cura que se apresentam como um dos principais, se não o principal, recurso de atenção à saúde nas comunidades indígenas. Xikrin destacou:

[...] a gente consegue alguns testes rápidos por intermédio do município, conseguimos também, o cadastramento de algumas indígenas no SISPRENATAL e o acesso aos ultrassons, que são preconizados, e alguns exames que a gente não dispõe, por exemplo, na forma do teste rápido. Então, elas acabam sendo contempladas dessa forma. Contudo, as indígenas não recebem nenhum kit específico que o próprio programa disponibiliza e nem as nossas equipes receberam nenhum tipo de treinamento, e, o DSEI nem foi consultado pra elaboração do plano. Com relação à rede, ao plano de urgência e emergência, tam-

bém a gente não dispõe desse recurso, visto que nenhuma ambulância tem acesso às nossas aldeias, pois elas são locais de difícil acesso. Então, quando a gente necessita, a gente faz o transporte pelo DSEI. Vai para as CASAI e dentro das CASAI é que a gente consegue fazer alguma articulação com a rede de urgência e emergência. Com relação ao programa da pessoa com deficiência a gente não tem nenhuma pactuação, não é realizado nada.

Com isso é bem nítido a ausência do acesso ao SAMU nas aldeias, onde a rede de urgência e emergência não alcança e nem compreende a necessidade de construir estratégias para essa atenção em comunidades de difícil acesso, ficando o DSEI (que oferta atenção básica) responsável pela retirada desse indígena até a CASAI mais próxima, e assim, contatar com a rede para a assistência. Mas, se formos considerar o que estabelece o decreto 7.508/2011, pergunto: como se dará o acesso resolutivo e em tempo oportuno previsto nessa legislação? É preciso considerar aquilo que foi proposto no planejamento regional das RAS, mas também, considerar que é preciso rever que administrar não significa conceber estratégias, mas reconhecer sua emergência e intervir no momento oportuno. (Vargas et al., 2010).

Dessa forma, é preciso rever o que Suruí nos coloca com a seguinte afirmação: “dos planos que nós pudemos ter acesso, rede cegonha, rede de atenção psicossocial...A gente só conseguiu ser inserido e ter algum encaminhamento prático e efetivo pra saúde indígena, na rede cegonha e no psicossocial”.

E pensar que a inserção da saúde indígena tem sido um processo de conquista, no entanto, a participação do DSEI na construção dos planos ainda é pequena. Assim, as ações e serviços ainda são fragmentados e não reconhecidos com equidade nos diversos planos. Porém, num processo histórico, podemos considerar que há uma pequena inserção pós-construção dos planos, nas redes cegonha e psicossocial, que poderá servir de base para as demais redes que estão sendo implementadas.

4 - Integração e gestão

Referente à gestão e integração é possível reconhecer que existe uma grande privação de integração entre as coordenações das RAS do Estado e o DSEI, visto que, na fala de Zoéisso fica evidente: “porque eu preciso saber como estão conduzindo dentro das comunidades o que está sendo feito para as crianças indígenas...Aqui é da SESAI e o Estado não entra pra cá”.

Enquanto as falas de Assurini e Xikrin apontam, respectivamente:

A parte da atenção básica ela não é nossa [...] é do governo federal. Então, só vem pra gente quando já parte para média e alta complexidade [...]



A rede psicossocial é uma das redes, tirando a rede cegonha, a que tem o melhor entrosamento. Mas, não temos nada oficializado dentro do programa, também, para especificidade do indígena. Tudo que a gente acaba fazendo são articulações, na base da amizade, do convencimento junto com as secretarias municipais de saúde.

Vale entender, que são falas que demonstram pouca cooperação entre Estado e DSEI, no que diz respeito ao acesso do indígena. O Estado transparecendo que, no processo da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDI-PI) indígena, a Secretária de Estado de Saúde do Pará (SESPA) não entra, e que a atenção básica é do DSEI. Esse último, por sua vez, informa que a única rede onde existe uma pequena iniciativa, é com as redes cegonha e psicossocial, mas nada oficializado, e que dependem de articulações com os gestores municipais, a fim de realizarem parcerias para a atenção ao indígena, através de amizades e do convencimento. O que difere do que é preconizado pelo MS, como segue:

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população (Brasil, 2002).

É importante destacar que essas redes nas terras indígenas são os pontos de atenção dos DSEI, porém, se os mesmos permanecem quase que sozinhos na atenção básica, não darão conta de ofertar ações e serviços de acordo com as necessidades étnicas e culturais dos indígenas. Além do mais, isso não diminui a responsabilidade da gestão estadual e da gestão municipal, quanto a reconhecer as necessidades do indígena enquanto munícipe e como usuário de uma rede que precisa existir e ser desenhada a partir das suas necessidades específicas, além do acesso ao território indígena, onde atualmente quem oferta ações e serviços é o DSEI.

Também é relevante considerar que a não integração entre as esferas do governo, acerca do planejamento e implementação das políticas voltadas aos indígenas, é histórica. Todavia, se for observado a Constituição de 88, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Política Nacional dos Povos Indígenas, a Lei Sérgio Arouca, entre outros documentos e legislações, percebe-se que neles se pautam a necessidade da integralidade, da equidade e a universalidade, que precisam caminhar através da integração tripartite e entre os pontos de atenção, previstos na própria legislação das RAS (Decreto Federal nº 7.508/11).

Sendo o SUS a reafirmação da responsabilidade do Estado no financiamento, organização e gestão de um sistema abrangente de cuida-

dos à saúde, com cobertura universal a todos os habitantes do território, a extensão da rede de serviços aos grupos indígenas ocorre, por princípio, de forma automática (Confalonieri, 1989, p.441).

É urgente o estreitamento desse vínculo, entre Estado e DSEI, para a consolidação do planejamento e implementação de ações integradas em prol de uma população que já possui sua legislação estabelecida. Zoé apontou:

[...] mas o AIDPI indígena saiu e fizeram capacitações pelo próprio ministério. Nós não fomos convocados pra participar das capacitações como coordenação estadual da saúde indígena... E por trás, nós que conseguimos colocar uma profissional nossa, que foi a Selma pra ir fazer o AIDIPI indígena [...] elas fazem a capacitação, mas a coordenação da saúde da criança do estado não tem conhecimento de quando elas fazem e como fazem... A gente se aproximou muito da saúde indígena. A gente fez capacitação na vigilância do óbito. Isso é uma das coisas que estava programado pra capacitação e a gente contemplou a capacitação da vigilância do óbito pra eles [...] Mas, essa especificamente do AIDIPI que a gente está precisando acertar mais, porque eu preciso saber como estão conduzindo dentro das comunidades, o que está sendo feito para as crianças indígenas [...] aqui é da SESAI e o estado não entra pra cá... Com uma adolescente indígena que houve violência obstétrica que a gente foi acionada, aí a gente acionou o pessoal da regional e a própria representante do DSEI que é essa enfermeira, ela me acionou diretamente, a gente fez a orientação como deveria ocorrer, o procedimento em relação ao município, e ela ficou de mandar toda a investigação que tinha acontecido pra gente, mas até agora não recebemos.

No relato acima é fácil perceber que a mesma necessidade de integração dos processos da política indígena que possui o DSEI, também é ressaltada pelo Estado enquanto partícipe desse processo de construção e monitoramento da política da criança à nível estadual. Zoé é enfático ao sinalizar que o DSEI, também precisa socializar as qualificações que recebe, para que dessa forma, a SESPA possa se apropriar do conhecimento repassado pela SESAI, no intuito de ser um multiplicador junto aos municípios.

É notório que existe um grande desafio no sistema de informações para os indígenas, que ainda não permite o alinhamento das informações entre DSEI, Estado e municípios, já que a SESAI possui um sistema específico de alimentação pelos DSEI, prejudicando, de certa forma, o planejamento, acompanhamento e monitoramento, a partir de um diagnóstico situacional que somente o DSEI terá, como a mortalidade materna e infantil.

[...]essa proposta de integração preconizada nos documentos propostos pelas conferências e pelas políticas de atenção integral à saúde indígena deve ser incorporada dentro das comunidades. É, portanto, essencial realizar ações conjuntas e intersetoriais na construção



coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na elaboração, implementação e avaliação da assistência realizada para esse grupo populacional, na tentativa de produzir soluções inovadoras quanto à melhoria de sua qualidade de vida. (Oliveira et al., 2012, p.441)

Torna-se interessante enfatizar, que houve um singular avanço de algumas redes de atenção, como a rede cegonha e a psicossocial, como informa Xikrin e Suruí, respectivamente:

A rede psicossocial é uma das redes, tirando a rede cegonha, a que tem o melhor entrosamento. Mas, não temos nada oficializado dentro do programa, também, para especificidade do indígena. Tudo que a gente acaba fazendo são articulações, na base da amizade, do convencimento junto com as secretarias municipais de saúde para que os CAPS abram as portas para o atendimento dessa população quando há necessidade e até para realizar algumas terapias, mas sempre quando o paciente está acomodado nas nossas CASAI, ou seja, nas sedes dos municípios. Infelizmente, a rede psicossocial ainda não conseguiu entrar nas aldeias pra realizar algum trabalho em parceria com a saúde indígena, com exceção do município de Parauapebas que a gente conseguiu fazer uma articulação muito boa e existe dentro da própria secretaria de saúde uma diretoria específica de saúde indígena. Mas, de fato não existe dentro de nenhum desses planos apesar do nosso intenso processo de tentar se integrar, a gente não foi consultada e acabaram construindo os planos dentro do estado do Pará não contemplando as especificidades da saúde indígena.

Mas nós participamos pelo menos nas discussões, lutando para que pelo menos a população indígena fosse inserida nesses demais planos [...] Só em relação à rede cegonha e o psicossocial é que a gente obteve uma efetividade na elaboração dos processos de trabalho e atendimento nos serviços de saúde.

De qualquer forma, essa pequena inserção na rede cegonha e na rede psicossocial, como foi afirmado nas falas acima, é considerada um avanço na atenção à saúde indígena. Mas ainda precisa ser mais bem qualificada diante das necessidades que a saúde indígena ainda enfrenta. Infere-se que ainda é preciso realizar várias articulações e formas de convencimento para garantir esse acesso do indígena aos bens e serviços de saúde, sendo necessário garantir um fluxo a partir do posto de saúde do DSEI, com acesso via regulação, e dessa forma, ter a assistência como um cidadão de direito, como propõe Armando de Negri em suas plenárias pelo Hospital do Coração. Gavião apontou:

Acho que cada coordenação tem uma diretriz, um plano direcional [...] na diretriz das portarias está lá; mobilidade reduzida. O idoso entra como mobilidade reduzida, independente de ele ser indígena ou não. Ele está inserido dentro. Agora não está especificando idoso, mobilidade reduzida nós sabemos que são as pessoas com dificuldades de locomoção que estão inseridos, o indígena também [...].

Destaca-se outro grande desafio para a política de saúde indígena, que são as próprias diretrizes propostas pelo MS, as quais precisam ser alinhadas dentro das secretarias do ministério, pois a política de urgência e emergência considera em suas diretrizes, os grandes componentes, como: SAMU, Unidade de Pronto Atendimento, entre outros, como porta de entrada ao SUS.

A política da pessoa portadora de deficiência, por exemplo, está pautada a partir de diretrizes de regionalização (Brasil, 2017b), porém observa-se que ela não considera as especificidades que um deficiente possa apresentar como ser ribeirinho, ser quilombola ou mesmo indígena. Ressalta-se que a SESAI precisa junto às demais secretarias do MS, transversalizar esses indígenas em todas as políticas, pois existe indígena em todos os ciclos de vida e logo precisarão ser atendidos, devendo ser considerado todos os seus aspectos. Entende-se dessa forma, que um dos princípios da Política Nacional de Humanização, a transversalidade, “que é reconhecer que as diferentes práticas de saúde estão conectadas na produção do cuidado e podem conversar com a experiência daquele que é assistido”, encontra-se distante da realidade dos povos indígenas (Brasil, 2017c).

Aponta-se que a política não pode estar “descolada” da realidade em que vivem esses povos. Além disso:

As unidades de referência que ofertam tratamento especializado nas cidades também oferecem serviços de baixa qualidade, têm longas filas de espera para obtenção de tratamento e uma recusa sub-reptícia de tratar o doente indígena, o que dificulta a obtenção de consultas, internações e exames nesses estabelecimentos (Garnelo & Pontes, 2012, p. 31-32).

Considerações finais

Diante de tudo o que foi exposto, pressupõe-se a necessidade da sensibilização dos gestores quanto à urgência na qualificação dos profissionais da média e alta complexidade. Os povos indígenas desejam um atendimento que seja prestado por profissionais de saúde qualificados à atenção indígena, de forma a articular os conhecimentos científicos e culturais no desenvolvimento de ações/serviços de saúde.

Observou-se que está claro para a maioria das coordenações estaduais da RAS que, nos planos regionais, não ocorre a implementação das redes de forma equânime à inserção da saúde indígena na rede cegonha, na rede psicossocial, na rede da pessoa com deficiência e na rede de urgência/emergência. Fica nítido o desenvolvimento de algumas ações pontuais nos planos das RAS, mas sem uma implementação efetiva voltada para o que está proposto na política nacional de saúde indígena. Dessa forma, as necessidades reais do



indígena acabam não sendo contempladas, e a atenção prestada, sendo insuficiente para a garantia do acesso indígena.

Todavia, coordenadores estaduais e DSEI enfatizam que tentativas de aproximação vêm sendo alavancadas na rede cegonha e na rede psicossocial, junto ao DSEI GUATOC, no sentido de se apropriarem da leitura antropológica, que infelizmente, está muito aquém do conhecimento de como vive e quais as necessidades que esse indígena possui à luz do contexto étnico-cultural no qual está inserido.

Tornou-se perceptível a real necessidade de integração entre os gestores estaduais e os gestores do DSEI, quando ambos afirmam que os papéis de cada esfera colidem onde inicia o papel do outro e vice-versa. Mas, como pensar em redes de atenção sem a continuidade do cuidado a esse indígena, que, por exemplo, pode ser uma mulher grávida, em surto psicótico e com HIV? Nesse caso seria fundamental a atenção de diversas redes, e ao mesmo tempo, serem consideradas as crenças e costumes da mulher e seus familiares.

Então, se esses gestores não estão empoderados acerca dos direitos desse indígena, enquanto munícipe que está em um território com necessidades diferentes, como as equipes dos municípios e do Estado irão abordá-lo dentro de uma perspectiva de equidade? Não basta o indígena estar inserido apenas transversalmente nas políticas, mas é importante garantir, de fato, a equidade dessa atenção.

Vale ressaltar que o planejamento é algo mutável. Assim, a partir das articulações e informações que Estado e SESAI compartilham em fóruns, reuniões e monitoramentos, é possível replanejar os planos das RAS, inserindo ações e serviços efetivos, que considerem essas especificidades propostas ou compartilhadas com os atores que possuem a expertise acerca deste indígena.

Referências

Athias, RM. (2011). Os serviços de saúde e as populações indígenas. **Rev Coletiva**. Campinas, n. 3, sem paginação, jan/fev/mar. <http://coletiva.labjor.unicamp.br/index.php/artigo/os-servicos-de-saude-e-as-populacoes-indigenas/>.

Bardin, L. (2011). **Análise de conteúdo**. Edições 70, 229 p.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª edição. Ministério da Saúde, p. 5-37.

Brasil. (2015a) Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Caracterização do DSEI Guamá Tocantins**. DSEI GUATOC. Belém: Ministério da Saúde, 12p.

Brasil. (2015b). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. CONASS, p. 9-119.

Brasil. (2017a). Ministério da Saúde. **Saúde indígena: distritos sanitários especiais indígenas**. Ministério da Saúde. <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>.

Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. <https://www.saude.gov.br/artigos/808-pessoa-com-deficiencia/41183-politica-nacional-de-saude-da-pessoa-com-deficiencia>.

Brasil. (2017c). Ministério da Saúde. Portal do Governo Brasileiro. **Política Nacional de Humanização**. <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizaus/sobre-o-programa>.

Confalonieri, UEC. (1989). O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v.5, n.4.

De Negri, A. (2016). **Formação em ação do projeto de sistemas regionais**. [Palestra], Belém, HCOR.

Garnelo, L.; Pontes, LP. (2012). Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Projeto Trilhas de Conhecimentos - LACED/Museu Nacional. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. MEC-SECADI, n. 5, p. 9-295.

Hoefel, MGL; Severo, DO; Bermudez, XP; Hamann, EM; Carvalho, HS. (2015). PE-T-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43-63. <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1691>.

Oliveira, JWB; Aquino, JM; Monteiro, EMLM. (2012). Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n.3, p. 437- 44.

Teixeira, C. (2011). **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. 10p.

Vargas, KD; Misoczky, MC; Weiss, MCV; Costa, WGA. (2010). A (des)articulação entre os níveis de atenção à saúde dos Bororo no polo-base Rondonópolis do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá - MT. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1399-1418.



A supervisão acadêmica através do Projeto Mais Médicos para o Brasil em área indígena no Estado do Amazonas

05

*Bahiyyeh Ahmadpour
Jacqueline Nunes De Souza Fagundes Mendes
Vicente Mendes Da Silva Junior
Juliana Vieira Saraiva*

Introdução

O Programa Mais Médico (PMM) vem contribuindo no cenário da saúde brasileira desde sua implantação em 2013, prestando apoio e fortalecendo a Atenção Básica de Saúde (Schweickardt et al, 2017). Na saúde indígena, o PMM teve um impacto significativo para o processo de trabalho, bem como para a melhoria dos indicadores de saúde (Souza, 2014; Fontão, 2017).

Entre os objetivos do PMM estão: a ampliação e melhoria da infraestrutura da atenção básica; a formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) e o provimento emergencial de médicos. Para o alcance desses objetivos, o PMM foi estruturado em alguns eixos, sendo um deles a supervisão acadêmica dos médicos do programa através do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), propiciando melhorias das práticas de saúde no processo de trabalho de acordo com as necessidades encontradas em cada contexto (Brasil, 2013).

Objetivando a supervisão do PMM em áreas de difícil acesso tal como áreas remotas e indígenas, o MEC criou em 2015 o Grupo Especial de Supervisão (GES) vinculado a Universidade de Brasília composto por supervisores e tutores a fim de garantir a supervisão nestas áreas, nas quais havia desafios para a realização dessa atividade. Neste sentido, a supervisão em áreas indígenas contribui para o desenvolvimento dos saberes médicos relacionados ao contexto indíge-

na. A supervisão acadêmica no GES-AM é realizada por um supervisor que possui especialização em Medicina de Família e Comunidade ou em Saúde Indígena. Sendo assim, este supervisor estabelece um contato direto com o médico do PMM inserido na saúde indígena, consultando sobre suas necessidades no cenário em que o profissional se encontra, proporcionando mais qualidade nas ações e serviços de saúde.

Para compreender o processo da supervisão acadêmica em área indígena no estado do Amazonas, dividimos o capítulo em dois principais temas: Programa Mais Médicos na Saúde Indígena no Contexto Amazônico e a Supervisão Acadêmica em Áreas Remotas e Indígenas no Amazonas.

Metodologia

Este capítulo objetiva-se em descrever a supervisão do PMM na área indígena através do PMMB no estado do Amazonas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e retrospectiva, relacionado ao processo de trabalho da Supervisão Pedagógica do Programa Mais Médicos realizado pelo Projeto Mais Médicos para o Brasil no período de 2015 a 2018 com foco em áreas remotas e indígenas. Com isso, num primeiro momento, fora feito uma revisão da literatura já existente a fim de reunir dados sobre a política indigenista e saúde pública no Brasil para a contextualização histórica e cronológica para que posteriormente fossem abordados o PMM e o PMMB com foco em áreas remotas e indígenas no Amazonas.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CAAE: 13497919.9.0000.5020). Foi realizado um levantamento dos dados secundários através do Web portfólio da UNASUS a respeito dos relatórios dos supervisores do PMMB, na qual foram analisados os micro dados dos “Relatórios de Primeiras Impressões”, “Relatórios de Primeiras Visitas de Supervisão”, “Relatórios de Supervisão Prática in loco”, e os “Relatórios de Encontro de Supervisão Locorregional” conforme estabelecidos na carta de anuência aprovada pelo Ministério da Educação.

Já os dados primários, objetivaram aprofundar sobre a supervisão e suas vivências por meio de entrevistas, através de um questionário semiestruturado, com os atores envolvidos no processo de supervisão e tutoria acadêmica no Amazonas que desempenharam atividades de supervisão em áreas remotas e indígenas entre os anos de 2015 a 2018. Assim foi realizada a análise de discurso de Bardin (2011), categorizando as principais categorias e subcategorias da temática proposta. Acerca da análise do discurso a autora afirma que “várias chaves podem servir para ouvir a música de múltiplas vozes que brota de seres humanos que comunicam” (Bardin, 2011).



Programa Mais Médicos na Saúde Indígena no Contexto Amazônico

O estado do Amazonas se encontra na região Norte da Federação, recoberto pela maior floresta tropical do mundo. O Amazonas possui uma área territorial de aproximadamente 1,5 milhões de Km², equivalente a soma da extensão da França, Suécia, Grécia e Espanha. Porém, apesar da sua vasta extensão territorial, o estado é o 15o estado mais populoso das 26 unidades federativas do país, contendo, de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 3.483.98 milhões de pessoas. O estado contém 62 municípios, sendo a capital Manaus o município com a maior densidade demográfica do Amazonas, representando mais de 50% da população total (IBGE, 2010).

Mesmo com sua extensão territorial, as malhas ferroviárias do Amazonas são precárias, contando com apenas 793 km de estradas federais, dependendo em sua maioria de transportes por via aérea e fluvial, dificultando assim a acessibilidade (Brasil, 2018). Tal desafio implica na organização e oferta de serviços de saúde e na dinâmica de regionalização do estado (Garnelo, 2017).

Neste contexto, o Amazonas possui diversidades ambientais e sociais, além de uma pluralidade étnica, sendo o estado com a maior quantidade de indígenas autodeclarados do país (IBGE, 2012). Tal fato implica a necessidade de compreender as diversas realidades, buscando - de acordo com as carências de cada local - o aprimoramento dos serviços de saúde.

No Brasil, os indígenas representam um contingente de 896,9 mil indivíduos, subdivididos em 305 etnias e 274 idiomas espalhados pelo país. A quantidade de terras indígenas na federação representa o equivalente a 12,5% do território brasileiro (106.7 milhões de hectares). Sendo que 98% desse território está localizado na Amazônia legal, abrangendo um total de 23% de toda a sua área (ISA, 2015), residindo aproximadamente 60% do total de indígenas em seu território. Sendo assim, a região norte lidera o quantitativo de indígenas, possuindo um contingente de 38,2% da população indígena do Brasil, com 342,836 mil indígenas (IBGE, 2010).

Historicamente, os primeiros cuidados de saúde e assistência indígena partiram das missões religiosas ainda no período colonial, por meio de práticas de filantropismo associados à catequização, cristianização e mudanças dos hábitos de vida das populações indígenas. No entanto, a partir do ano de 1910, já no período republicano, houve a atribuição estatal através do decreto de nº 8.072 de 20 de junho de 1910. Esse decreto criou o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), responsabilizando o governo pela saúde indígena e originando o Estatuto do

Índio, que além de serem incluídos na saúde pública também obtiveram direitos, como por exemplo, o regime geral de previdência (Brasil, 2015).

Posteriormente, por meio da Lei 5.371, de 5 de dezembro de 1967, tem-se a implantação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Tanto o SPI quanto a FUNAI foram criados com a prerrogativa de prover assistência aos povos indígenas nas mais diversas áreas: preservação cultural, políticas públicas, direitos e educação. É importante destacar que essas prerrogativas não obtiveram êxito, pois foram concebidas no ideal de implantação de políticas públicas transitórias, já que a ideia era absorver esses povos e torná-los homogêneos aos demais segmentos da sociedade. Isso fez com que a prática de tutela fosse amplamente popularizada, retirando o protagonismo dos povos indígenas nas decisões e políticas que lhes diziam respeito (Garnelo, 2017).

No âmbito da saúde, houve a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), realizada em 1986, tendo como foco a formulação de diretrizes voltadas à saúde (Confalonieri, 1989). Esse evento resultou em propostas que foram contempladas e inseridas na Constituição de 1988, contribuindo para o reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, suas políticas sociais e especificidades culturais, bem como sua preservação étnica, moral, jurídica e linguística.

Dois anos após a inclusão de significativas propostas inseridas na constituição, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Lei n. 8.080 e 8.142 de 1990, trazendo princípios como a equidade, integralidade e universalidade para todos os usuários. Em 2006 foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tornando a AB a principal porta de entrada dos usuários, tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização dos serviços, seguindo os critérios do SUS (Brasil, 2012).

Em 1999 foi implantado o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS (SASI-SUS) através da Lei Arouca nº 9.836, com a perspectiva de garantir a saúde para os povos indígenas, respeitando as estruturas geográficas, culturais e sociais (Brasil, 2009). Posteriormente, surge a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002, que visa:

[...] garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, [...] de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. [...] (Brasil, 2002).

Assim, é preconizado um modelo de atenção à saúde que respeita as es-



pecificidades indígenas, e que, portanto, necessita de uma atenção diferenciada.

A organização do serviço de saúde indígena dá-se através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), no nível da Atenção Básica (AB), realizando o cuidado às populações aldeadas de acordo com as necessidades sanitárias da população. Nesse sentido, os DSEIs organizam ações de prevenção de doenças, além de cuidados em saúde específicos a determinados grupos populacionais, como puérperas e lactantes; realizando monitoramento de condições de alimentação e nutrição; bem como atividades de educação em saúde e remoções de emergência para outros níveis de atenção. A distribuição dos DSEIs obedeceu às características culturais e à distribuição de terras, totalizando 34 Distritos Sanitários em território nacional, sendo 7 DSEIs no estado do Amazonas (Brasil, 2019).

Com o objetivo de firmar ainda mais o compromisso com a saúde indígena no país, em 2010 foi oficializada a Secretaria Especial de Saúde indígena (SESAI), por meio do decreto nº 7.336/2010, que subordina diretamente a saúde indígena ao Ministério da Saúde (MS) para coordenar e executar a gestão da saúde indígena. A SESAI tem como função planejar a promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, a fim de discutir diretamente sobre este tema, bem como de orientar as políticas de atenção integral e educação em saúde levando em consideração todos os aspectos culturais e epidemiológicos de cada distrito (Brasil, 2010).

Os DSEIs contam com uma rede de serviços peculiar que funciona de forma hierarquizada. O itinerário do usuário indígena na rede de saúde dá-se pelo seguinte percurso: 1) Posto de Saúde, presente em algumas aldeias onde há a atuação do Agente Indígena de Saúde (AIS); 2) Polo Base, que possui Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) composta essencialmente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, AIS, Odontólogo e agente ou auxiliar de saúde bucal; 3) Casas de Saúde Indígena (CASAI), as quais possuem a responsabilidade de prestar apoio ao paciente indígena em trânsito que necessite realizar exames, procedimentos, consultas médicas ou tratamento; 4) Unidade de Referência, que é caracterizada por ser uma unidade especializada. Vale destacar que a busca pela medicina tradicional está entre as principais vias de acesso no tratamento da saúde da população indígena (Brasil, 2017).

Neste cenário, desafios na saúde indígena têm sido registrados por diversos estudos (Campos; Machado; Girardi, 2009; Gondim, 2018; Diehl; Pellegrini, 2014), tal como o foco do planejamento de saúde direcionado aos centros urbanos citados por Garnelo (2012), cuja dinâmica de interação do território e seus habitantes é totalmente diferente da realidade das áreas rurais e dos territórios indígenas. Além disso, observa-se no estudo de Pontes (2012), uma má articula-

ção entre a rede de saúde, pois muitos problemas de saúde que poderiam ser resolvidos na AB são encaminhados desnecessariamente para outros níveis de complexidade. Outro desafio na saúde indígena está relacionado à falta de capacitação dos profissionais para lidarem com as diferentes culturas, com as barreiras de comunicação e com o alto índice de mortalidade comparado a outros grupos populacionais (Pontes, 2012; Mota; Nunes, 2018).

Quando se analisa os desafios na AB na saúde indígena na região amazônica estão presentes dificuldades relacionadas à magnitude territorial e cultural da região que acabam por dificultar o acesso e o deslocamento de recursos humanos a determinados locais; cobertura assistencial deficiente nos DSEIs; infraestrutura precária das Unidades de Atenção à Saúde Indígena; alta rotatividade dos profissionais, especialmente médicos e enfermeiros; dificuldades na formação das equipes para atuação em contexto intercultural e realização de atendimentos pautados pela integralidade e cuidado centrado na pessoa; desafios na incorporação das práticas tradicionais indígenas aos atendimentos em saúde; falta de insumos e materiais nas unidades de saúde; dificuldades de comunicação com os gestores municipais e articulação precária com os demais níveis de atenção (Mendes et al.2018; Silva et al. 2016).

Na saúde indígena os profissionais do PMM devem cumprir a carga horária semanal de 40h, porém devido à logística de atuação em território indígena a dinâmica de trabalho é diferenciada (Brasil, 2017). Em sua maioria os médicos da saúde indígena permanecem em área por 15 dias, se dividindo entre atividades assistenciais e de Educação Permanente em Saúde, como é o caso de muitas equipes do DSEI-Manaus.

Outro desafio que o SUS enfrenta desde sua implantação é a falta de profissionais médicos, principalmente, em áreas mais vulneráveis (Oliveira et al, 2017; Stralen et al, 2017; Brasil, 2012). Tal problemática amplia-se nas aldeias indígenas, observando a alta rotatividade de profissionais médicos e a escassez deste profissional (Garnelo, 2010; Schweickardt et al, 2016). Nesse sentido, o Governo Federal criou em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), através da publicação da Medida Provisória nº 621 regulamentada pela Lei no 12.871, tendo como objetivo diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias do SUS, a fim de reduzir as desigualdades de assistência à saúde nesses locais, além de formar profissionais em nível de graduação e residência e investir na infraestrutura expandindo a rede de saúde (Brasil, 2013).

Com o propósito de atender o objetivo do PMM, o programa foi estruturado em três eixos: a) a melhoria da infraestrutura das unidades; b) educação dos médicos voltada para o SUS e para a AB; e c) provimento emergencial, por meio



de editais nacionais e internacionais, que chegou a recrutar e alocar mais de 18 mil médicos em 73% dos municípios do país, além dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) (Brasil, 2013).

A maioria dos médicos que ingressou no PMM na saúde indígena eram profissionais intercambistas cooperados, decorrente da cooperação entre os Ministérios da Saúde do Brasil e de Cuba através de um termo estabelecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A inserção dos médicos cubanos no PMM possibilitou “o desenvolvimento de ações integrais, humanizadas, de qualidade, e ricas experiências, além de garantir a universalidade do cuidado à saúde, a construção do vínculo entre o médico, o indivíduo e a coletividade” (Gondim, 2018). Além disso, os profissionais cubanos foram responsáveis pela maior parte da cobertura em áreas indígenas e remotas quando comparados aos médicos brasileiros, o que pode ser associado ao fato deles terem maior aproximação com a APS. Porém esta cooperação foi encerrada no final de novembro de 2018, entrando novos médicos por meio de editais lançados pelo Ministério da Saúde.

Estudo realizado por Santos et al. (2017) evidencia o impacto do PMMB na saúde da população brasileira, apresentando o aumento da cobertura, redução das condições sensíveis à atenção básica e melhorias dos indicadores de saúde após a inserção do PMM.

A Supervisão Acadêmica em Áreas Remotas e Indígenas no Amazonas

Para a qualificação da atuação dos profissionais médicos do PMM, foram propostas ao programa atividades de integração ensino-serviço nas quais são compostas por dois ciclos de formação: o eixo educacional de “Especialização e Supervisão Acadêmica” e o eixo de “Aperfeiçoamento e Extensão”. Além disso, há o Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv) que é ofertado aos médicos formados no exterior. A supervisão acadêmica é um processo contínuo, realizado durante todo o período de permanência do profissional em campo, seja de forma presencial ou à distância, com periodicidade mensal na qual será descrito a seguir (Aguiar, 2019).

Neste sentido, foi vinculado ao PMM o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), o qual está atrelado ao Ministério da Educação (MEC) desde o ano de 2013 (Lei nº 12.871), sendo responsável pela supervisão acadêmica desses profissionais no seu contexto de atuação. O PMMB tem como seu principal objetivo o aperfeiçoamento da Atenção Básica por meio de gerenciamento e promoção de ações a fim de fortalecer o SUS (Almeida et al, 2017). Para isso, a supervisão acadêmica conta com um supervisor do PMMB, com um tutor e com apoiadores

institucionais do MEC, os quais orientam e promovem ações de educação-permanente ao médico do PMM (Franco et al, 2019).

Por ser um dos pilares do PMM, a Supervisão Acadêmica realiza seu trabalho através de visitas presenciais ou à distância com os médicos do programa. Tem-se assim, conforme relatado em entrevista:

[...] a supervisão pedagógica in loco é essa em que nós nos deslocamos até a área indígena ou município; a longitudinal é feita em mês alternado: um mês é in loco, no mês seguinte é longitudinal e aí é recomendado se realizar a cada 3 ou 4 meses uma in loco regional, [...] na qual se escolhe um município que seja mais central para se fazer uma supervisão com vários médicos e supervisores. A in loco regional tem um planejamento que é feito pelos tutores e supervisores (possui uma temática), há uma articulação com os gestores para liberarem os médicos para a in loco regional, fazendo-se um encontro com os tutores, supervisores e médicos supervisionados [...] (Supervisor 01).

Ademais, o médico que adentra o PMM recebe, inicialmente, acolhimento por parte da gestão do município, que é realizado de forma independente à supervisão acadêmica do programa e um módulo de acolhimento geral, que acontece em Brasília. Quando se trata de médicos que irão atuar em DSEI, também é realizado um acolhimento na sede do DSEI onde o médico atuará. Esse acolhimento é caracterizado por ser:

[...] um dia que a SESAI vai e dá uma palestra específica explicando o que é a SESAI, mas toda essa abordagem intercultural, a preparação para etnia que vai ser trabalhada, algumas tecnologias que vão ser utilizadas na saúde indígena, como funciona o pré-natal, deslocamento e tudo isso é informado no próprio DSEI, no caso o DSEI faz o seu acolhimento e a sua formação em saúde indígena do médico [...] (Supervisor 02).

Nesse contexto, além dos módulos de acolhimento e capacitação realizados presencialmente e à distância pelo médico atuante, o supervisor participa como “catalisador”, para que possa assim, garantir um aperfeiçoamento adequado e um incentivo à fixação do médico no local de atuação. Portanto, ao introduzir o supervisor em campo, o PMMB gera e garante uma capacitação adequada a todos os médicos, independentemente de sua localização geográfica e acessibilidade (Aguiar et al, 2019).

A partir dessa perspectiva, a inserção da supervisão no Amazonas dá-se em um contexto de complexidades logísticas da Região Norte, dificultada pela acessibilidade e estadia destes profissionais no acompanhamento periódico dos médicos em comparação a outras realidades do país (Aguiar et al. 2019). Com isso, foram necessárias adaptações no modelo de supervisão pedagógica dos médicos



alocados no Amazonas, já que as particularidades da região implicaram no desenvolvimento de ações de saúde capazes de se desenvolverem em território dinâmico por equipes multidisciplinares e atores conscientes da realidade da região.

Todos os médicos alocados no Estado do Amazonas eram supervisionados pela Instituição Supervisora (IS) da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM), porém esse modelo de supervisão não era capaz de cobrir todo o território amazonense. Foi então que, a partir da oficialização por meio da portaria 28/2015, o Grupo Especial de Supervisão (GES) surge como uma estratégia de gestão criado pelo Ministério da Educação para realizar a supervisão acadêmica na Região Norte, principalmente nas áreas remotas e indígenas (Brasil, 2015). Apesar de ter sido regulamentado em 2015, a primeira visita do Grupo Especial foi realizada em dezembro de 2014.

O GES foi introduzido ao PMMB como uma supervisão mais bem integrada e amparada pelo Estado, que no primeiro momento atuaria em conjunto com a Instituição Supervisora da SUSAM na supervisão de áreas indígenas, tendo como um dos seus principais pilares o apoio das forças armadas. Sendo dividido em dois segmentos operacionais, as forças armadas possuem seus valores que norteiam o “braço forte” que é responsável por desenvolver ações de proteção à soberania nacional e à manutenção da ordem, sendo a “mão amiga” que desenvolve missões de paz e ações de saúde à população (Castro, 2018).

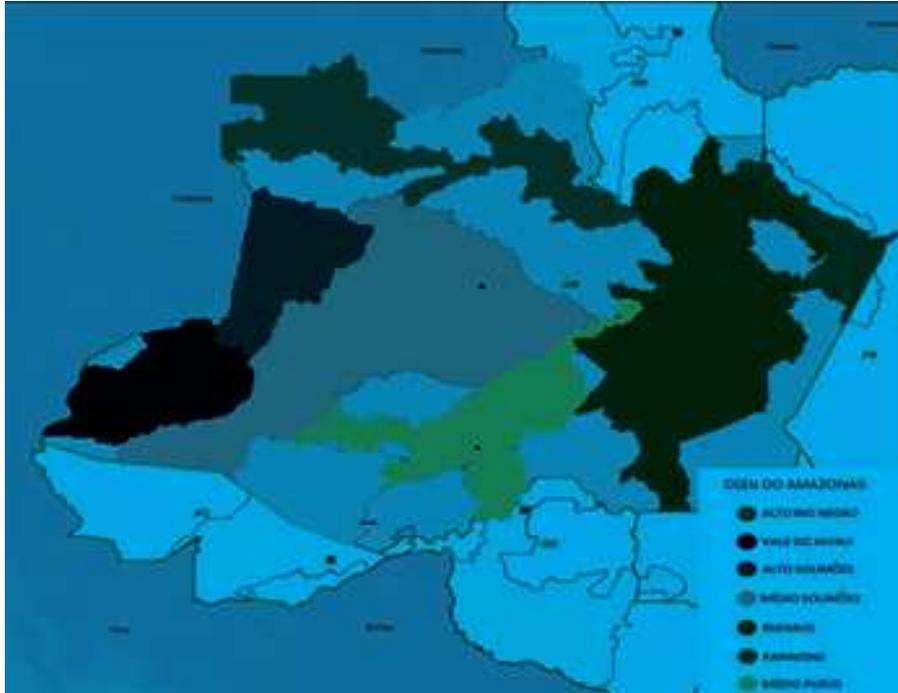
As Forças Armadas têm contribuído de forma significativa para os deslocamentos dos supervisores à área de supervisão. O tutor ressalta a relevância das Forças Armadas na articulação das aeronaves que transportam os supervisores, de modo a certificar a qualidade e a procedência das aeronaves fretadas, sendo um intermediador deste processo:

“[...] de modo que hoje a gente não tem nenhum receio em relação à garantia, segurança e qualidade das aeronaves que a gente tem utilizado; além do mais, sempre vai uma equipe militar junto com os supervisores, isso garante a segurança [...]”.

Esse acompanhamento militar ocorre devido ao fato de as supervisões serem realizadas em certas áreas de alto risco, como por exemplo, em locais de tráfico e garimpo ilegal. Com isso, através do seu segmento operacional, as Forças Armadas auxiliam no transporte dos profissionais, partindo de Manaus para cada cidade ou área indígena de atuação.

O Amazonas possui atualmente 32 supervisores do GES, dos quais 12 estão distribuídos entre os 07 DSEIs do estado, segundo os dados de planejamento da supervisão in loco do GES no mês de outubro de 2019.

Figura 01: Mapa dos DSEIs-AM que atuam os médicos do PMM e supervisores do PMMB em área indígena no período de 2015 a 2018 no estado do Amazonas.



Fonte: PMMB, 2018.

Mesmo que a área de atuação seja dentro do estado do Amazonas, alguns municípios, que possuem grandes distâncias na região, podem ser supervisionados por outro GES, como foi relatado por um dos tutores do GES AM: “[...] Alguns municípios passamos para o GES Acre por questão de logística, como Guajará e Ipixuna [...]”. Facilitando assim a atuação dos GES de cada estado para melhoria da supervisão nas localidades.

Para a seleção de supervisores do GES Amazonas é realizado um processo com critérios para composição de sua equipe, no qual o tutor menciona que:

[...] priorizamos quem era do Amazonas [...], com isso, tem-se um quantitativo maior de profissionais que conhecem mais o cenário do seu estado, [...] primeiramente a gente prioriza os médicos de saúde da família e comunidade, [...] a outra coisa que a gente prioriza é que eles tenham experiência na docência, então todos os nossos supervisores ou são ou já foram

preceptores de graduação ou de residência; isso facilita muito na prática pra gente discutir a qualidade da supervisão [...] (Tutor 01).

Como abordado inicialmente, o supervisor possui o atributo de acompanhar o médico durante suas atividades em campo, ou seja, tem um papel fundamental em verificar como está o desempenho profissional desse médico, constatando as dificuldades desse profissional para poder ajudá-lo e desenvolvendo ações de educação permanente. Isso tem contribuído para que a GES produza a matriz de competências e habilidades, cuja finalidade é compor um escopo de habilidades básicas que o supervisor deve desenvolver.

Já o tutor tem um papel importante para o desenvolvimento do processo de trabalho do supervisor, principalmente no que tange "[...] o acompanhamento dos supervisores, fazendo todo o planejamento de supervisão durante o ano, tentando homogeneizar essa supervisão" (Tutor 01). Além disso, o tutor é "responsável por receber as atividades realizadas durante a supervisão, principalmente, eventuais ocorrências e situações problemáticas [...]" (Supervisor 01). Sendo assim, o tutor desempenha a função de acompanhar a supervisão, certificando que o trabalho será realizado conforme o planejado. Portanto, para a melhor otimização do trabalho a ser realizado, o GES Amazonas, segundo o tutor 01, se divide "em média de 6 a 7 médicos para cada supervisor [...] e em média de 12 supervisores para cada tutor [...]" (Tutor 01).

As modalidades de supervisão pedagógica são regulamentadas por meio da Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015, pautando a prerrogativa de que o "[...] Encontro de Educação Permanente para qualificação da Supervisão Acadêmica é um espaço de gestão acadêmica para tratar do acompanhamento aos médicos participantes e suas necessidades de formação" (Portaria nº 585, 2015). Em seu § 1º, a Supervisão Acadêmica é apresentada como "[...] um dos eixos educacionais do Projeto Mais Médicos para o Brasil, responsável pelo fortalecimento da política de educação permanente, por meio da integração ensino-serviço no componente assistencial da formação dos médicos participantes do Projeto [...]". Realizam-se assim as supervisões por meio dos encontros longitudinais (à distância), encontros in loco (presencial, na localidade em que o médico do PMM trabalha) e encontros loco-regionais, que envolvem a presença de tutores, médicos e supervisores (Portaria nº 585, 2015).

A primeira vez que o supervisor se encontra com o médico é durante a Primeira Visita de Supervisão. Segundo o supervisor entrevistado:

[...] é uma visita estritamente técnica, [...] é uma visita basicamente para verificar as condições da unidade e as condições de trabalho [...]. Além disso, o supervisor deve traçar um perfil desse médico para que ajude a

formular a matriz de competências e habilidades [...] (Supervisor 01).

No primeiro momento, este método pode ser feito diretamente com o médico ou como em alguns casos pode ser realizado um briefing previamente com o gestor DSEI.

[...] Eu chego no DSEI e falo com o gestor para entender se estava tendo problemas administrativos, saber se o médico fez isso ou aquilo, foco nesse sentido, e também perguntar ao gestor qual o foco que ele tem naquele momento [...] (Supervisor 02).

Com isso, já consegue se observar se o médico atuante da ponta está ciente das demandas da gestão e se está obtendo uma boa relação com o DSEI; esta relação é vital, tanto para a boa relação médico-supervisor como para a manutenção da saúde no polo-base, bem como para adquirir medicamentos, equipamentos e a garantia da qualidade do atendimento ao indígena.

Com estes métodos o supervisor elabora uma lista de assuntos a serem ofertados educacionalmente, conforme necessário no seu processo de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EPS, segundo o Ministério da Saúde (MS), "traz como marco conceitual uma concepção de trabalho no SUS como aprendizagem cotidiana e comprometida com os coletivos" (Brasil, 2014). O trabalho é reconhecido como fonte de conhecimento e de aprendizagem, sendo essencial para a realização de ações educativas e integrativas ao trabalho, de maneira inter e multiprofissional (Montanha; Peduzzi, 2010). Dessa forma, constitui uma estratégia importante para a qualificação dos profissionais de saúde, levando em consideração suas especificidades e gerando compromissos entre os diversos agentes atuantes no SUS (Ceccim, 2005).

Ao analisar os relatórios das primeiras visitas de supervisão, observa-se uma variedade de temas propostos pelos médicos para a EPS conforme suas necessidades em campo. As temáticas são variadas e incluem: assuntos de clínica médica; conhecimentos a respeito do SUS; temas de dermatologia; medicina tropical e habilidades de comunicação.

Quando questionados sobre as temáticas que consideram relevantes para serem abordadas nas supervisões pedagógicas, 92% dos supervisionados responderam ser importante a realização de capacitações sobre acolhimento e processo de trabalho. Além disso, constatou-se que 88% e 85%, respectivamente, pediram que fosse abordado temas relativos à saúde mental e saúde da mulher; 84% solicitaram a inclusão de rede de atenção à saúde e atenção básica de saúde e métodos de gestão da clínica individual e familiar. Outras demandas



bastante expressivas foram doenças infecto parasitárias e saúde da criança para 80% dos médicos; lesões cutâneas em 78% dos casos; saúde do idoso com 74% e promoção de saúde na atenção básica para 72% dos médicos supervisionados em áreas indígenas.

Os dados demonstrados acima são referentes aos relatórios de supervisão do GES durante o período de 2015 a 2018, refletindo a realidade de todos os médicos supervisionados nas áreas indígenas e remotas do estado do Amazonas. Percebe-se que os médicos do programa demonstram interesse de discutir temas relacionados ao contexto do seu cenário, demonstrando assim a relevância e a necessidade do supervisor para com o profissional residente da área indígena. Assim, o supervisor escreve em seu relatório suas considerações para uma discussão em reuniões do GES.

Com relação à supervisão periódica *in loco*, as reuniões acontecem ao longo da semana entre os entes que compõem a supervisão pedagógica do PMM:

[...] geralmente nós chegamos (em Manaus) no domingo ou segunda pela manhã, na segunda tem reunião entre supervisores, tutores, representantes e apoiadores do MEC; na terça pela manhã nos dirigimos aos municípios de supervisão; temos a quarta inteira pra fazer a supervisão e voltamos na quinta; na sexta pela manhã temos uma reunião em Manaus para repasse das atividades realizadas durante a supervisão [Supervisor 01].

A supervisão *in loco* tem a finalidade de acompanhar esse médico dentro do território que ele atende, priorizando que o supervisor acompanhe o médico dentro da unidade, conversando com os demais membros da equipe, com os usuários e com o gestor da unidade, a fim de conhecer as dificuldades e os pontos a serem intermediados.

Durante essa visita são trabalhados os temas da EPS que foram elencados durante a visita anterior, ou seja, o supervisor já vai preparado para trabalhar determinadas temáticas, dentre as quais se destacam: saúde da mulher; saúde da criança; doenças infectocontagiosas; diabetes; hipertensão arterial sistêmica (HAS); saúde indígena e princípios da atenção básica. As ações são realizadas através de rodas de conversa com os profissionais, de discussão e revisão de casos, exposição dialogada, realização de interconsulta na unidade de saúde, treinamentos de habilidades e reuniões. O supervisor também é responsável por sondar se há temáticas a serem incluídas ou excluídas, de modo que, com base nessa supervisão, aprimoram-se as atividades de EPS, inserindo assim as temáticas mais deficientes e que necessitam de um olhar mais apurado por parte do supervisor.

Dessa maneira, ao finalizar sua visita, o supervisor possui um leque de in-

formações sobre as condições de trabalho daquele médico e da equipe, e tem a propriedade para conduzir assim a sua supervisão a fim de possibilitar as intervenções necessárias. Assim, permite que haja uma articulação juntamente aos tutores para planejar as ações da próxima visita. Neste sentido, o supervisor pode, de maneira isolada, dinamizar as formas na supervisão, conforme achar necessário e benéfico para otimizar o serviço, podendo num primeiro momento, dependendo da sua área de atuação, dialogar e entender quais são as necessidades daquele momento com o gestor, com isso:

[...] num segundo momento, a gente fazia uma reunião geral com todos os médicos no DSEI, aí abordava assuntos coletivos que obtive da gestão, sobre procedimentos gerais no que tange a educação em saúde. Durante a supervisão realizada pela SUSAM a gente não ia sempre nos polos visitar o médico na aldeia, a gente tinha uma supervisão mista durante a SUSAM, se eu tinha, sei lá 7 ou 8 médicos, eu visitava 2 médicos na aldeia e os outros 5 médicos na cidade em forma de reunião, como uma loco regional [...] (Supervisor 02).

Percebe-se, que as ações da EPS são construídas a cada visita, não se tratando, portanto, de um modelo engessado que elenca uma grade de assuntos e o segue por completo. Na supervisão, o profissional médico tem autonomia para expressar suas dificuldades e participar como sujeito ativo de seu processo de aprendizagem.

Importante destacar que essas metodologias utilizadas são “[...] os instrumentos do teste de aprendizagem. Algumas metodologias são sugeridas dentro dos relatórios, mas também perguntamos qual a preferência do médico: assistir vídeo, fazer uma simulação, acompanhar uma consulta ou até mesmo em formato de aula [...]” (Supervisor 03). Percebe-se assim, a natureza dinâmica do processo de EPS realizado dentro do PMM, já que são levadas em consideração as necessidades dos médicos e o contexto no qual ele está inserido.

Com todas essas informações, o supervisor desenvolve junto aos seus pares, ações para melhorar a supervisão pedagógica para a realização da EPS. Uma das ações decorrentes desse processo é criação dos Grupos de Trabalho (GTs). A criação dos grupos de trabalho vem ao encontro da necessidade de suprir e aprimorar as práticas de EPS, principalmente nos assuntos relativos à prática clínica, proporcionando um aporte teórico a esses médicos.

Conforme relato em entrevista:

[...] o GES Amazonas tem trabalhado dessa forma (GTs), pois avaliamos muitos temas que necessitavam de atenção, então tinha a questão de aprofundar assuntos clínicos com os médicos da ponta; necessidade de discutir as habilida-



des (de comunicação, por exemplo) dos supervisores e médicos; princípios de supervisão. Então no ano passado (2018) surgiu a necessidade de criar os GTs, aí ficou um grupo responsável por discutir as Linhas Essenciais de Cuidado (LECs) que, na verdade, foram uma forma de subsidiar os médicos da ponta [...] Hoje temos um GT para discussão dos temas principais de Atenção Primária e um GT de Saúde Indígena que está discutindo qual a melhor forma de supervisionar os médicos que trabalham em áreas indígenas [...] (Tutor 01).

Tais GTs são discutidos entre tutores, supervisores e apoiadores do MEC, quando, geralmente:

[...] são realizadas discussões formativas para o supervisor. A gente distribuiu o grupo em GTs, cada GT tem uma temática e deve entregar um material na sexta-feira. Por exemplo, temos um GT de ferramentas de supervisão, então esse grupo ficou responsável por trazer para o grupo algumas ferramentas que podem ser utilizadas pelo supervisor (ferramentas pedagógicas), a gente discute isso na segunda. Cada GT traz materiais sobre a sua temática. Como nós não temos uma formação específica para trabalhar como supervisores, nós temos essas ferramentas educativas [...] (Supervisor 01).

A implantação de práticas pedagógicas que visem suprir as necessidades dos atores envolvidos na supervisão torna-se importante para se expandir as relações sociais, permitindo a pluralidade de informações e reflexões direcionadas para a construção da melhoria do trabalho executado, garantindo benefícios a todos os tipos de supervisão.

Outra modalidade de supervisão é através da supervisão longitudinal que é realizada à distância, seja por telefone, e-mail ou outras mídias sociais. Trata-se, portanto, de uma visita que não envolve a presença do supervisor em campo, necessitando assim de um bom entrosamento e diálogo entre o supervisor e o profissional médico.

O supervisor busca fazer a escuta das intercorrências acontecidas desde a última supervisão, como: problemas de comunicação com a gestão municipal; problemáticas com o restante da equipe e situações que envolvam o dia a dia do profissional. Do ponto de vista da EPS, o supervisor aborda temáticas específicas, definidas conforme as necessidades de cada profissional, ou seja, temas que realmente necessitam ser discutidos naquele momento.

Conforme observado nos relatórios de supervisão, percebeu-se o predomínio de temas relacionados à política indigenista, PNAB, assistência farmacêutica, práticas de aperfeiçoamento de condutas clínicas e diagnósticas, processo de trabalho em equipe, humanização em saúde, acolhimento, processos

de trabalho em saúde, articulação com o NASF, habilidades de comunicação, protocolos de conduta clínica e diagnóstica e classificação de risco. Já nas entrevistas, foi relatado, com predominância, temáticas específicas da saúde indígena, conforme demonstrado na fala a seguir: “[...] temos os temas básicos que tangem a saúde indígena desde a organização, a epidemiologia e a história, também possuímos temas da atenção básica de saúde, que é medicina de família e comunidade [...]” (Supervisor 03).

Percebe-se que os assuntos abordados nessas supervisões compreendem um leque amplo de conteúdo que envolve tanto conhecimentos clínicos de funcionamento do SUS e da Atenção Básica como técnicas de comunicação para atendimentos e trabalho em equipe. Isso demonstra a complexidade que o atendimento na Atenção Básica requer, exigindo dos profissionais de saúde um vasto conhecimento técnico e de comunicação interpessoal.

Na supervisão longitudinal, o entrevistado relatou ainda algumas dificuldades de comunicação já que “[...] algumas regiões têm dificuldade de acesso à internet, principalmente quando os médicos estão em áreas indígenas; e algumas regiões têm inclusive dificuldade de cobertura de telefonia (celular) [...]” (Supervisor 01). Porém, como a supervisão pode ser feita em um período de tempo relativamente longo, que vai do começo do mês até mais ou menos o dia 20, se consegue realizar o trabalho apesar dos empecilhos.

É interessante destacar que, além das barreiras físicas, também foi relatada a dificuldade para a realização da supervisão longitudinal por conta da falta de contato presencial, ou seja, da interação física. O supervisor entrevistado contou sua experiência relativa a essa questão:

[...] para mim a maior dificuldade é executar a supervisão longitudinal (à distância) pela dificuldade de comunicação, mas também por uma dificuldade individual de fazer esse processo pedagógico à distância sem ter o contato presencial, individual. Fazer essa supervisão via internet ou via telefone é uma dificuldade minha, e, também, há dificuldades com a gestão, a relação do profissional com a gestão [...] (Supervisor 01).

O acompanhamento e discussão de casos mais complexos encontrados na prática do processo de trabalho do médico do programa são analisados em reuniões mensais da Coordenação da Comissão do Estado (CCE) do Programa Mais Médicos do estado do Amazonas com representantes do MEC e MS.

As práticas de supervisão pedagógica contribuem muito para o médico que está in loco, pois na grande maioria das vezes ele está em áreas isoladas ou remotas que não possuem acesso adequado e suficiente às metodologias de



ensino-aprendizagem e nem tão pouco uma rede de apoio que esteja alocada presencialmente. Sendo assim, contribuem para que o médico na saúde indígena não se sinta sozinho e desamparado, principalmente pelo fato de:

[...] além de estarem in loco há poucos meses, também são recém-formados, têm pouco tempo de experiência profissional, formaram em outro contexto. Então acho que por ter mais tempo de experiência, acesso a materiais para compartilhar com eles, acho que é a maior contribuição, ter alguém acessível para discutir um caso mais difícil e que tenha mais acesso a materiais e ferramentas (Supervisora 04).

Por fim, destacamos que a supervisão não é composta por uma única forma de supervisão, há o acompanhamento de forma contínua com o médico, ajustando os mecanismos pedagógicos utilizados no processo de EPS. Além disso, durante as entrevistas, ficou nítida a importância da supervisão pedagógica para a integração de ensino e prática:

[...] Nosso trabalho age no sentido de ser um apoio para os médicos do programa, lógico que quem contribui efetivamente são os médicos, mas se não ocorresse essa atualização e discussão o trabalho do médico não seria tão eficiente, pois não haveria a discussão dos principais problemas ou a adaptação para a cultura deles [...] (Supervisor 03).

Conclusão

O PMM aumentou a cobertura assistencial na saúde indígena nos 34 DSEIs, além de proporcionar o acesso aos serviços de saúde através do provimento emergencial, destacando a atuação de médicos estrangeiros, principalmente os cubanos, que foram responsáveis por preencher a grande maioria das vagas, em especial as áreas de acesso mais difícil.

Desde então, o PMM vem contribuindo para a melhoria das condições de saúde dessas populações, e a supervisão acadêmica que se dá através do PMMB, soma-se para a manutenção do programa, sendo essencial para a qualidade da saúde da população assistida. Dessa forma, através de parcerias interministeriais, a supervisão acadêmica tem conseguido chegar aos profissionais médicos do programa com agilidade para gerenciar formas de otimizar e melhorar as habilidades clínicas dos médicos atuantes através da educação permanente.

A EPS é uma importante ferramenta para a contribuição para a ressignificação da prática profissional realizada pela supervisão acadêmica. Os supervisores que atuam em áreas remotas e indígenas exercem suas funções de forma diferenciada, levando em consideração a necessidade do profissional e do cenário do estado. Tais supervisores têm exercido uma supervisão sensível aos desafios encontrados pelos médicos do programa, de forma integrada e contemplando

os princípios da AB e do SIASI-SUS.

As temáticas tratadas na EPS, como foram demonstradas, são variadas e abrangem desde assuntos relacionados à formação clínica dos profissionais até os aspectos de gestão em saúde, habilidades de comunicação e relações interpessoais, mostrando a importância de se levar esses supervisores para as regiões do estado do Amazonas.

Cabe ressaltar que apesar do GES Amazonas ser composto em sua maioria por supervisores com especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC), ainda há escassez de profissionais no grupo com formação voltada para a saúde indígena. A formação em saúde indígena contribui na maneira de perceber as intervenções e de lidar com concepções relacionadas à atenção diferenciada que são inerentes ao contexto indígena, reforçando a necessidade de atuação em contexto interétnico e intercultural. Nessa perspectiva a EPS dos supervisores se destaca por ser um agente capaz de realizar diálogo intercultural e adequação das práticas de trabalho, tendo para isto que incorporar temas específicos relacionados ao desenvolvimento de competências culturais, como em antropologia e etnologia (Diehl, 2014).

Portanto, reconhecemos a importância do trabalho do grupo de supervisão no estado do Amazonas, que além de ter um corpo de profissionais alinhados com as necessidades, têm demonstrado o quanto essas atividades realizadas qualificam o processo de trabalho do médico do PMM.

Referências

Aguiar, R.A.T & Macedo, H. M. (2019). O Programa Mais Médicos em áreas remotas: a experiência do Grupo Especial de Supervisão no Pará, Brasil. **Interface** [online]., vol.23, suppl.1 http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000600500&lng=pt&nrm=iso.

Diehl, E. E., Pellegrini, M. A. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, n. 4, p. 867-874. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030014>.

Almeida, E. R. et al. (2017). Projeto Mais Médicos para o Brasil: uma análise da Supervisão Acadêmica. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação [online]. v. 21, n.1, p. 1291-1300. <http://doi.org/10.1590/1807-57622016.0558>.

Bardin, L. (2011). **Análise de conteúdo**. Edições 70.



Brasil. (2019). Ministério da Saúde. **Secretaria Especial de Saúde Indígena** (SESAI). [homepage na internet]. <<http://portalms.saude.gov.br/saude-indigena>>.

_____. (2017). Congresso Nacional. **Portaria nº 1.317**. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html>.

_____. (2015). Ministério da Educação. Congresso Nacional. **Portaria Normativa nº 28**. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. <<http://portal.mec.gov.br/docman/23581-port28-maismedicos-01out-pdf/file>>.

_____. (2013). Congresso Nacional. **Medida Provisória nº 621**. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. <<https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/113591>>.

_____. (2019). Portal do governo brasileiro. **Escassez, provimento e fixação de profissionais de saúde em áreas remotas e de maior vulnerabilidade**. <[embvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_escassez_profissionais_areas_remotas.pdf)>.

_____. (2009). Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca**: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde. Funasa.

_____. (2013). Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.369**. Dispõe sobre a implantação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. http://bvsmms.saude.gov.br/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html.

_____. (2010). Presidência da República. **Decreto nº 7385**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Decreto/D7385.htm.

_____. (2013). Presidência da República. **Lei nº 12.871**. 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. <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2012.871-2013?OpenDocument>.

_____. (2019). **Programa Mais Médicos do Governo Federal**. Especialização. <http://www.maismedicos.gov.br/especializacao>>.

_____. (2014). Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde**: reconhecer a produção local de cotidianos de saúde e ativar práticas colaborativas de aprendizagem e de entrelaçamento de saberes.

_____. (2010). Presidência da República. **Lei nº 12.314**. Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei no 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Lei/L12314.htm

_____. (2019). CEBES. **Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio**. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_protecao_saude_indio_relatorio_final.pdf

_____. (2019). **Política Indigenista**. <http://www.funai.gov.br/index.php/nossas-acoess/politica-indigenista?limitstart=0#>

_____. (2019). **Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)**. <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/saneamento-e-edificacoes/dseis>

_____. (2017). Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.317**. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saude-legis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html

_____. (2010). IBGE. **Censo 2010**: população indígena é de 896,9 mil, tem 305 etnias e fala 274 idiomas. <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?busca=1&id=3&idnoticia=2194&t=censo-2010-poblacao-indigena-896-9-mil-tem-305-etnias-fala-274&view=noticia>

_____. (1973). Presidência da República. **Lei nº 6.001**. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6001.htm

_____. (2015). Ministério da Educação. **Portaria GM/MEC 585**. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/06/2015&jornal=1&pagina=11&totalArquivos=76>

_____. (2015). Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior. **Portaria**



Normativa MEC/SESu Nº 27. Dispõe sobre instituições de ensino e programas de residência ao Projeto Mais Médicos para o Brasil enquanto instituições supervisoras.

_____. (1999). Presidência da República. **Lei nº 9.836.** 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. http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viv_Identificacao/lei%209.836-1999?OpenDocument

Campos, G.W.S.; Pereira Júnior, N. (2016). A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. vol.21, n.9, pp.2655-2663. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016>

Campos, F.E; Machado, M.H; Girardi, S.N. (2009). A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. **Divulgação em Saúde para Debate.** n. 44, p. 13-24.

Castro, A. (2019). **Exército brasileiro, braço forte, mão amiga.** <http://eblog.eb.mil.br/index.php/menu-easyblog/exercito-brasileiro-braco-forte-mao-amiga.htm>

Ceccim, R.B. (2005). Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunic, Saúde e Educ.** v.9, n.18, p.161-177.

Comes, Y; Trindade, JS; Pessoa, VM; Barreto, ICHC; Shimizu, HE; Dewes, D; Arruda, CAM; Santo, LMP. (2016). A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. vol. 21, n. 9, p. 2729-2738. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232015219.15472016>

Confalonieri, UEC. (1989). O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1989000400008&lng=en&nrm=iso

Dias, AS. (2017). **A supervisão acadêmica no Projeto Mais Médicos para o Brasil:** a experiência do grupo especial de supervisão. [Dissertação de Mestrado]. 67f. Universidade de Brasília.

Diehl, EE; Pellegrini, MA. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 30, n. 4, p. 867-874. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00030014>

Fontão, MAB, Pereira, EL. (2017). Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface**. vol.21, suppl. 1, p.1169-1180, <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0387>.

Gadelha, RMAF. (2002). Conquista e ocupação da Amazônia: a fronteira Norte do Brasil. **Estud. av.**, v. 16, n. 45, p. 63-80, http://www.scielo.br/scielo.phpscript=s-ci_arttext&pid=S010340142002000200005&lng=en&nrm=iso.

Garnelo, LS; Silva, ABL; Oliveira, C. (2017). Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 22, n. 4, p. 1225-1234. <<http://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27082016>>.

Giovanella, L. et al. (2016). A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v.21, n.9, p.2697-2708. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16052016>

Gondim, FSS. (2018). **Projeto mais médicos na saúde indígena no Brasil**: perfil e cobertura dos profissionais nos distritos sanitários especiais indígenas - DSEI. IBGE. (2012). Os indígenas no censo demográfico 2010: primeiras considerações com base no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Mendes, APM; Leite, MS; Langdon, EJ; Grisotti, M. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]. v. 42. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.

Montanha, MPM. (2010). Educação Permanente em Enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. EscEnferm.USP**. 44(3): 597-604.

Mota, SEC; Nunes, M. (2018). Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do distrito sanitário especial indígena da Bahia. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 27, n. 1, p. 11-25. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902018170890>.

Oliveira, APC; Gabriel, M; Poz, MRD; Dussault, G. (2017). Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 22, n. 4, p. 1165-1180. <<http://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>>.

Oliveira, J. A. (2000). **Cidades na Selva**. Valer.



OMS. (2009). Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos sistemas de saúde** - o caminho para a cobertura universal. OMS.

Pinto, HA; Oliveira, FP; Santana, JSS; Santos, FOS; Araujo, SQ; Figueiredo, AM; Araújo, GD. (2017). The Brazilian ore Doctors Program: the implementatiton of the "Provision" axisfrom 2013 to 2015. **Interface**, v. 21, supl.1, <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>.

Santos, ACG; Iamarino, APM; Silva, JB; Zollner, ACR; Constantino, CF. (2017). Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. **Rev. bioét.** (Impr.). 25 (3): 603-10.

Santos, LMP; Pereira, A; Trindade, JS; Barreto, ICHC; Palmeira, PA; Comes, Y; Santos, F OS; Santos, W; Oliveira, JPA; Pessoa, VM; Shimizu, HE. (2017). More doctors for deprivedpopulations in Brazil. **Bull World Health Organ**, p.103-112.

Sathler, DM; Roberto, L; Carvalho, JAM. (2009). As redes para além dos rios: urbanização e desequilíbrios na Amazônia brasileira. **Nova econ.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 11-39. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010363512009000100002&lng=en&nrm=iso

Schweickardt, JC. (2017). **Relatório de Pesquisa**. A produção do trabalho e o Programa "Mais Médicos" no Estado do Amazonas. Fapeam/Fiocruz Amazonas.

Schweickardt, JC; Lima, RTS; Ferla, AA; Martino, A. (2016). O Programa Mais Médicos e o trabalho vivo em saúde em um município da Amazônia, Brasil. **Saúde em redes**. v.2, nº3, p. 328-341. <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/771>

Silva, DM; Nascimento, EHS; Santos, LA; Martins, NVN; Sousa, MT; Figueira, MCS. (2016). Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 25, n. 4 pp. 920-929. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016160600>

Souza, L. (2014). **Representações do "Programa Mais Médicos" pelo site Pragmatismo Político e pelo Portal do Conselho Federal de Medicina** [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Letras.

Stralen, ACSV; Massote, AW; Carvalho, CL; Girardi, SN. (2017). Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 27, n. 01, p. 147-172. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100008>

Saúde coletiva e povos indígenas: processo de trabalho em saúde mental e atenção psicossocial na saúde indígena

06

Herbert Tadeu Pereira de Matos Junior
Álvaro Pinto Palha Junior
João Paulo Lima Barreto
Túlio Batista Franco

Introdução

Esse ensaio explora um campo de debate situado entre os temas saúde coletiva e povos indígenas, a partir da ideia de dialogar sobre o funcionamento do processo de trabalho de profissionais que atuam no cuidado em saúde mental e atenção psicossocial para povos indígenas no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, Sistema Único de Saúde (SASI-SUS). O texto foi elaborado coletivamente, de maneira a possibilitar a produção e difusão de conhecimentos, saberes e práticas sobre processos produtivos na saúde indígena, com foco na atenção psicossocial à saúde e na integração entre subjetividade, cuidado e bem viver na saúde mental indígena na atualidade brasileira.

Para ajudar nesse percurso, seguimos inicialmente o caminho das políticas públicas, acompanhando o processo de inserção do cuidado em saúde mental no trabalho das equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI). Em seguida, partimos para dialogar sobre o funcionamento destas diretrizes nas práticas de cuidado das EMSI, com apresentação de uma proposta de análise micropolítica do processo de trabalho na saúde indígena, pensado, a partir de uma experiência e de algumas atividades parte do cotidiano, de profissionais na gestão e acompanhamento em saúde mental, e apoio técnico em um Pólo Base de um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI).

É importante destacar este campo das atividades relacionadas à atenção em saúde mental para povos indígenas como um campo de produção dinâ-



mico e de relações inovadoras para os profissionais no cuidado em saúde, construídas entre diversos tipos de conhecimentos, científicos e “tradicionais”³, éticos e técnicos, políticos e culturais, em conformações complexas, parte da micropolítica do trabalho no cuidado em saúde.

Diante da diversidade dos cenários de práticas dos profissionais de saúde na atualidade, se considerarmos os principais desafios emergentes ao processo de trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se, a atenção à saúde com sujeitos e comunidades indígenas como um importante desafio na agenda política nacional (Souza, 2019). E neste cenário, a atenção à saúde mental dos povos indígenas é uma importante questão, tanto no que diz respeito ao campo de produção de conhecimento específico das diversas profissões da saúde, como também, no campo da agenda responsável pela gestão nestas novas conformações do processo de trabalho no cuidado em saúde.

O Ministério da Saúde lançou este ano a nova edição da Agenda Estratégica de Prevenção ao Suicídio. A agenda apresenta com preocupação, o destaque da maior taxa de mortalidade por suicídio no país estar entre os povos indígenas, aproximadamente 15% de prevalência na população, com cerca de 50% dos casos ocorridos entre jovens de 10 a 19 anos (Brasil, 2019). Dado alarmante e revelador de um contexto marcado pelas violências e perda de direitos sobre seus territórios tradicionalmente ocupados, além destes altos índices de tentativas e óbitos por suicídios, há ainda, um cenário de ampliação de casos de violências domésticas, do uso de medicação, em especial psicotrópicas, e uso prejudicial de drogas, principalmente álcool, entre as comunidades indígenas, presentes nos diversos territórios indígenas e centros urbanos brasileiros.

A gravidade dos conflitos territoriais e étnicos vivenciados pelos povos indígenas brasileiros tem sido debatida publicamente há anos, muito embora, ainda hoje, pouco desta discussão tenha integrado o conteúdo de formação dos profissionais de saúde (Jacinto; Macdowell; Duarte, 2017). Uma questão fundamental para pensar saúde mental dos povos indígenas, é justamente, considerarmos as complexas vulnerabilidades vividas por esses povos em seus territórios físicos e existenciais, seus saberes, conhecimentos e cultura. Da mesma forma, as diversas modificações históricas e sociais impostas aos seus modos de vida tradicionais, bem como, seus impactos nos processos de produção da subjetividade no cotidiano das pessoas e comunidades.

3 - É importante demarcar que a diferença entre conhecimento científico e tradicional não se refere à suposta hierarquização de validade entre eles. Seu uso aqui se trata, tão somente de demarcar fontes de produção e legitimação de conhecimentos. Discussão que tem recebido crescente atenção dos estudos e movimentos indígenas. Sugere-se a leitura do livro *Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas* de Luciane Ouriques Ferreira (2019), publicado pela Editora Fiocruz.

A maior parte das situações envolvendo sofrimento psíquico entre populações indígenas está associada ao contato, brusco e desorganizado, com a sociedade nacional e conseqüente fragilização das relações de pertencimento com o povo, territórios e modos de vida tradicionais (Jacinto; Macdowell; Duarte, 2017). Trata-se de situações marcadas pelas violências praticadas contra os povos indígenas que, vão desde a não garantia e violações de direitos, à escravidão, assassinatos, ameaças, alcoolização, prostituição, medicalização, aprisionamento, etnicídio, e seus impactos nas relações intersubjetivas entre as pessoas no território de vida nas comunidades.

Este ensaio configura-se como modo de olhar o cotidiano do processo de trabalho de profissionais nas ações e atividades de cuidado em saúde mental no contexto indígena, com especial atenção, para as singularidades destes processos. Exerce um recorte particular, no processo de matriciamento de situações de uso de medicação psicotrópica de comunidades indígenas e das EMSI em um determinado Pólo Base (PB), de um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) parte do SASI-SUS.

A micropolítica do processo de trabalho é a ferramenta de análise fundamental ao estudo sobre processos produtivos e tecnologias de cuidado em saúde, utilizada para pensar os modos como, no dia a dia, os trabalhadores de saúde e os usuários dos serviços produzem-se mutuamente, e como neste processo, constituem o próprio serviço, em um movimento permanente de produção de subjetividades, de modos de sentir e vivenciar as necessidades, de agir no cotidiano do trabalho (Merhy, 2002). Compreende-se como micropolíticas, as atividades de cada um a partir do lugar social em que se encontra no cotidiano das práticas de trabalho no cuidado em saúde.

Segundo Túlio Franco (2015), quando pensamos no campo do cuidado em saúde, devemos considerar que, em qualquer lugar onde o trabalhador e gestor de saúde estabelece relações no cotidiano, estes estão em ações e atividades que constituem, e que assim, sustentam-se, nas micropolíticas do trabalho no cuidado em saúde.

Contudo, neste momento, realizamos primeiro uma leitura crítica sobre o lugar e a inserção da temática da saúde mental no cotidiano de trabalho nas EMSI. E em seguida, com base nestas leituras e no diálogo com autores de referência nos temas de saúde coletiva e saúde indígena, buscamos pensar algumas ferramentas teórico-práticas que ajudam a compreender a micropolítica nos fluxos das redes de cuidado em saúde, de relações no cotidiano de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial na saúde indígena.



Políticas Públicas de Saúde e Povos Indígenas

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) do ano de 2010, os povos indígenas no Brasil são compostos por aproximadamente 305 etnias, falantes de 274 línguas, em um total de aproximadamente 900 mil pessoas vivendo em terras indígenas e áreas urbanas em todo país.

O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é estruturado como um componente do SUS, responsável pelas ações de saúde na atenção básica e pela articulação com atenção de média e alta complexidade de saúde. Tendo a gestão e execução organizados pela Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI). Contudo, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário são também instituições de grande importância nesta rede de interface do trabalho na saúde indígena (Jacinto; Macdowell; Duarte, 2017).

É importante destacar, no processo de construção de uma rede interseccional para atenção à saúde indígena, o avanço impulsionado pela Constituição Federal de 1988 (CF88), e associado com a lógica de trabalho em equipe multiprofissional, e de saúde no modelo de atenção psicossocial em saúde mental (Lei 10.216/2001). A Constituição Federal de 1988 representou um avanço para política indigenista, pois criou mecanismos que visam assegurar aos indígenas sua cidadania e autonomia jurídica, no que diz respeito à sua organização social, costumes, crenças e tradições, bem como, quanto a direitos sobre terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União, demarcá-las, protegê-las e fazer respeitar seus bens, conforme os artigos 231 e 232.

Outro importante avanço da CF 88 foi reconhecer e associar ao território, o direito à saúde dos povos indígenas, garantido mediante políticas sociais e econômicas, medidas que visem redução dos riscos de doenças e de outros agravos; e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, organizado por meio da participação social (Brasil, 1988). Contudo, na construção deste instrumento magno da cidadania, e de sua relação com a questão da saúde, existe necessidade de uma análise crítica da inclusão do direito à saúde aos povos indígenas.

É preciso reconhecermos logo que, desde as invasões dos colonizadores europeus, a política indigenista brasileira teve como um ponto contínuo em sua história, as tentativas de “amansar” os indígenas e “integrá-los à comunhão nacional”. Para Valente (2017), com exemplos em diversos momentos, o Estado brasileiro considerou inimigas aquelas pessoas e povos indígenas que resistiram à escravidão imposta pela civilização.

Por volta do início do século XX, em um contexto progressista para época, hoje cercada de análises que avaliam como problemáticas suas ações, a história das políticas indigenistas no Estado brasileiro tem início com trabalho de um grupo de militares positivistas, encabeçados pelo Marechal Cândido Rondon (1865 - 1958), responsáveis pela introdução de uma visão dita humanizadora, mas ainda assim, pautada no ideal de transitoriedade do indígena no processo de integração de novos trabalhadores/cidadãos nacionais (Valente, 2017). Foram estes militares positivistas que criaram em 1910, o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), mais tarde, em 1917, apenas Serviço de Proteção aos Índios (SPI).

O SPI nasceu vinculado ao Ministério da Agricultura, como o primeiro órgão oficial do Estado Brasileiro para tratar exclusivamente das questões relativas aos povos indígenas, norteados por uma perspectiva fundada na educação. O objetivo do SPI era “a integração nacional do índio”, o que implicava também a assistência à saúde dos povos indígenas. Garnelo (2014) salienta que, no caso de minorias étnicas, embora a cidadania fosse apresentada como um direito e um tipo de proteção social, também significou uma forma de homogeneizar o mundo indígena aos modos de vida das sociedades nacionais, podendo ainda, induzir à adoção de valores e comportamentos de um grupo social hegemônico, em detrimento da diferenciação étnica e das diversidades culturais.

Neste período inicial, a assistência à saúde das comunidades indígenas resumia-se à troca de materiais, e utilização de alguns poucos medicamentos levados pelos sertanistas (Valente, 2017). Eram comuns muitas mortes quando desses processos de contato, atração e aldeamento dos povos indígenas, bem como, quando de processos de pacificação de conflitos, a transferência, forçada ou fraudada, de diversas comunidades de seus territórios tradicionalmente ocupados para dar lugar aos planos do Estado brasileiro.

Lima (1992) analisa a ênfase da ação protecionista a ser implementada pelo SPI residia na educação, enquanto via de acesso à incorporação, abrangendo tanto atividades físicas quanto o ensino agrícola, moral e cívico. Para o autor, o discurso protecionista da cidadania, além de assegurar progresso do povo brasileiro, também ratificava o controle sobre lugares isolados no território nacional. Dessa forma, onde os indígenas estivessem, estaria o Brasil, defendendo as terras nacionais perante potenciais invasores.

Em um contexto histórico de diversos escândalos de corrupção, exploração e genocídio a envolver os povos indígenas, que culminou com a abertura de duas Comissões Parlamentares de Inquérito (1963 e 1967), o SPI foi transferido para o âmbito do Ministério do Interior e em seguida extinto. No ano de 1967,



unificaram-se os patrimônios do SPI, Parque Nacional do Xingu e o Conselho Nacional de Proteção ao Índio, com acervos e profissionais transferidos para um novo órgão, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), regulamentado pela Lei nº 5.371, de 5 de dezembro de 1967.

A ditadura militar brasileira (1964-1985) realizou diversas reformas nas estruturas administrativas do Estado, utilizando como justificativa, a necessidade de desenvolvimento político-econômico no interior do País, com especial interesse na área da Amazônia. Durante esse período, a política indigenista foi integralmente assimilada ao serviço da construção de estradas, hidrelétricas e grandes obras, bem como, inserida nos projetos de colonização, produção agropecuária e extração de minerais (Valente, 2017).

Embora criada com o objetivo de superar os problemas gerados com a assistência realizada pelo SPI, a FUNAI deu continuidade à lógica perversa de tutela, violência e investimento na integração dos indígenas ao Estado brasileiro. A administração da FUNAI foi centralizada em Brasília, com postos indígenas e delegacias regionais distribuídos no território nacional (ISA, 2017). No ano de 1991, motivadas por pressões e lutas do movimento indígena, as responsabilidades por saúde e infraestrutura sanitária dos povos indígenas foram descentralizadas, e passaram a ser atribuições da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Também neste ano, foi criado o Distrito Sanitário Yanomami, projeto piloto de um novo modelo de atenção à saúde dos povos indígenas.

O Distrito Yanomami foi o primeiro estabelecimento de saúde criado para aplicação dos critérios demográficos, geográficos e culturais na definição do modelo de gestão e assistência à saúde indígena, com financiamento próprio e recursos humanos capacitados para atuação em contexto intercultural com os Yanomami (CIMI, 2018).

Em 1993, por meio da luta do movimento indígena, foi realizada a segunda Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, que propôs a defesa do modelo dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como base operacional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (CIMI, 2018). Os DSEI nascem de responsabilidade do Ministério da Saúde (Governo Federal) e administrados em conjunto com Conselhos de Saúde, com participação de lideranças indígena em nível local, regional e federal.

Em 1994, foram criados os Distritos Sanitários Indígenas do Leste de Roraima e do Xingu, como projetos parte dos primeiros modelos a ser implantado no país. Como resultado do amadurecimento e sustentação dessas políticas de descentralização do atendimento à saúde indígena, foram realizados convênios

com as prefeituras e também instituições da sociedade civil, para implementar o atendimento às demandas de saúde indígena, e assim, foram sendo criados novos DSEI com o passar dos anos 90, atualmente, todos são administrados por conveniadas prestadoras de serviços de saúde.

Em um cenário pouco participativo, o movimento indígena continuou e aumentou a pressão sobre o Governo Federal por uma Lei para ordenar o funcionamento da saúde indígena. Em 1999 foi obtida junto ao Congresso Nacional a aprovação da “Lei Arouca”, Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999. A Lei determinou ao governo federal instituir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), tendo por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), ligados à FUNASA, sob gestão e execução das ações de saúde. No mesmo ano, foram então regulamentados os 34 DSEI atuais, na Portaria 852/1999.

Os DSEI são serviços de saúde responsáveis por planejar, coordenar, supervisionar, monitorar, avaliar e executar as atividades do SASI-SUS, como por exemplo, na organização de EMSI, tanto nos estabelecimentos de saúde e intervenções nas terras indígenas (aldeias, Pólo Base e CASAI), quanto pela articulação com a rede especializada na média e alta complexidade inseridas no SUS. A missão dos DSEI é promover atenção à saúde dos povos indígenas, respeitando seus costumes, cultura, forma de organização social e considerando as práticas tradicionais das comunidades indígenas acompanhadas.

Em 2002 foi aprovada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Portaria nº. 254 de 31 de janeiro de 2002), para melhor assistir o acesso à atenção integral de saúde, em alinhamento com os princípios e diretrizes do SUS. Na saúde mental, alguns anos mais tarde, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.759/2007 que, *estabeleceu diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas e criou o Comitê Gestor*. O documento⁴ estabeleceu como áreas de atuação prioritárias dos DSEI as situações emergenciais da atenção à saúde mental indígena, como o alcoolismo, o suicídio e outros problemas prevalentes.

Após um longo processo de luta do movimento indígena contra alegações de autoritarismo e inoperância da FUNASA, foi criada em 2010 a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) vinculada ao Ministério da Saúde do Brasil e responsável pela gestão e execução das ações do Subsistema de Aten-

4 - Foi a partir dessa Portaria 2.759/2007 que, começaram a ocorrer progressivamente as contratações de psicólogos(os) para compor as equipes de saúde indígena nos DSEIs. Em um pequeno número de profissionais, ampliado ao longo dos anos até o número de 105 no início de 2019, número ainda insuficiente destes profissionais que seguem ligados à área de saúde mental e cuidado psicossocial, em um contexto marcado por grandes demandas de saúde existentes nos territórios e comunidades indígenas.



ção à Saúde Indígena (SasiSUS). A missão da SESAI é implementar o modelo de gestão e de atenção à saúde dos povos indígenas, articulado em seu funcionamento ao SUS, mas de forma descentralizada, com autonomia administrativa e financeira, e atuar em conjunto com o controle social, formado com a participação das lideranças indígenas, e empresas conveniadas (Brasil, 2002).

Em 2011, como forma de qualificar a interlocução da Área Técnica (SESAI) com os DSEI na atenção à saúde mental das comunidades, foram criadas as funções de Referências Técnicas (RT) em Saúde Mental no âmbito da Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), responsável pelo planejamento e acompanhamento das demandas de saúde mental nos DSEI e SESAI, ocupadas em sua quase totalidade por psicólogas (os).

Os RT de saúde mental realizam apoio matricial, com suporte técnico e pedagógico às EMSI, reuniões de equipe, ações de educação permanente, discussão de caso, além de ações assistenciais em conjunto nas aldeias, Pólo Base ou Casai. Tais atividades têm objetivo de promover projetos intersetoriais voltados à saúde mental e ao fomento do protagonismo e autonomia dos sujeitos e comunidades indígenas.

A SESAI em articulação com os DSEI e a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (CGMAD/SAS), produziu o “Documento Orientador sobre a gestão da atenção psicossocial nos DSEI” (2014), assinado em conjunto pelos profissionais de Referência Técnica (RT) em saúde mental dos 34 DSEI, SESAI e CGMAD/SAS. As orientações deste documento ampliaram a dinâmica da gestão da atenção psicossocial das RT, com implementação de instrumentos para promover ações continuadas de educação permanente, vigilância epidemiológica e atenção aos casos de saúde mental. Definindo como demandas do programa os casos “de violências; uso prejudicial de álcool e outras drogas; tentativas e óbitos por suicídio; e o acompanhamento do uso de medicações psicotrópicas”.

Sobre micropolítica e bem viver na saúde indígena

Dialogar sobre micropolítica é pensar a atividade de cada pessoa a partir do lugar social que ocupa e das relações que esta estabelece com outras pessoas e objetos em seu cotidiano. Do ponto de vista da micropolítica do trabalho, a vida produtiva se organiza por meio destas relações entre quem vivencia as situações no cotidiano do trabalho, este, entendido como um comportamento econômico humano, concreto e abstrato, em seu modo de funcionamento (Foucault, 2008).

O campo da micropolítica é uma área muito dinâmica e efervescente de saberes e práticas sobre processos produtivos que, se modificam em uma

atividade molecular permanente, entre pessoas, relações e redes, o tempo todo produzindo em suas conexões o cotidiano da vida. A micropolítica vai além de um conceito, pois é uma prática, uma forma de pensar as atividades no cotidiano do trabalho em saúde. E assim, está relacionada aos aspectos da produção de subjetividade implicada nas relações de cuidado em saúde entre profissionais e usuários (Merhy, 2013).

O trabalhador na saúde modifica-se na medida em que se encontra no campo da gestão e do cuidado com as muitas pessoas, objetos, projetos e conhecimentos com os quais relaciona-se no cotidiano do trabalho. Neste processo, o corpo de saberes e práticas vai também se modulando e modificando-se com o tempo, o que chamamos de processo de subjetivação, porque o corpo vai modificando o modo como percebe e dá sentido ao mundo, e assim, modifica permanentemente suas práticas no mundo (Franco, 2015).

Como analisou Emerson Merhy (2013), produzir saúde nos serviços é criar estratégias para atender aos diversos interesses presentes nas demandas de saúde⁵. Para o autor, as atividades dos profissionais em estabelecimentos de saúde funcionam dentro de uma lógica de produção conectada simultaneamente às normas das instituições, aos diversos interesses das categorias profissionais, mas, sobretudo, às subjetividades nas relações de vinculação entre pessoas. Neste sentido, o trabalho na saúde é entendido como um trabalho criativo que exige invenção por parte do profissional para atender as demandas de saúde das pessoas presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

O campo da micropolítica permite pensarmos sobre essa tensão produtiva, entre a liberdade de atuar e a regulação do trabalho do profissional na área da saúde (Franco, 2015). As atividades no campo da micropolítica ocorrem no cotidiano das práticas de trabalho em saúde, na gestão e cuidado dos profissionais e equipes de saúde. Como já falado, em qualquer lugar onde o trabalhador e ou gestor de saúde estabelece relações, estes estão em atividades consideradas de micropolítica do trabalho em saúde.

Estas redes comunicam-se em um processo de funcionamento em inter-relação, de articulação dentre diversas unidades e tecnologias, com base em microunidades de produção, para gerar os procedimentos consumidos pelos usuários nos estabelecimentos de saúde (Franco, 2013). Quer dizer, a produção

5 - Vale sugerir a leitura das contribuições teóricas de Emerson Merhy sobre o trabalho do profissional de saúde diante das demandas de saúde das pessoas. Bem como, segundo o autor, do trabalho de Gastão Wagner de Souza Campos sobre os modos de trabalhar cotidianamente nos serviços de saúde (livro Planejamento sem normas, a saúde pública em defesa da vida e Reforma da reforma). Presentes no livro Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde, 2013, editados pela Hucitec.



de uma intervenção de cuidado na área da saúde, pressupõe, a articulação de gestores, profissionais e usuários em redes de relações, compostas de diversos saberes e práticas, subjetividades e singularidades, políticas e intervenções, pensadas (tecnologias) atuando de forma concomitante, na produção de cuidado dos profissionais aos usuários em um estabelecimento de saúde.

Os processos de trabalho na saúde são formados por estas linhas de fluxos horizontais das relações, social e subjetivamente determinadas, configurando-se em uma micropolítica do agir cotidiano das pessoas, por suas escolhas e ações nas relações entre si e nos diferentes cenários em que estão inseridas (Franco, 2013). As atividades no campo do cuidado em saúde são direcionadas por estas relações micropolíticas do trabalho, por aquilo que é do interesse de quem realiza a atividade de trabalho. Ou seja, daquilo que a pessoa concebe como modelo assistencial de saúde, do que concebe como o cuidado ou gestão de saúde, é justamente deste entendimento, próprio de cada um sobre o que é saúde, a chave da análise micropolítica das práticas de cuidado nos serviços de saúde.

Deste modo, é necessário compreender primeiramente a noção de saúde com a qual dialogamos na saúde indígena, e assim, conseqüentemente, saber qual o tipo de intervenção proposta no cotidiano de trabalho dos profissionais. Então, saúde aqui é entendida como diretamente proporcional aos níveis de autonomia e protagonismo dos sujeitos e das comunidades em seus modos próprios de viver. De modo que, para que uma intervenção seja considerada de saúde, deve ocupar-se sobremaneira, em promover autonomia e protagonismo dos sujeitos em seus processos de relação, construindo a clínica do cuidado a partir de um compartilhamento de saberes e da corresponsabilidade entre profissionais e usuários pelo cuidado em ato (Merhy, 2013).

O *modus operandi* da prática dos profissionais de saúde que atuam junto às populações indígenas se dá essencialmente no contexto do cuidado intercultural. De modo que, a aprendizagem intercultural é essencial para que as demandas de saúde sejam minimamente atendidas. Para evitar os extremos, a saída muitas vezes é educação intercultural, principalmente por meio de programas interculturais específicos na saúde indígena, para ajudar a entender que, no fundo, profissionais de saúde e os povos indígenas estão operando com cosmologias distintas do que chamam de cuidado em saúde. Assim, o contexto de cuidado em saúde indígena exige dos profissionais sensibilidade e competências para compreender o contexto intercultural de saúde que, muitas vezes, não são conhecimentos abordados durante a formação acadêmica.

Para João Paulo Barreto (2013; 2017) é reconhecido que a noção de saúde e doença dos povos indígenas não se restringe apenas aos aspectos biomédi-

cos e sociais na relação com o meio. Antes, o contrário, envolve a complexidade de aspectos cosmopolíticos e conecta as pessoas numa teia de relações com outros seres, heróis míticos, com os *waimahsã* (não humanos), com os animais, os especialistas, território, organização social, cosmologia, com seus parentes e outras pessoas. Sai, assim, do entendimento de saúde restrito de algo biológico e racionalizado de forma dicotômica, mente e corpo, individual e coletivo. Ou seja, para os povos indígenas, o processo saúde e doença é fruto do desequilíbrio nestas conexões entre pessoas e outros seres, entendidas como um conjunto de manifestações que compromete negativamente a organização cosmológica e cosmopolítica, afetando de forma social, política, econômica, ambiental todas as pessoas e outros seres vivos.

Tais formas de desequilíbrio podem manifestar-se sob as formas de surtos, conflitos sociais, nascimento de muitas crianças com deficiência física ou mental, pessoas com sofrimentos mentais e grandes impactos de fenômenos naturais, escassez de recursos naturais, desequilíbrio de bioindicadores, entre outros fenômenos geradores de demandas de saúde. Segundo Barreto (2013; 2017), o desequilíbrio, na visão dos especialistas indígenas, está ligado à desconexão de sua ligação com seu herói mítico, sua ligação com seu grupo social, sua ligação com sua estrutura social, sua ligação com seu território, sua ligação com sua *Bahsakawi* (casa), sua ligação com seus “artefatos” e sua ligação com seu território pós morte que, compõe a complexidade da vida.

Em suma, para aproximar o diálogo mais simétrico entre os profissionais de saúde e povos indígenas é necessário, antes de qualquer coisa, descolonizar-se dos conceitos e jargões religiosos (religiosidade, magia, espírito, ritual, xamanismo, curandeirismo). E entender que, os povos indígenas compreendem as intervenções de saúde de forma essencialmente relacional e preventiva. E suas práticas sociais estão então organizadas ao longo de um ciclo anual, estruturado de acordo com um complexo calendário astronômico, inscrito e estruturado pela passagem das constelações, que orienta também as atividades cotidianas da roça, a construção das armadilhas de pesca, de caça, de coleta e várias outras atividades ligadas às experiências da vida cotidiana.

Destarte os documentos legais já orientarem sobre a inviabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos com povos indígenas, restringindo-se unicamente aos saberes médico-centrados e em clínicas das especialidades. A saúde indígena apresenta a necessidade em ampliar ainda mais a visão de saúde e doença, considerada como elemento base para ações, com estratégias locais na solução de agravos e as escalas de demandas prioritárias definidas pelas culturas e saberes dos povos indígenas. Não há como responder isoladamente e de forma universalizante aos desafios que as sociedades moder-



nas impõem aos povos indígenas, sobretudo aqueles de aldeias com maior proximidade dos espaços urbanos e grandes projetos de extrativismo.

O termo bem viver circula entre o movimento indígena já há bastante tempo, tendo sido primeiramente utilizado por indígenas das regiões andinas na América. Dentre os autores a compreensão do que seja a noção de bem viver para estes povos⁶, encontraremos como principal característica, o fato de propor projetos de futuro ampliados ao demais elementos do mundo, como florestas, águas, demais animais que não apenas os humanos. Tais movimentos, propõem pensar saúde não apenas como a preservação de “recursos” naturais como forma utilitarista de garantir a sobrevivência humana, mas sim como objetivo em si, tão importante quanto a existência humana.

É preciso reconhecer o que chamamos de pajés como profissionais de saúde que, exercem o ofício de tratamento especializado, de organização e reorganização das pessoas, entre outras funções sociais complexas do viver nas comunidades indígenas. Esses sujeitos passaram por uma rigorosa formação e treinamentos sob orientação de especialista formador, e por isso, são capazes de conectar no domínio de *waimahsã* (não humanos), adquiriram *kihti-ukuse*, *bahsese* e *bahsamori*, conhecimentos considerados fundamentais para a constituição da pessoa e orientação de sua existência. São pessoas que tem a habilidade de articular elementos e princípios curativos, contidos nos tipos de vegetais, animais e minerais para tratar as doenças, de modo a transformar determinados elementos (água, tabaco, enzima vegetal, entre outros) em agentes protetivos e curativos, além da habilidade de provocar os fenômenos naturais como raios e trovoadas e usar qualidades de animais para determinadas finalidades; Organizar e reorganizar o cosmo; Compor e recompor o equilíbrio da pessoa para além da noção de relação interpessoais, mas cósmica e territorial. Acionam os *kihti-ukuse*, *bahsese* e *bahsamori* para resolver problemas cotidianos das pessoas e atua na busca de um processo de tratamento de enfermidades, ou melhor, para a reorganização do cosmos, mantendo interlocução com os *waimahsã* dos domínios aquático, terra/floresta e aéreo, para que suas forças voltem a estar em equilíbrio com a natureza, com as pessoas, os não humanos e os *waimahsã*.

Nesse sentido, as necessidades nestas formas de intervenções no cuidado em saúde com povos indígenas, demandam a construção de planos de intervenção singulares adequados aos contextos locais de produção de subjetividades envolvidas que, além de ser uma construção dialogada com sujeitos e comunidades, também devem ser sempre, práticas fluidas e sustentáveis. Tecnologias de cuidado e promoção de saúde que devem ter a capacidade de resistir enquanto

6 - Dentre os autores dedicados a este debate, podemos destacar Isabel Rauber, EsperanzaMartinz; Pablo Dávalos, Paulo Suess, Alberto Costa, dentre tantos outros ocupados deste debate.

práticas de cuidado, inclusive em ausência de profissionais e serviços, das políticas públicas e iniciativas externas às comunidades.

Nosso entendimento deste trabalho baseia-se nesta estratégia de ação multi-profissional em que tem como base a necessidade de construir propostas singulares de promoção de saúde mental com coautoria e cogestão dos indígenas de cada território, que sejam sustentáveis. Dito de outro modo, o encontro entre profissionais e usuários precisa servir como potencializador de singularidade e sustentabilidade do cuidado em saúde com os povos indígenas, capazes de promover autonomia e protagonismo, entendido como algo como, bem viver das comunidades com os parentes.

No que se refere à necessidade de adequação das práticas de cuidado das equipes de saúde aos contextos locais para alcance do bem viver, aposta-se em agendas e reuniões de pactuações de planejamentos únicos para cada território indígena, comunidades e sujeitos. Propostas para ações de saúde em conjunto nas aldeias e com abertura de tecnologias de diálogo, e corresponsabilidade no cuidado, para promover e fortalecer as clínicas tradicionais de saúde nas comunidades indígenas.

Compreende-se assim que, o trabalho dos profissionais na saúde indígena precisa ser um espaço de promoção, divulgação e aplicação dos conhecimentos e saberes dos povos indígenas. O grande desafio na prática da atualidade dos serviços é garantir a assimilação na prática clínica dos profissionais de saúde, dessas lógicas preventivas dos saberes e conhecimentos indígenas, superando a resistência dos profissionais e modelos tradicionais de saúde ocidentais sobre as reais eficácias dos sistemas terapêuticos propriamente nativos dos povos indígenas. Pensar na saúde mental dos povos indígenas é pensar no modelo de intervenção de saúde que leve em conta outros modelos próprios de saúde e doença dos diferentes povos indígenas, e assim, compreender suas práticas terapêuticas a partir dos próprios conceitos, saberes e sentidos nativos.

Neste ponto, gostaríamos agora de falar mais sobre uma destas experiências vividas no cotidiano, entendida como uma das possibilidades de intervenção em saúde mental e atenção psicossocial e "**estratégia de promoção do Bem Viver**". Dito isto, detalhamos esta estratégia de promoção do bem viver que tem sido base das ações de saúde propostas por um coletivo de trabalhadores envolvidos com o Programa Bem Viver. O ensaio pensa algumas estratégias de gestão e acompanhamento em saúde mental e cuidado psicossocial com sujeitos e comunidades indígenas. Com foco nas dificuldades e potencialidades práticas de um projeto de matriciamento das situações de uso de medicação psicotrópica no território de referência do Pólo Base de um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) X. Compreendendo que, em dado momento, este apresentava um elevado número de indígenas em uso de medicações psicotrópica, sem o acompanhamento das equipes de referência deste DSEI X, de qual falaremos mais agora.



Relato da experiência em um projeto de matriciamento

Imaginemos este Distrito Sanitário Especial Indígena X (DSEI X) que, apresentava no início do ano passado uma população de 8.803 indígenas pertencentes a 35 etnias distintas, distribuídos em 94 aldeias, com gestão administrativa em 9 pólos base e 5 CASAI. Com um território total de aprox. 5.715.000 HC, abrangendo 22 Municípios. O programa de saúde mental neste DSEI é o chamado Programa Bem Viver, e no último ano, estava sob referência do único profissional de psicologia do serviço que, também acumulava gestão e acompanhamento do Programa da Pessoa Indígena com Deficiência.

Antes, é importante compreender o contexto em que se deu a mudança de nome do programa de saúde mental para Programa Bem Viver. Pois não se trata de uma flexão tão somente estética, trata-se de uma mudança que aponta para uma perspectiva de cuidado que se ocupa sobremaneira das condicionantes de saúde e amplia os territórios de articulação entre profissionais e usuários, uma mudança nas bases epistemológicas do que se concebe como saúde e nas ações concretas do dia a dia dos serviços de saúde.

O uso do termo bem viver para nomear o programa de saúde mental surgiu como parte de um dos momentos de formação com trabalhadores e comunidades indígenas sobre saúde mental e atenção psicossocial. Após debate de algumas noções do processo saúde-doença e direcionamentos para pensar as ações das EMSI, a partir da fala de um dos membros das comunidades indígenas presentes, foi identificado e demandado por concordância, a necessidade de ampliar os temas que deveriam ser elementos destes tipos de trabalho das equipes de saúde indígena na saúde mental e atenção psicossocial.

Foram elencados como temas norteadores para o trabalho local em saúde mental e atenção psicossocial, o acompanhamento de processos de regularização fundiária, a história singular de cada povo, as cosmologias distintas, compreensão dos processos de constituição da identidade em cada povo, como temas que compõe as bases das práticas de cuidado planejadas e executadas pelas EMSI. Atentando, sobremaneira, para a garantia permanente de atendimento às necessidades de autonomia e protagonismo dos povos indígenas, como aliados em todas as etapas das ações para promoção do bem viver.

Neste contexto de gestão coletiva das ações de saúde, uma das principais dificuldades também percebida pelos profissionais e usuários em relação às demandas, foi o elevado número de subnotificações e a consequente fragilidade dos acompanhamentos dos casos de sofrimento psíquico nas comunidades. Em geral, estas situações de não acompanhamento dos casos eram justificadas

pelas equipes e usuários, tanto por falta de orientações adequadas, quanto por receio dos profissionais em informar determinados acontecimentos, sobretudo, aqueles relativos à violência e morte de indígenas.

Em uma primeira análise dos dados epidemiológicos destes territórios do DSEI X, com foco nos referentes dados ao Programa Bem Viver, identificamos, de fato, uma pequena quantidade de notificações de demandas de acompanhamento em saúde mental nas comunidades (de violência, uso prejudicial de álcool e tentativa ou óbito por suicídio). Contudo, nas informações obtidas nas comunidades e com as EMSI locais, havia muitos relatos sobre um elevado índice de indígenas em uso de medicações psicotrópicas, sem notificações e sem o devido acompanhamento pelas equipes do DSEI.

É importante deixar claro que o recorte realizado aqui não pretende servir como uma proposta de generalização das situações específicas vivenciadas em cada uma das comunidades, mas sim, como uma forma de caracterizar este cenário das demandas de saúde mental. Dentre as ações realizadas, destacaremos aqui o trabalho em um processo de matriciamento em saúde mental, realizado em um dos 09 pólo base deste DSEI, abordaremos o caso do Pólo Base P, referenciado à Terra Indígena X (TIX), composta de três aldeias, com uma população aproximada de 1.200 pessoas.

Segundo os relatos das equipes, os indígenas daquele grupo haviam sido inseridos em prática de medicalização desordenada a partir do contato com os médicos contratados por uma mineradora há aproximadamente trinta anos, como parte das ações de mitigação dos impactos sociais e ambientais de seus empreendimentos nas áreas próximas a Terra Indígena X. Estes médicos de várias especialidades eram enviados anualmente para atendimento nas aldeias, não havendo qualquer controle local sobre seu trabalho, e ficando cada indígena responsável por sua própria administração de medicamentos e organização de suas prescrições, o que gerava grande dificuldade para as equipes locais em saber quem estava fazendo uso ou não das medicações e qualificar os acompanhamentos, pois o fluxo de atendimentos não previa o registro organizado nos postos de saúde indígena. Somado com estes atendimentos, houve também relatos de indígenas que levados ao atendimento de hospitais em situações de urgência, e nestes tendo apresentado comportamento resistente às condutas, foram contidos com intervenção medicamentosa e retornaram para a aldeia com prescrições de psicotrópicos para uso contínuo e elevada quantidade de remédios. Em resumo, este era o referido cenário que, testemunhava uma cultura antiga de uso indiscriminado de medicações psicotrópicas entre aquelas comunidades, sem o devido acompanhamento de saúde.

Dessa maneira, as ações do Programa Bem Viver no Pólo Base P. foram or-



ganizadas principalmente a partir da necessidade de realização de formações com as equipes de saúde locais para qualificação das notificações e acompanhamento psicossocial destas populações, sobretudo, quanto o uso de medicações psicotrópicas, atuando em conjunto com as equipes das aldeias, Pólo Base e CASA. Estas ações foram estruturadas como estratégias de atendimento às demandas e dividiam-se em dois segmentos de intervenção: produzir e atualizar os dados de acompanhamento dos usuários através da criação de um banco de dados local; e atualizar as equipes quanto à saúde mental indígena por meio de atividades teóricas e práticas, incluindo o atendimento e notificações em conjunto com as equipes assistentes.

Neste tipo de intervenção o objetivo central foi de qualificar os encaminhamentos dos casos para atendimento especializado na Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) da região adjacente à TIX. E neste caso específico, enfrentar sobremaneira a subnotificação de casos de acompanhamento em saúde mental e atenção psicossocial, através da qualificação dos acompanhamentos de indígenas em uso de medicação psicotrópica, e buscar uma possível diminuição do número de usuários sem informações de acompanhamento e em uso de medicações psicotrópicas.

É importante destacar que essas atividades de gestão do uso de medicações precisam sempre ser realizadas com a cautela necessária por parte dos profissionais das EMSI, atuando por meio da qualificação do cuidado em equipes e redes de saúde, e em conjunto com a comunidade e os profissionais especializados, neste caso, vinculados ao DSEI e a RAPs local, o que pressupõe forte pactuação de redes comunitárias (Campos et al., 2014).

Na proposta de experiência trazida por nós para debate, dividiu-se o trabalho em duas linhas de cuidado. Primeiramente, os momentos de apoio técnico e pedagógico às equipes, realizados em reuniões com os profissionais onde eram apresentadas propostas metodológicas de trabalho, marcos legais da política de saúde mental e da saúde indígena, para, em seguida, debater os casos clínicos trazidos pelos trabalhadores; e também eram realizadas visitas técnicas nas aldeias da Terra Indígena para atendimento em conjunto com as EMSI locais. Estas ações tiveram foco no treinamento das EMSI para notificações das demandas concernentes ao uso abusivo de álcool, situações de violência e uso de medicações psicotrópicas⁷, bem como, de avaliar a necessidade de encaminhamento de casos para atendimento na rede de serviços especializados.

7 - Nos diálogos com as EMSI não houve informações sobre casos de tentativas ou óbitos por suicídio. Motivo pelo qual apresentamos o instrumento, sem o aprofundamento sobre possibilidades de construção de ações para prevenção e/ou enfrentamento do agravo. Tal condução ocorreu após debate entre os técnicos responsáveis e obteve evitar a circulação indevida de debates sobre a temática nos territórios.

No início das visitas técnicas nas aldeias, realizávamos primeiramente, reuniões para pactuação dos objetivos de trabalho com as lideranças das comunidades e agentes de saúde indígenas, solicitando permissão e parceria para iniciar as intervenções; assim, eram realizadas também as atividades voltadas ao atendimento dos usuários, a partir da relação e escuta clínica das demandas de saúde apresentadas pelas lideranças, profissionais de saúde e educação, e depois, com a realização de visitas técnicas às residências, escola e instituições comunitárias locais para dialogar (atendimento em conjunto) com o sujeito e seus familiares ou cuidadores na situação cotidiana vivida.

Neste tipo de formato de intervenção é necessário que o profissional atente para as orientações e informações trazidas por estas pessoas do convívio dos sujeitos, lideranças, professores, profissionais de saúde, amigos, familiares, e outros membros das comunidades. Estas intervenções são coletivas e contribuem na construção do quadro de demandas apresentadas. É importante atentar aqui, para informações sobre redes de suporte que deverão ser base para construção dos planos terapêuticos singulares, de quais as estratégias serão utilizadas para garantia do cuidado nas comunidades, aldeias, povos, pensados em suas singularidades e necessidades de acompanhamento em saúde.

Desta forma, as visitas técnicas nas aldeias iniciam com um processo de avaliação coletiva, por meio da parceria com os demais membros das EMSI, sobremaneira os agentes indígenas de saúde (AIS), com solicitação aos profissionais que pudessem realizar uma avaliação conjunta das situações de saúde mental na aldeia, neste caso em especial, sobre o quadro de uso de medicações psicotrópicas pela comunidade, bem como, a necessidade e adequação dos medicamentos para cada situação. Eram coletivamente relatados os acontecimentos vividos e questionados elementos que pudessem ajudar na constituição das ações de saúde desenvolvidas no território.

Assim, realizavam-se também leituras coletivas dos prontuários, seguidas de visita técnica em conjunto com a EMSI, para então, em um segundo momento, sempre em conjunto com a EMSI das aldeias, debater e pactuar os encaminhamentos necessários para cada um dos casos. Após as intervenções e encaminhamentos, ao final das atividades nas aldeias, realizávamos nova reunião com as lideranças locais para informar e pactuar em conjunto as propostas e planos de ação para os casos acompanhados.

Esse tipo de intervenção teve como objetivo promover maior aproximação e familiaridade da EMSI com a rede de saúde mental e de cuidados comunitários locais. Considerávamos nessas avaliações, em cada caso específico, a história daquele povo no contato com a sociedade nacional, as especificidades

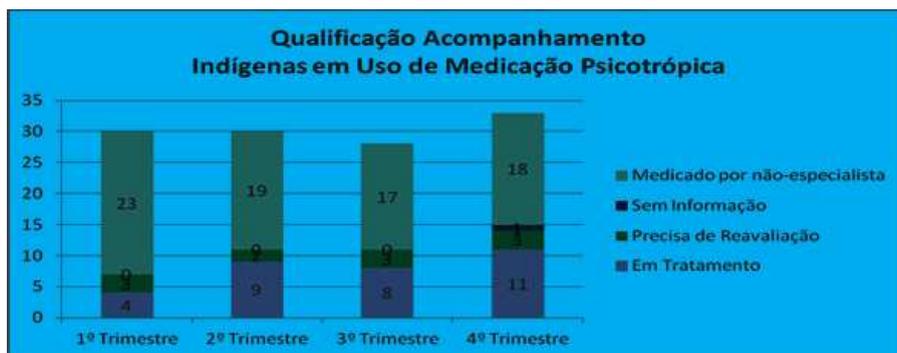


culturais e da língua, costumes e características da vida na região, trabalho, conflitos familiares, demandas relacionadas a outros serviços de assistência desenvolvidos no território adjacente. Sempre no sentido de criar estratégias de acompanhamento diferenciadas para cada um desses sujeitos e comunidades, e assim, também produzir dados e garantir atendimento das demandas de saúde mental com efetividade, qualidade e participação da comunidade.

Ao retornar ao município, ocorria ainda uma reunião com os profissionais da EMSI do Pólo Base, CASAI e com as equipes de profissionais da rede de saúde local. No caso do Pólo Base P destacado, foram realizadas reuniões em conjunto com o Centro de Atenção Psicossocial no Município P, para pactuar os encaminhamentos. Com os apoiadores do Pólo Base no local foram pactuadas estratégias de garantia da presença de alguns indígenas nas consultas de avaliação e acompanhamento do uso de medicações em psiquiatria, psicologia e serviço social no CAPs local, e seguimento aos acompanhamentos.

Ao final do ano na TIX, constavam 07 altas médicas, 05 interrupções realizadas por indígenas e familiares, que relataram melhoras do quadro, ficando a responsabilidade de serem avaliados pela EMSI. Foram identificados 07 indígenas sobre os quais não se tinha informações e que foram trazidos para acompanhamento pelo programa, reduzindo assim as subnotificações e qualificando o cuidado para estes sujeitos e seus familiares. Como ajuda a ilustrar os quadros a seguir com os dados acumulados do último ano.

Quadro 01: Banco de dados Programa Bem Viver



Fonte: Autores, 2019.

Do número total de medicados, ao concluir-se o ano, foi possível garantir que 33,3% dos casos tivessem o adequado acompanhamento, incluindo consulta com médico especialista do agravo. Quando iniciamos tínhamos apenas 13,3%. Mesmo com os 12 indígenas que deixaram de tomar medicação, somados a 02 (dois) que se mudaram para aldeias fora deste território, ocorreu uma discreta redução no número total de medicados, que passou de 37 para 33 indígenas. Com esta qualificação dos dados conseguimos ampliar e elucidar nossa leitura sobre os agravos de saúde mental do território da TIX.

Considerações

Em relação à demanda excessiva de medicações prescritas aos indígenas, somada à fragilidade no acompanhamento por equipes especializadas por conta de questões logísticas e geográficas, julgamos ser uma estratégia potente para condução deste processo, pensar a implementação de iniciativas para gestão qualificada no uso de medicamentos psicotrópicos como o “Guia de Gestão Autônoma da Medicação” (Campos et al., 2014). Trata-se de uma estratégia que propõe a co-gestão e corresponsabilidade no acompanhamento das prescrições pelas equipes, usuários e familiares. O que pode ampliar e criar caminhos para o aprofundamento de processos de autonomia e protagonismo dos povos indígenas sobre os seus tratamentos de saúde, quando da presença de prescrição de medicamentos psicotrópicos. Uma dessas interessantes ferramentas pode estar presente no uso adaptado do Guia de Apoio à Moderadores (GAM).

Considerando que a proposta de GAM surge no Canadá e tem uma necessária atualização para uso na realidade brasileira, pode ser que EMSIs, gestores da saúde indígena e indígenas em diversos territórios possam também daqui para frente se debruçar sob a tarefa de pensar a pertinência e adequações necessárias para implantação de GAM como base para condução de casos em que há prescrições de psicotrópicos para indígenas em situações de aldeias e contexto urbano, estes são caminhos ainda por percorrer na saúde indígena na atualidade, mas muito potentes.

Em relação aos movimentos de fluxos e redes de cuidado aqui apresentados, de forma breve, ajudam a propiciar um interessante debate sobre os saberes e dispositivos que são parte do processo de trabalho dos profissionais na saúde indígena. Deve ser ponto de partida para novas pesquisas sobre as formas de produzir saúde, se considerarmos as propostas apresentadas sobre novas possibilidades para as práticas de cuidado em saúde. Julgamos que tais aprofundamentos podem apresentar aos profissionais de saúde mental que atuam na política pública de saúde indígena, algumas oportunidades de conformação do processo de trabalho em saúde mental.



É evidente que, trata-se de um ensaio de diálogos introdutórios, norteado pelo objetivo de promover a importância e mesmo a urgência da qualificação do cuidado para sujeitos e comunidades indígenas em processos de sofrimento psíquico ou que, estejam em uso de medicação psicotrópica. Discutir o quanto a qualificação do cuidado em saúde mental pode ser positiva para a o avanço na promoção do Bem Viver entre os povos indígenas, apresentar um relato de experiências propositivas neste processo, pela aproximação entre saúde coletiva e a saúde indígena nas redes de atenção à saúde, especialmente, na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mas também de instituições formadoras e demais políticas públicas brasileiras.

No trabalho com povos indígenas, é preciso estar atentos às consequências imprevisíveis que podem ser geradas por interferências bruscas em sua organização social, práticas de expressão cultural, acesso à terra e recursos naturais ou mesmo práticas de cuidado em saúde, educação e/ou qualquer outra política pública, que não considerem as particularidades destes povos. Faz-se imperativo, então, que primeiramente os serviços se admitam como segunda opção aos povos indígenas. Cuidado tradicional antes dos serviços médico-clínicos, língua materna antes do português, atividades tradicionais antes dos serviços de convivência e fortalecimento de vínculo, comunidade e lideranças antes da judicialização. E para aquelas situações em que os serviços de saúde são acionados, construir ações articuladas entre as diversas políticas públicas, integradas com as práticas tradicionais de cuidado dos povos indígenas.

Referências

Barreto, J. P. L. (2013). **Wai-Mahsã: peixes e humanos. Um ensaio de Antropologia Indígena**. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós Graduação em Antropologia Social (UFAM-AM). <http://www.ppgas.ufam.edu.br/>.

Barreto, J. P. L., Dos Santos, G. M. (2017). A Volta da Cobra Canoa: em busca de uma antropologia indígena. **Revista Antropologia** São Paulo Online. Vol. 60, n.1:84 - 98.

Brasil. (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde**. bvsms.saude.gov.br.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. **Portaria nº 254. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. <http://www.planalto.gov.br>.

Brasil. (2019). Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde lança agenda estratégica de prevenção do suicídio**. <https://portal.arquivos2.saude.gov.br>.

CIMI. (2019). **Conselho Indigenista Missionário**. Site da Instituição. <https://cimi.org.br/>.

FOUCAULT, M. (2008). **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no College de France (1978-1979). Martins Fontes Editora.

Franco, T. B. (2013). As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In EE Mehry&TB Franco. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora.

Franco, T. B. (2015). Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Revista Saúde e Sociedade**. <http://www.scielo.br/>.

GARNELO, L. (2014). O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In CC Teixeira, LGarnelo (Org.) **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**. Ed. Fiocruz.

Campos, R. T. O., Passos, E., Palombini A. et al. (2014). **GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO (GAM) - Guia de Apoio à Moderadores**. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS.<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/>.

ISA. (2001). Instituto Socioambiental. **Povos Indígenas do Brasil**. <https://www.socioambiental.org/>.

Jacinto, A. B. M., MacDowell, P. L., Duarte, T. M. (2017). **Notícias de meio do caminho: alguns desafios para as políticas de atenção psicossocial na região do Cone Sul do Mato Grosso do Sul**.www.scielo.br.

Lima, A. C. S. (1992). **O governo indígena sob a gestão do SPI**. In: M. Carneiro da Cunha (org.) História dos Índios no Brasil. FAPESP/SMC, Companhia das Letras.

Lorenzo, C. F. G. (2011). Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**.

Mehry, E. E. (2002). **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Hucitec Editora.

Mehry, E. E. (2013). O Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: EEMehry; TB Franco. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. Hucitec Editora.

Souza, L. E. P. Fet al. (2019). Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.24, n.8, p. 2783- 2792.

Valente, R. (2017). **Os fuzis e as flechas: História de sangue e resistência indígena na ditadura**. Coleção Arquivos da Repressão no Brasil. Companhia das Letras.



Trabalho em saúde, (des)aprendizagem e criatividade no cuidado aos povos indígenas: relato de experiências

07

Bruna Tadeusa Gennaro Martins de Oliveira
Túlio Batista Franco

Apresentação

O presente texto traz algumas experiências de trabalho na atenção a saúde dos Guarani⁸, Kaiowá⁹ e Terena¹⁰, da região de Dourados, no sul do Mato Grosso do Sul, as quais se deram no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Atenção à Saúde Indígena (RMSI), do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU/UFGD). Tem por objetivo analisar vivências junto as equipes multiprofissionais de diferentes serviços, a fim de fomentar reflexões sobre a produção de cuidado aos grupos indígenas e sobre as (des)aprendizagens que se fazem necessárias para tal, bem como sobre a inventividade do trabalho em saúde e sua contribuição para com a configuração de clínicas contrastantes ao modelo hegemônico, que também se transpõem às práticas de atenção a estes povos.

Para tanto, maior ênfase recairá sobre dois casos acompanhados pela autora, no processo de formação e trabalho como psicóloga residente, que ilustram as problematizações do fazer em saúde considerando as especificidades da população em questão. A partir de inúmeros encontros com indígenas das três etnias, entre os anos de 2017 e 2019, foram suscitados questionamentos, angústias e deslocamentos, que permeiam a discussão aqui proposta.

8 - Se refere ao subgrupo Guarani Nhandeva, que aqui aparece somente como Guarani, visto que, em Mato Grosso do Sul, estes indígenas se autodenominam Guarani (Vieira, 2016).

9 - Também é um subgrupo dos indígenas Guarani, no Brasil, que se autodenomina Kaiowa. Para mais, ver Chamorro (2017).

10 - Grupo da família linguística Aruák, que habita a região mais meridional. No Mato Grosso do Sul, estão concentrados, principalmente, na região dos rios Aquidauana e Miranda, afluentes do rio Paraguai (Troquez, 2019).

Faz-se importante, já de início, discorrer sobre a organização da referida Residência e dos pontos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) que lhe servem de campo de atuação, bem como, introduzir dados gerais sobre os territórios em que os indígenas da região mencionada habitam, e assim, contextualizar os relatos seguintes e as discussões que deles emergirão.

Neste sentido, vale dizer que a RMSI do HU/UFGD, criada em 2010, é a única no país, com ênfase na atenção aos indígenas, até o momento. Assim sendo, direciona suas atividades teóricas e práticas à capacitação de enfermeiros, psicólogos e nutricionistas para uma atuação ética e crítica, que observe as particularidades destes povos e considere a multiplicidade de fatores envolvendo seus processos de adoecimento. Para tal, aproxima-se do campo da Antropologia, da História e segue costurando com reflexões sobre corporalidade, cosmologia e territorialidade para pensar as diferentes concepções de saúde e a relação desta com a posse de terras tradicionais, o uso de recursos naturais e a proteção dos modos de ser indígena (UFGD, 2017).

Ao longo de dois anos, os residentes rodiziam em diferentes setores do próprio HU/UFGD, além de colaborar com atividades do Núcleo de Saúde Indígena da instituição¹¹. Eles não transitam simplesmente por estes espaços, ademais, os colocam em trânsito com seu olhar e seu fazer instituintes (Costa; Rodrigues, 2018), uma vez que ocupam um lugar de triangulação entre o ser estudante, ser profissional e ser usuário, tendo maior liberdade para pensar as ações que produzem cuidado e não cuidado nos serviços de saúde (Bottega; Castro, 2018).

Também percorrem o Hospital e Maternidade Porta da Esperança ou Hospital da Missão¹², localizado no domínio da Reserva Indígena de Dourados (RID¹³), a Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI) e caminham junto às equipes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), nos Postos de Saúde e outros pontos de atendimento do Pólo Base de Dourados¹⁴, tendo contato direto com o cotidiano de tais grupos e com o trabalho no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS).

Nas vivências em território indígena, o corpo sente grudar a poeira vermelha que se levanta das estradas de terra, ou a lama que se forma com a chuva, e logo faz surgir na memória frases ouvidas em alguns serviços: *“índio é sujo! Não*

11 - Criado a partir da portaria 2.663 de outubro de 2017.

12 - Criado pela Missão Evangélica Caiuá, em 1963, e que até a década de 70, foi o único serviço de saúde disponível aos indígenas da região (Fernandes et al., 2019).

13 - Também chamado de Posto Indígena Francisco Horta Barbosa, foi demarcado pelo Sistema de proteção ao Índio (SPI), em 1917 (Fernandes et al., 2019).

14 - Compõe o Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul (DSEIMS)



toma banho e chega aqui todo cheio de terra”, ou ainda, “Tal mãe não cuida direito do filho. Estava tão sujo quando chegou aqui, que seria preciso dar banho de água sanitária para limpar” (Diário de campo). O olhar atento, ao fitar as contraditórias fileiras de roupas lavadas e estendidas em fios e galhos que formam varais nos terreiros das habitações, traz outras perspectivas sobre as constatações referidas e faz pensar sobre as distâncias e proximidades entre o mundo urbano douradense e aquele à margem, na beira da rodovia, onde se localiza a RID¹⁵, assim como acampamentos e algumas Terras Indígenas (TI) da região.

Com o tempo e a crescente aproximação das comunidades, vão se limpando as lentes interpretativas daqueles que conseguem se reconhecer em permanente processo de (des)aprendizagem, o que se estende aos que não estão em processo formativo na RMSI e compõem o quadro funcional dos serviços. Estes têm a possibilidade de construir, criticamente, outras compreensões sobre os atravessamentos que se dão no contato intercultural, à medida que percebem que as diversas marcas da violenta colonização das terras que compõem o atual Mato Grosso do Sul (Vieira, 2016) se inscrevem na vida dos indígenas, no tempo presente, em forma de “pobreza”, “vulnerabilidade”, “alcoolismo”, “suicídio”, em suma, como desigualdades sociais e em saúde que marcam os processos de vida, adoecimento e morte desta população (Mota; Nunes, 2018).

A assunção de uma postura reflexiva sobre o trabalho com grupos indígenas aumenta a sensibilidade para perceber que a mesma violência colonizadora se reverbera, em situações corriqueiras, dentro e fora dos serviços de saúde, pela reprodução de estereótipos e preconceitos que habitam o imaginário popular regional, como mostram as falas supracitadas.

A proposição que aqui se faz é que os encontros com os usuários indígenas e suas demandas, nas distintas cenas do trabalho em saúde, são potentes enquanto disparadores de reflexões e mudanças de perspectiva, e, assim como o foi para a autora, podem vir a se configurar como fator de afetivação, no sentido colocado por Suely Rolnik, como algo que impacta no micro-cosmo, chega até o sujeito e afeta a sua forma de significar o mundo, produzindo, assim, uma nova subjetividade com base no encontro ocorrido (Franco; Merhy, 2013). Isto é, podem afetar em diferentes intensidades, causar desterritorializações, impulsionar a (des)aprender sobre a questão indígena. Deste modo, podem produzir novas formas particulares de conceber, sentir e significar o cuidado e, portanto, de interagir criativamente nos modos de efetuar-lo, considerando as especificidades da população em pauta (Franco; Merhy, 2013). É disso que trata o presente texto.

■ 15 - Para maiores informações, ver Mota e Cavalcante (2019). ■

Agora, sobre o cenário em que vivem cerca de 18 mil indígenas na região de Dourados: estão distribuídos nas Aldeias Bororó e Jaguapiru, localizadas no domínio da RID, em 03 TI e em 09 acampamentos, na circunvizinhança do município em questão (Brasil, 2017), onde contam com exígua proporção de terra e não tem garantidas as condições mínimas para a manutenção de suas formas próprias de organização social e política (Vieira, 2016).

As frequentes disputas pela posse de suas terras tradicionais, que ainda estão em processo de reconhecimento pela União, afetam sobremaneira estes grupos e tem ceifado muitas vidas (Oliveira, 2016). Com repercussões para o bem viver dos indígenas, a questão da demarcação também atravessa o trabalho em saúde e a garantia de um cuidado pautado por uma abordagem diferenciada, em consonância com suas especificidades, como preza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (Brasil, 2002).

É com este desafiante pano de fundo que os trabalhadores dos diferentes serviços da rede SUS desenvolvem suas atividades de recuperação, proteção e promoção de saúde com a população em questão. No caso específico do Pólo Base de Dourados, os vários técnicos e especialistas que o compõem mergulham no cotidiano das comunidades e transitam pelo território, buscando o fortalecimento das ações da atenção básica, a despeito dos entraves logísticos, da limitação de material e de recursos humanos, bem como das dificuldades que se colocam à produção de um cuidado que considere a variabilidade dos modos de ser indígena, sua cosmovisão e práticas tradicionais.

A partir destes e de outros pontos críticos que emergem nos encontros com os usuários indígenas, nos diferentes serviços da rede SUS (Ribeiro; Arantes; Gualda; Rossi, 2017; Langdon; Dihel, 2007; Novo, 2011), seguem discussões a respeito das (des)aprendizagens e inventividades no trabalho em saúde para o encaminhamento das demandas desta população. Em um primeiro momento, se abordará a composição de redes de cuidado que funcionem em articulação com os diferentes atores, espaços e práticas dos sistemas tradicionais indígenas e outras lideranças que sejam de referência para a comunidade com que se trabalha. Posteriormente, serão tecidas reflexões sobre os encontros e as tecnologias relacionais como agenciadores da produção de cuidado, bem como sobre o trabalho criativo e sua contribuição para a configuração de clínicas desviantes ao modelo hegemônico, também transposto à atenção prestada a estes povos.

Algumas contribuições do Pensamento Decolonial serão trazidas à baila para fomentar tais discussões, à medida que as experiências vividas forem se desvelando em forma de narrativa e servindo de ilustração para o debate teórico que envolverá, em linhas gerais, o cuidado em saúde, a questão do trabalho e sua micropolítica.



Considerações sobre (des)aprender para cuidar

O primeiro caso¹⁶ que servirá de disparador para este diálogo, se tornou conhecido pela autora em 2018 sendo acompanhado em uma unidade hospitalar em que atuava como psicóloga residente. Não serão apresentadas maiores informações sobre o referido serviço, nem detalhes a respeito dos procedimentos realizados durante os aproximados 4 meses de internação, pois a atenção se voltará para a repercussão dos acontecimentos e dos encontros no cenário retratado a seguir.

José¹⁷, de 1 ano e 8 meses, etnia Kaiowá, deu entrada no setor de cuidados pediátricos com quadro agravado de desnutrição e desidratação, e como consequência de uma condição que se mostrava de longa data, seu crescimento e desenvolvimento estavam comprometidos, afetando sua capacidade de comunicação e locomoção.

Na anamnese, a mãe, Irene, relatou que percebia a criança muito triste e quieta, aparentando ter alguma doença. Disse dispor de uma quantia bastante limitada de alimentos, já que o companheiro, Inácio, trabalhava fazendo diárias, enquanto ela se ocupava das crianças, sendo um bebê, filho do casal, outras duas filhas dele, além de José, fruto de seu relacionamento anterior. Porém, afirmou que a questão era José parecer não ter apetite, motivo pelo qual buscava pelo tratamento médico.

Esta família provinha de um acampamento adjacente à periferia douradense e era acompanhada por uma equipe multidisciplinar volante do Pólo Base em questão, que realizava atendimentos semanais ou quinzenais na comunidade, a depender das demandas de todo o território que abrange e dos arranjos para o deslocamento até o local. Sabia-se que, pelo fato de José ser filho de outro homem, havia uma situação conflituosa entre o casal, o que se somava ao fato dele estar abaixo do peso esperado e isso motivava visitas adicionais à família, bem como o uso de medidas paliativas quando surgia a queixa de falta de alimento. Entretanto, ações mais específicas eram dificultadas, já que, nas abordagens com Irene e as crianças, Inácio se fazia presente e aparentava resistência a algumas intervenções, mas tudo aparentava caminhar dentro do possível.

Nos primeiros dias da internação de José, a mãe e seu bebê caçula, ainda lactente, permaneceram como acompanhantes da criança, mas, com a impossibilidade de previsão da alta, Irene retornou para casa, para o cuidado dos que lá haviam permanecido.

16 - Informações em Diário de Campo.

17 - Este e os outros nomes apresentados são fictícios.

No período em que ela esteve no hospital e em visitas posteriores, foram várias as tentativas de maior aproximação para compreender melhor o caso, até que Irene relatou que deixara de amamentar José, aos 6 meses, quando conhecera o atual companheiro, pois este se incomodava com a atenção que ela dispndia ao filho, por ele ser de seu relacionamento anterior. Assim sendo, ela se ocupava mais da criança na ausência de Inácio. Com ele presente, José permanecia deitado em um cercadinho, afastado do convívio com os demais e só era atendido quando chorava muito.

Em certa discussão entre alguns membros da equipe hospitalar, considerava-se o fato de que, geralmente, para os Kaiowá, quando o homem ou a mulher entra em nova relação já tendo filhos, estes passam a viver com algum parente¹⁸, o que não fora realidade para José, uma vez que sua mãe crescera em um abrigo e perdera o contato com os familiares, seu pai já havia falecido e ela não mantinha laços com seus parentes.

Mesmo evidenciada tal fragilidade para a configuração de uma rede de apoio familiar diante da problemática, a possibilidade de alta fez com que alguns trabalhadores manifestassem posição contrária ao seu retorno para a família, onde voltaria a conviver com o padrasto e a mãe, neste caso, considerada como indisposta a protegê-lo.

À medida que esta resistência se fortalecia e que surgia como alternativa a defesa de seu encaminhamento para instituição de acolhimento, também se iniciava uma mobilização para firmar um diálogo interinstitucional e intersetorial, envolvendo o casal e as demais pessoas que pudessem compor uma rede de cuidado, que se pretendia acionar para garantir a permanência saudável de José em sua casa. Assim, foram reunidos trabalhadores da SESAI, da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), do Conselho Tutelar e a liderança do acampamento onde moravam.

Com a troca de diferentes informações e perspectivas a respeito do caso, esta rede passou a se tensionar e a organizar os meios para pensar ações conjuntamente com o casal. Assim, realizou-se uma conferência familiar com o objetivo de expor a situação de saúde de José, a partir da lógica biomédica, e ouvir as compreensões da família sobre seu adoecimento e terapêuticas possíveis. Neste episódio, percebeu-se a necessidade de chamar à participação algum representante da igreja pentecostal frequentada por Inácio e Irene, uma vez que o discurso religioso permeava fortemente as explicações por eles concedidas.

■ 18 • Sobre a organização do sistema de parentesco Kaiowá, ver Pereira (1999). ■



O caso continuou sendo acompanhado pelos trabalhadores e lideranças citados e, sem atentar aos pormenores do ocorrido em seguida, cabe destacar que José retornou para casa, com melhora significativa na capacidade de locomoção e comunicação. Em acordo com a família, os diferentes componentes da rede de cuidado passaram a realizar visitas domiciliares, com regularidade, e se mantiveram articulados para garantir proteção e promoção de saúde para José e os seus.

Muitas reflexões podem ser feitas a partir deste relato, mas serão levantadas apenas as questões que constituíram desafios ilustrativos para as discussões que aqui interessam envolvendo as (des)aprendizagens importantes para o cuidado em rede, em contexto de atenção à saúde dos indígenas.

Vale ressaltar que esta proposta tem por pressuposto a compreensão de que o cuidado é um acontecimento que se produz a partir da micropolítica dos encontros que ocorrem nas cenas do trabalho em saúde (Franco; Merhy, 2013), ou seja, nas práticas cotidianas, envolvendo trabalhadores e usuários dos serviços. Isso significa reconhecer que a produção do cuidado é centrada no trabalho vivo em ato¹⁹, o que, por sua vez, remete ao caráter relacional do trabalho em saúde, já que ele se dá sempre com base em um encontro (Franco, 2013), e também diz de sua dimensão subjetiva, posto que a maneira singular de cada pessoa significar o trabalho e o cuidado agencia o modo como se produz o agir em saúde (Franco; Merhy, 2012).

A estas considerações, cabe agregar o entendimento de que o campo das práticas de atenção à saúde dos povos indígenas configura arenas de interlocução e embate (Diehl; Langdon, 2015) e constitui uma zona de contato onde acontece o encontro colonial entre esta população e os agentes das políticas de saúde, representantes do Estado (Ferreira, 2013); entre suas formas próprias de conceber a saúde, de explicar o adoecimento e tratá-lo, e a racionalidade biomédica.

O caso de José serve de ilustração neste sentido, especialmente, no que tange ao confronto entre distintos modelos explicativos para a causalidade de seu adoecimento. Segundo a narrativa da mãe e do padrasto, este se justificava por ações indevidas de seu falecido pai e se relacionava a questões espirituais, de modo que sua recuperação ou morte estavam a cargo da vontade de Deus, em última instância, e a terapêutica médica era somente parte de um plano maior.

Para não incorrer no erro de analisar a perspectiva do casal de modo reducionista, ou como se ela pudesse corresponder à da população Kaiowa geral,

19 - O trabalho em seu exato momento de produção e criação; aquele que se realiza na atividade do trabalhador e é, portanto, por ele controlado (Franco; Merhy, 2012).

abre-se um parêntese para ressaltar que toda uma complexidade permeia as diferentes concepções e práticas relacionadas ao adoecimento e que elas não são fixas ou fechadas. Pelo contrário, estão em constante resignificação e são redefinidas e negociadas na interação social (Pícoli; Adorno, 2008). Assim, há que se considerar que a doença é percebida diferentemente pelas pessoas e que, neste caso específico, mostrou-se estreitamente relacionada ao universo cristão pentecostal amalgamado com a cosmovisão própria do grupo indígena em questão, pontos que serão mais bem discutidos adiante.

Retomando a exemplificação, a conduta adotada pelos profissionais²⁰ integrantes da rede pode ser considerada como de busca por uma aproximação entre pensamento e fazer biomédicos e as compreensões apresentadas por Irene e Inácio, uma vez que chamaram as lideranças local e religiosa que lhes eram referência para a construção do projeto terapêutico. Porém, não se pode negar a hegemonia do discurso biomédico na condução do caso, nem a existência de relações de poder assimétricas bem marcadas em que os profissionais, como representantes do “pólo dominante” (Estado), estavam em posição de decidir o que se faria para recuperar e manter a saúde de José, assim como de verificar a capacidade da família, o “pólo dominado”, se organizar para tal (Oliveira, 2000).

Fazer este reconhecimento não significa negar que o casal, assim como ambas as lideranças acionadas para o cuidado, tenha tido papel ativo neste processo. Pelo contrário, em diferentes momentos eles tensionaram a rede com solicitações, sugestões, atitudes, com seu “tempo kaiowa”²¹, com a não adesão do que estava prescrito ou era esperado, como por exemplo, quando Irene foi para casa e não permaneceu com o filho em internação. Assim, nesta interação entre trabalhadores e família usuária do serviço de saúde, todos fizeram parte das ações que se produziram (Franco, 2015), estando em constante processo de negociação (Pícoli; Adorno, 2008).

O que se pretende, portanto, é evidenciar as disputas simbólicas aí presentes, assim como no campo da saúde em geral, e apontar a predominância da perspectiva biomédica em detrimento da outra maneira de apreender o mundo, a vida e o adoecimento (Pícoli& Adorno, 2008; Oliveira, 2000; Pontes, Rego&-Garnelo, 2015). Esta sobreposição de uma forma de conhecimento (e leia-se, eurocêntrica²²) sobre as demais, é a própria atuação da colonialidade na esfera

20 - O trabalho em seu exato momento de produção e criação; aquele que se realiza na atividade do trabalhador e é, portanto, por ele controlado (Franco; Merhy, 2012).

21 - Este termo não é apresentado como um conceito, mas em referência à forma temporalmente particular com que os Kaiowá parecem se colocar na vida e reagir ao mundo, a qual é percebida como diversa daquela não indígena, consideração que se baseia nas experiências da autora e falas de alguns e que não pretendem ter um peso de verdade.

22 - Pois dentro da racionalidade da ciência moderna, nascida na Europa, em meados do século XVIII (Santos, 2008).



epistemológica – a colonialidade do saber. Ou seja, um modo de consolidação da colonização por meio da racionalidade científica (biomédica), que se afirma superior, pois neutra, objetiva, e universal, e inferioriza outras maneiras de conhecer o mundo (Tonial; Maheirie; Garcia Junior, 2017).

Para além, em nome das verdades produzidas pela ciência, governa-se vidas, atua-se sobre corpos e nega-se as existências (Tonial; Maheirie; Garcia Junior, 2017). O caso em questão é tão somente mais um dentre tantos acontecimentos no cotidiano dos serviços de saúde e que elucidam a colonialidade permeando as ações de atenção aos indígenas.

Cabe destacar que a hegemonia do discurso biomédico nos encontros entre trabalhadores e usuários, bem como a consequente assimetria posta à relação especialista *versus* paciente, colocam-se como um importante entrave para o estabelecimento do esperado diálogo interétnico, neste contexto, que pressupõe relações horizontais, em que não haja a dominação de um interlocutor sobre outro, mas, sim, a legitimação dos múltiplos lugares de fala e de produção de conhecimento (Oliveira, 2000; Mota; Nunes, 2018).

Há que se admitir a complexidade que envolve o estabelecimento deste diálogo. No entanto, é premente a necessidade de considerar os serviços de saúde como espaços possíveis para sua efetivação (Pícoli; Adorno, 2008) e um local onde ela se faz necessária, já que o diálogo interétnico é de fundamental importância para que as práticas sejam diferenciadas, pautadas na equidade, integralidade do cuidado, na valorização e inclusão dos saberes e fazeres tradicionais (Oliveira, 2000).

Para que a atenção à saúde dos indígenas se constitua em relações dialógicas de perfil interétnico é preciso uma atuação crítica e autocrítica (Oliveira, 2000). Isto é, um fazer com base no reconhecimento do território onde se trabalha, no conhecimento de sua realidade e das múltiplas questões que a atravessam e geram específicas iniquidades em saúde; um fazer que relativize a biomedicina e a entenda como um modelo cultural de saúde, dentre tantos outros, o qual tem sua importância e suas limitações (Langdon, 2005).

Admitir a condição de não saber tudo é um passo em direção ao rompimento de verdades naturalizadas e de posições desiguais socialmente determinadas (especialista *versus* paciente e colonizador *versus* colonizado). Fazê-lo configura uma estratégia de produção de um cuidado cuidador, uma vez que consiste em estar aberto a ouvir e a (des)aprender através do que os usuários dizem sobre sua experiência da doença, como cuidam de si e quando/como querem ser auxiliados neste processo (Langdon, 2005).

Dito de outro modo, um fazer em saúde que se pretenda diferenciado e fundamentado no diálogo interétnico deve se produzir *com* o território, *com* as comunidades e *com* os usuários indígenas, buscando escapar à lógica das práticas verticalizadas que se fazem *para* estes. É, portanto, um trabalho em saúde que tem como imprescindível para a produção de cuidado aquilo que os usuários entendem como sendo importante para seus modos de caminhar em suas vidas.

Por meio da colonialidade do saber, a biomedicina tem autorizado seus especialistas a operarem silenciamentos intraduzíveis contra os povos indígenas e eles não se tornarão audíveis, condição imprescindível para seu bem viver, enquanto se manter a pretensão de ser porta-voz dessas pessoas para suas demandas em saúde e meios de respondê-las (Miglievich-Ribeiro, 2014).

Assim, para usar as palavras das próprias mulheres Kaiowa e Guarani da região sul de Mato Grosso do Sul, o fazer necessário para o cuidado aos indígenas é aquele que caminha de mãos dadas com a medicina tradicional, reconhecendo que nela há chás, ervas, massagens, rezas/*ñembo*'e e outros meios que fazem parte da atenção à saúde; é um fazer que sabe ser escuta da medicina Guarani e Kaiowa (KunãngueAtyGuassu, 2019).

O trabalho em saúde, nestes parâmetros, remete ao reconhecimento de que há constantes negociações entre os serviços e seus usuários, no que concerne à identificação da doença e forma mais adequada de tratá-la (Langdon, 2005; Pícoli& Adorno, 2008), assim como há uma diversidade de itinerários terapêuticos possíveis, na busca pelo cuidado, e que distintas formas de atenção coexistem, neste processo (Langdon, 2012; Pontes; Rego; Garnelo, 2015; Novo, 2011).

A este respeito, muito pode ser acrescido e assim se fará no seguimento do texto. Por ora, interessa chamar atenção para um fato da experiência de cuidado a José e sua família já anunciado e que aqui ganha vez: a interface entre saúde, cosmovisão indígena e práticas religiosas pentecostais.

Uma primeira ressalva indispensável é que há uma variabilidade imensa de explicações no que concerne à cosmologia Kaiowa, e que diferentes grupos e interlocutores falarão cada qual à sua maneira sobre o imanente e o transcendente, bem como sobre o que aconteceu em tempos antigos e daquilo que virá a ser, ambos passando pelo tempo presente (Chamorro, 2017).

Outro apontamento importante é que não se pretende esgotar as discussões sobre a temática evocada, mas, tão somente, lançar luz sobre a existente relação entre a ordem cosmológica ou do campo sociocósmico, que inclui uma perspectiva própria de cultura e natureza (Castro, 1996), e o sistema tradicional



de saúde indígena, cujas noções de corpo e de pessoa são muitos diferentes das não indígenas (Pícoli; Adorno, 2008; Langdon, 2005).

Neste sentido, há que se considerar as implicações da colonização sobre a redefinição de sua maneira organizativa social, política e moral refletindo na harmonia cosmológica e, portanto, em seus processos de vida e de adoecimento (Fernandesetal., 2019). Isto, pois, após seu confinamento²³ e contato com os sistemas e signos não indígenas, diminuíram as possibilidades de manutenção das condições necessárias ao exercício do “bom modo de ser” ou “bom modo de viver”²⁴ Kaiowa, que diz dos costumes, normas éticas, rituais, mitos de origem e utopias ligadas ao bom desenvolvimento de suas vidas (Chamorro, 2017).

Assim sendo, sem *Tekoha*²⁵, o território tradicional, não tem terra boa para plantar, não tem como colher e batizar²⁶ os alimentos; não tem matas com plantas medicinais e matéria-prima para as habitações; não tem lugar para os rituais e as festividades e, assim, não há como viver bem, não há bem viver (Mota, 2019).

No trecho abaixo, do Documento Final da VII KuñangueAtyGuasu²⁷, tem-se o registro das vozes das mulheres Kaiowa e Guarani a este respeito:

Com o avanço do desmatamento, da não demarcação de terras indígenas, queimadas e altas doses de veneno, a medicina tradicional está bem enfraquecida, as árvores choram, os rios sangram, a terra arde em chamas e com elas morre lentamente a população indígena desse país (KunñangueAtyGuassu, 2019).

É evidente que a demarcação das terras tradicionais, garantindo o bem viver no *Tekoha*, tem caráter vital e está relacionada ao fortalecimento das práticas de cuidado próprias destes grupos. Nesta perspectiva, em que as doenças têm significados diretamente atrelados ao contexto cosmológico (Langdon, 2005), a manutenção das rezas/*ñembo'e*, dos cantos, do batismo/*ñemongaraie* do uso de remédios tradicionais/*pohãroysã*, para citar alguns dentre muitos componentes ritualísticos, são elementos essenciais para seu ordenamento e respectiva garantia de seu bom modo de ser/viver (KunñangueAtyGuassu, 2019; Chamorro, 2017).

Também não se pode negar que este campo de interface entre cosmovi-

23 - É o processo posterior ao dismantelamento das famílias extensas, quando os Guarani e os Kaiowá perderam seus territórios tradicionais e foram confinados no interior de reservas (Vieira, 2016).

24 - É uma aproximação do que se entende por religião, uma vez que não há termo equivalente para tal, na língua guarani.

25 - É o território onde se é e se constrói uma forma de ser gente; é o território imprescindível para a reprodução de um determinado modo de ser e de viver (Mota, 2019).

26 - Ritual em que as mulheres abençoam os alimentos para que façam bem ao corpo (Chamorro, 2017).

27 - Grande Assembleia das Mulheres Kaiowá e Guarani.

são indígena e os processos de saúde e doença vem sendo atravessado pela perspectiva e práticas do cristianismo pentecostal, cada vez mais presente no interior de comunidades indígenas, produzindo transformações sensíveis em sua configuração (Moraes, 2019).

Sem aprofundar nesta questão, vale dizer que, se por um lado identifica-se certa conexão entre as formas de expressão da cosmologia Kaiowa e o pentecostalismo, especificamente no que tange à possibilidade de ressignificação da sociabilidade dos grupos de parentesco²⁸, por meio do senso de pertencimento a uma “família” pentecostal, por outro lado, esta teologia coloca uma série de impasses à reprodução do sistema social tradicional (Pereira, 2004; Moraes, 2019), em especial no que se refere à desvalorização de algumas cerimônias antigas e à demonização das práticas dos rezadores/*ñanderue* rezadoras/*ñandesy* indígenas (Moraes, 2019).

Apesar das tensões que se estabelecem nesse cenário, cabe destaque ao fato de que muitos indígenas se apropriam dos discursos e práticas pentecostais, sem abandonar aquelas ditas tradicionais, em um movimento de reinvenção de suas experiências religiosas (Moraes, 2019). A complexidade envolvendo este arranjo entre cosmovisão indígena e pentecostalismo se fez presente no caso de José, ilustrada nas explicações em que o nexos causal para seu adoecimento aponta para questões espirituais e, também, por outro fato de sua história não relatado anteriormente: que, na ocasião de seu nascimento, ele recebera um nome diverso e fora renomeado após a união de sua mãe com o padrasto.

A (re)nomeação de José é tomada como exemplo à complexidade da mescla destas perspectivas, pois ela é algo muito importante na tradição Kaiowa, uma vez que marca o recebimento oficial da criança no seio da comunidade e garante a proteção a sua saúde. Em cerimônia específica (*mitãmo'éry*), recebe-se o nome que ornará a vida da pessoa, mas se ele for considerado falso, acarretando o adoecimento, deve-se refazer o ritual para que o novo nome traga equilíbrio entre ela e sua alma (Chamorro, 2017).

Segundo a narrativa de Irene, José não participou desta cerimônia, ao nascer, mas a opção pela troca do nome do filho parecia estar relacionada às maldições que ele poderia carregar, devido ao estilo de vida errante do pai biológico.

Este foi um dado importante para a mobilização da rede em direção à busca de ações que se efetuassem como cuidadoras para a família em questão, pois pôs a necessidade de se considerar o impacto dos sistemas cosmo-

■ 28 - Para aprofundar na discussão, ver Pereira (2004). ■



lógico e religioso nos processos e práticas em saúde, suscitando reflexões sobre os aspectos diacríticos do ser indígena e evidenciando a urgência de atentar para os estereótipos do “índio de verdade”²⁹, que podem impor barreiras à adoção de estratégias de cuidado que respondam às demandas específicas de usuários indígenas, ao se considerar saber, de partida, do que estes precisam para tal (Mota; Nunes, 2018).

No que concerne ao presente texto, este é um ponto que marca a retomada de discussões já introduzidas e, para isto, serão evocadas outras experiências que conduzirão para a abordagem do aspecto criativo e inventivo do trabalho em saúde.

Considerações sobre a criatividade do trabalho em saúde

O contato da autora com este segundo caso³⁰ se deu na unidade hospitalar em que atuava, em 2018, na ocasião de seu encontro com familiares de Alcione, jovem Kaiowa, proveniente de uma TI da região douradense, que tivera complicações no pós-parto e cujo recém-nascido apresentava uma condição congênita que requeria internação prolongada em Unidade de Cuidados Intermediários (UCI).

Alcione sentia fortes dores no abdômen e, inicialmente, não tinha um diagnóstico preciso para a infecção que a acometia. Com a piora progressiva de seu quadro clínico, a admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se fizera necessária, assim como intervenções cirúrgicas para lavagem de sua cavidade abdominal. O companheiro, Júlio, a mãe e os 03 irmãos arranjavam-se para visitá-la diariamente e, também, acompanhar seu bebê hospitalizado, tentando superar as dificuldades de deslocamento e manejar conflitos que a situação desencadeara, assim como compreender a terapêutica que ali era oferecida para ambos.

Sem descrever os detalhes dos cuidados hospitalares prestados, cabe destacar que, ao longo de aproximados 04 meses, Alcione esteve no serviço em questão, alternando entre a UTI e o setor de Clínica Cirúrgica, enquanto o filho recebia tratamento na UCI. Este foi um período que exigiu adaptação às regras institucionais, às novas condições do adoecimento e suas sequelas, e que trouxe várias questões relacionadas às condições de saúde do filho e ao afastamento de seu modo de vida na comunidade.

Diante desta conjuntura, as equipes dos diferentes setores envolvidos buscaram por estratégias para favorecer a aproximação entre Alcione e o filho e para

29 - Aquele que vive de acordo com suas tradições.

30 - Informações em Diário de Campo.

minimizar os entraves comunicacionais entre trabalhadores e familiares. Proporcionavam encontros entre a mãe e o bebê e conferências familiares para expor as compreensões da biomedicina sobre o adoecimento de ambos e para entender como este processo era vivido e representado por todos.

Ao completar parte do tratamento e sentir maior vigor, Alcione passou a manifestar, com frequência, necessidade de retornar para casa e estar próxima aos seus, assim como para realizar práticas de cuidado imprescindíveis para sua recuperação. A equipe hospitalar manifestava oposição a sua ida e defendia que a internação se fazia necessária, uma vez que ela possuía uma ferida operatória em processo de fechamento. Ademais, apontava que sua condição exigia um ambiente em que os riscos de novas complicações fossem diminutos, o que não condizia com a realidade da vida em sua comunidade.

Em acordo entre usuária, familiares e equipes multiprofissionais hospitalar e de referência no território, decidiu-se que Alcione seria transferida para outra unidade de atendimento, onde a visitação de seus parentes seria facilitada, devido à maior proximidade. Mesmo em novo local e com configurações mais flexíveis na rotina de cuidados, sua demanda de retorno para casa não cessara e acabou se efetivando, apesar das tentativas para que a terapêutica seguisse conforme o preconizado para seu caso, dentro da lógica biomédica: em ambiente hospitalar.

De volta para sua comunidade, a equipe volante de referência do Pólo Base assumiu o acompanhamento de seus cuidados, que se produziam na coexistência de práticas tradicionais, como a realização de rezas e o uso de ervas, com a administração de medicamentos alopáticos e algumas intervenções biomédicas. Muitos desafios surgiram no cenário retratado, mas o foco se manterá na produção de ações para responder ao inusitado que o caso suscitara.

Assim como no relato de José, as experiências de Alcione remetem ao fato de que, na produção de cuidado à saúde, há uma pluralidade de sistemas e itinerários terapêuticos possíveis (Pontes; Rego; Garnelo, 2015), de modo que os serviços, seus trabalhadores e usuários negociam, constantemente, as formas de representar, identificar e tratar a doença (Pícoli; Adorno, 2008). O que de específico pode ser ressaltado, neste último, é que o retorno para o território garantiu a possibilidade de Alcione gerir com maior autonomia as modalidades de cuidados disponíveis, por meio de práticas de autoatenção, uma vez que, nos serviços onde esteve internada, as próprias regras, procedimentos e rotinas institucionais asseguravam à biomedicina a posição hegemônica de julgar quais terapias que deveriam ser estimuladas ou eliminadas (Langdon; Diehl, 2007).

A dificuldade dos serviços e trabalhadores reconhecerem que as fronteiras



entre a biomedicina e outras formas de atenção são permeáveis, e que usuários indígenas reinterpretam, ressignificam e fazem uso das terapias biomédicas para seus próprios fins, desfavorece ações em saúde que articulam e integram as práticas tradicionais de cura e aquelas ofertadas pelos serviços, nos territórios indígenas (Langdon; Diehl, 2007; Mota; Nunes, 2018).

O caso de Alcione pôs a necessidade deste reconhecimento, especialmente em sua ida para casa, contrariando as orientações e prescrições das equipes. Ele também requereu o trato de questões que surgiram como demandas singulares desta usuária e sua família, e que fugiram completamente de qualquer previsão do conhecimento estruturado e dos protocolos institucionalmente legitimados, instando os serviços e seus trabalhadores a responderem com ações que, muitas vezes, não eram pré-concebidas como ato técnico (Franco, 2015).

Uma interessante aposta observada neste cenário, foi a de operar com base na lógica instituinte da produção de cuidado, ou seja, por meio de práticas centradas no trabalho vivo em ato e nos agenciamentos formados a partir da força dos encontros nas cenas de cuidado, de modo a romper com o padrão do fazer em saúde, para atuar a partir da criação, buscando alternativas e inaugurando condutas, ampliando o campo de possibilidades de condução do caso (Franco, 2015).

À tal atuação, menos limitada ao plano de conhecimento técnico e mais pautada em tecnologias leves ou relacionais, pode-se chamar de trabalho criativo, isto é, quando os mínimos atos de criação do processo de trabalho estão livres de estrangimentos e interdições causados pelos afetos, que emergem nos encontros com os usuários, e podem constituir-se em “linhas de fuga”, em algo que ressignifica o cuidado e muda o rumo dos projetos terapêuticos (Franco, 2015).

Esta potência de um trabalho que inclui atos criativos e pode facilitar a composição de respostas às necessidades de saúde, pôde ser vista nas situações com Alcione e seu bebê, por exemplo, quando membros de diferentes equipes optaram por agir fora do que era protocolar e levaram mãe e filho para encontros nos corredores do hospital, entendendo que a promoção deste contato era imprescindível para o cuidado de ambos, embora implicasse a assunção de certos riscos.

Eis o encontro entre trabalhadores e usuários operando como agenciador das práticas em saúde e os afetos que dele emergiam constituindo fonte de saber e configurando “linhas de vida”, gerando alegria, satisfação e aumentando a potência destes agirem na produção de cuidado (Franco, 2015). O mesmo se deu em diferentes momentos, quando Alcione retornara à sua comunidade. Para ela, esta nova configuração consistiu em ganho de autonomia no gerenciamento de seu projeto terapêutico, para os membros da equipe do Pólo Base, significou

a necessidade de inventividade e improvisação diante das situações inusitadas deste novo cenário, em que os acontecimentos não estavam no pólo dos trabalhadores (Franco, 2015).

Certamente, também significou para eles o enfrentamento do dilema entre ser livre para agir conforme uma ideia própria de cuidado considerando as especificidades do modo de ser indígena, ou ser prisioneiro das linhas de força de subjetivação que operam no fazer em saúde, ora moldando-o a interesses corporativos, ora atuando como regulador das vidas e normalizador dos corpos (Franco, 2015).

Tal dilema é sempre presente nos atos em saúde, por meio de uma tensão entre liberdade e captura, que se inscreve nos trabalhadores e faz com que eles governem, mais ou menos, seu fazer e decidam entre as várias opções para a efetivação do cuidado (Merhy; Franco, 2013).

Quando os trabalhadores são atravessados por linhas que regulam e interdita sua criatividade, de modo que suas subjetividades sejam capturadas pelo aparato instrumental que compõe as ações em saúde, suas práticas ficam circunscritas em uma ética do cuidado também aprisionada pela normatividade da vida e do trabalho, de modo que eles reproduzem o modelo de clínica pautada no saber biomédico, centrada no alto consumo de insumos e procedimentos (Franco; Merhy, 2013). Na atenção aos grupos indígenas, este fazer pode se configurar de modo que desconsidere suas necessidades específicas, bem como as epistemologias, cosmologias, normas e possibilidades de vida que lhes são próprias.

Por outro lado, quando o agenciador do processo produtivo em saúde é o encontro entre trabalhadores e usuários, e quando ele é governado pelas afetações deste próprio acontecimento, de modo que se possa aprender a partir do trabalho vivo em ato, há a possibilidade de exercício do trabalho criativo e de se agenciar mudanças na produção do cuidado (Franco, 2015). Assim, há maior liberdade para que se configurem clínicas desviantes ao modelo hegemônico, de modo que o fazer em saúde saiba ser escuta, esteja pautado no vínculo com os usuários e comunidades indígenas, no respeito e inclusão de suas compreensões e práticas como dispositivos terapêuticos.

No caso de Alcione, as improvisações necessárias para o encaminhamento de seu projeto terapêutico consistiram em desvios capazes de dar novos rumos ao cuidado em defesa de sua vida (Franco, 2015). Especialmente, quando no território, a coexistência de diferentes formas de atenção, racionalidades e práticas curativas exigira dos trabalhadores (des)aprendizagens e provocara desterritorializações, requerendo novas significações para o cuidado e criatividade para os modos de produzi-lo.



Assim, foram várias as experimentações e realizações para a produção de cuidado, neste campo de maiores possibilidades, e a prevalência da micropolítica do trabalho vivo em ato constituiu ferramenta potente para fazer emergir novos sentidos e subjetividades imprescindíveis para a atenção à saúde de Alcione, seu bebê e sua família.

Considerações finais

Cabe retomar, resumidamente, as reflexões tecidas até aqui e que apontaram para as necessárias (des)aprendizagens e inventividades de um trabalho em saúde, que sabe ser escuta e que respeita as variabilidades dos modos de ser indígena.

Uma primeira consideração parte do reconhecimento da existência de permanentes disputas simbólicas, no campo da saúde e da colonialidade, permeando os encontros entre trabalhadores e usuários nas cenas do cuidado, para tratar da necessidade de uma percepção crítica e autocrítica das práticas de saúde, a fim de que elas se configurem em processos produtivos de base territorial que considerem como imprescindível para o cuidado, aquilo que as comunidades entendem como importante para seus modos de caminhar em suas vidas. Isto, para ressaltar que é preciso relativizar a biomedicina e desaprender os modos hegemônicos de sua clínica, para que os múltiplos lugares de fala e de produção de conhecimento dos grupos indígenas sejam legitimados e indiquem os caminhos para se construir terapêuticas diferenciadas.

Outra consideração importante se refere ao reconhecimento de que as fronteiras entre biomedicina e diferentes racionalidades e formas de atenção são permeáveis, o que faz com que o caminhar dos usuários, na produção de seu projeto terapêutico, não seja linear. Isto coloca aos trabalhadores o desafio de lidar com o inusitado e, também, a possibilidade de se agir criativamente, no nível da micropolítica dos atos produtivos em saúde, pois o encontro entre trabalhadores, usuários indígenas e suas demandas específicas podem gerar afetações em diferentes intensidades, causar desterritorializações e produzir formas particulares de conceber, sentir e significar o cuidado e, portanto, modos criativos e inventivos de efetuar-lo, visando a defesa da vida.

Por fim, vale ressaltar que, a partir destes encontros é que se pode produzir um fazer em saúde disposto a (des)aprender e a assumir os riscos da criação para além do que é protocolar. Assim sendo, ele pode se configurar em um espaço fronteiro e tornar-se um fazer entre mundos, entre saberes, entre vidas, entre aquilo que está prescrito e o que está excluído (Tonial; Maheirie; Garcia Junior, 2017). O trabalho em saúde que se caracteriza por estar nestes “entres”, pode ser capaz de questionar-se e de produzir resistências aos limites impostos pela biomedicina,

assim como pode lançar novos olhares e modos criativos, menos violentos e colonizadores para a produção de cuidado à saúde dos povos indígenas.

Referências

Bottega, CG; Castro, TCM. (2018). Cuidado. In:RB Ceccim, et al. (org). **EnSiQlope-dia das residências em saúde**. Editora Rede UNIDA. <http://historico.redeunida.org.br/editora/bibliotecadigital/serievivenciasemeducao-na-saude/EnSiQlope-dia-das-Residencias-em-Saude>.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf

Brasil. (2017). Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Caracterização do Distrito Especial Sanitário Indígena Mato Grosso do Sul**. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/Anexo-1659355-dsei-ms.pdf>

Castro, EV. (1996). **Os pronomes cosmológicos o perspectivismo ameríndio**. Editora Mana. v. 2, n.2.

Chamorro, G. (2017). **Panambizinho: lugar de cantos, rezas e rituais Kaiowa**. Editora Karywa.

Costa, LB; Rodrigues, E. (2018). Cartografia. In:RB Ceccim, et al. (org). **EnSiQlope-dia das residências em saúde**. Editora Rede UNIDA. <http://historico.redeunida.org.br/editora/bibliotecadigital/serievivenciasemeducao-na-saude/EnSiQlope-dia-das-Residencias-em-Saude>.

Diehl, EE; Langdon, EJ. (2015). **Transformações na Atenção à Saúde Indígena: Tensões e Negociações em um Contexto Indígena Brasileiro**. Universitas Humanística. <http://www.scielo.org.co/pdf/unih/n80/n80a09.pdf>

Fernandes, TO; Martins, CP; Souza, FS; Trajber, Z; Machado, IR. (2019). A Saúde na Reserva Indígena de Dourados: Histórico, Lutas e (re)Existências. In:JGB Mota &TLV Cavalcante (Orgs.). **Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos**. E-book. Editora Karywa.

Ferreira, LO. (2013). A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde**. v.20, n.1.



Franco, TB; Merhy, EE. (2012). Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**.

Franco, TB; Merhy, EE. (2013). O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In:TB Franco; EE Merhy. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. Editora Hucitec.

FRANCO, TB. (2013). Prefácio. In:TB Franco; EE Merhy. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. EditoraHucitec.

Franco, TB. (2015). Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e sociedade**. v.24, n.1.

KunãngueAtyGuassu. (2019). **Documento Final da VII Assembleia das mulheres Kaiowa e Guarani**.TekohaYvyKatuPorterito - Japorã.

Langdon, EJ. (2005). A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In:RG Baruzzi&C Junqueira (Orgs). **Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e histórica**. EditoraTerra Virgem.

Langdon, EJ; Diehl, EE. (2007). Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e sociedade**. v.16, n.2.

Langdon, EJ. (2012). Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa. **Mediações**.v. 17 n.1

Maglievich-Ribeiro, A. (2014). **Por uma razão decolonial: desafios ético-político-epistemológicos à cosmovisão moderna**. Editora Civitas. v. 14, n. 1.

Merhy, EE; Franco, TB. (2013). Por uma compreensão técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In:TB Franco & EE Merhy. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. EditoraHucitec.

Mota, JGB; CAVALCANTE, TLV. (Orgs.). (2019). **Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos**. E-book, EditoraKarywa.

Mota, JGB. (2019). Geografias Guarani e Kaiowá nas Relações entre a Reserva Indígena e a Cidade de Dourados. In: JGB Mota; TLV Cavalcante (Orgs.). **Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos**. E-book, Editora Karywa.

Moraes, JAS. (2019). "Para Salvar os Perdidos": Apontamentos sobre a Presença das Missões Protestantes e Pentecostais na Reserva de Dourados. In: JGB Mota;

TLV Cavalcante (Orgs.). **Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos**. E-book, Editora Karywa.

Mota, SEC; Nunes, M. (2018). Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia. **Saúde Soc.** v.27, n.1.

Novo, MP. (2011). Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cad. Saúde Pública.** v.27, n.7.

Oliveira, JE. (2016). Conflitos pela posse de terras indígenas em Mato Grosso do Sul. **Cienc. Cult.** v.68, n.4.

Oliveira, RC. (2000). Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. **Estudos Avançados.** v. 14, n.40. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142000000300018

Pereira, LM. (1999). **Parentesco e organização social Kaiowá**. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

Pereira, LM. (2004). O Pentecostalismo Kaiowá: uma aproximação dos aspectos Sociocosmológicos e Históricos. In: RM Wright (Org.). **Transformando os Deuses. Igrejas evangélicas, pentecostais e neopentecostais entre os povos indígenas no Brasil**. EdUnicamp.

Pícoli, RP; Adorno, RCF. (2008). Cuidado à saúde de crianças kaiowá e guarani: notas de observação de campo. **Rev. Crescimento e desenvolvimento humano.** v.18, n.1. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822008000100006

Pontes, ALM; Rego, S; Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.20, n.10. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3199.pdf>

Reis, GS. (2017). "Ñanderu é meu pastor e nada me faltará": pentecostalismos, invenções culturais e povos indígenas Guarani. **Fronteiras: Revista de História.** v.19. n.34.

Ribeiro, AA; Arantes, CIS; Gualda, DMR; Rossi, LA. (2017). Aspectos culturais e históricos na produção do cuidado em um serviço de atenção à saúde indígena. **Ciência e Saúde Coletiva.** v.22, n.6.



Santos, BS. (2008). **Um discurso sobre as ciências**. 5 ed. Editora Cortez.

Tonial, FAL; Maheirie, K; Garcia Junior, CAS. (2017). A resistência à colonialidade: definição. **Revista de psicologia da UNESP**. v.16, n.1, <http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/842>

Troquez, MCC. (2019). Reserva Indígena de Dourados (1917-2017): Composição Multiétnica, Apropriações Culturais e Desafios da Subsistência. In: JGB Mota; TLV Cavalcante (Orgs.). **Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos**. E-book. Editora Karywa.

UFGD. (2017). Universidade Federal da Grande Dourados. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados**. Projeto Político Pedagógico. Editora UFGD.

Vieira, CMN. (2016). Elementos acerca da sociodiversidade dos povos indígenas no Brasil e em MS. In: AHA URQUIZA (Org). **Antropologia e História dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul**. Editora UFMS.

Conflito, respeito e construção intercultural: o encontro entre diferentes culturas na atuação dos médicos com os Yanomami

08

*Willian Fernandes Luna
Luiz Otávio de Araújo Bastos
Fernanda Pereira de Paula Freitas
Bruna Teixeira Ávila*

Apresentação

O incremento no número de médicos na região da Amazônia Legal, gerado pelo Programa Mais Médicos (PMM), melhorou o acesso ao atendimento médico em áreas indígenas (Fontão, 2017). Pelo regulamento do PMM, tais médicos deveriam receber visitas periódicas de supervisores acadêmicos de Instituições Supervisoras locais, porém o isolamento e a dificuldade de acesso a alguns territórios remotos, entre eles várias áreas indígenas, resultou na ausência de supervisão no primeiro ano do PMM em algumas regiões. Dessa forma, o Ministério da Educação criou o Grupo Especial de Supervisão (GES), formado por supervisores de todo o Brasil, a partir da articulação com o Ministério da Defesa para garantir a logística de deslocamento (Brasil, 2015).

Em Roraima, o GES atuou no acompanhamento pedagógico dos médicos de áreas remotas desde 2015, tendo os autores deste capítulo trabalhado como supervisores ou tutores acadêmicos. Após a saída dos médicos da cooperação internacional Brasil - OPAS - Cuba, em novembro de 2018, houve progressiva ocupação das vagas por médicos brasileiros (formados no Brasil e no exterior), sendo que um dos autores migrou para médico (assistente) participante do PMM no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Yanomami e Ye'kuana. Desde o princípio, pode-se afirmar que o GES - Roraima destacou-se pela ênfase na educação permanente e nos aspectos relacionais do trabalho, com foco no desenvolvimento de competências para o trabalho no campo da saúde indígena (Luna et al. 2019).



Inseridos neste contexto, refletimos sobre como os médicos brasileiros têm experienciado o cuidado à saúde com um povo indígena de contato relativamente recente, os Yanomami, sendo objetivo deste capítulo dialogar sobre esse encontro entre culturas. Salientamos a parcialidade na visão desta situação, pois o encontro é apresentado a partir das vivências dos médicos. Assim, reconhecemos nessa aproximação distintos saberes e perspectivas, sendo realizado o exercício de também evidenciar a perspectiva Yanomami, destacada das entrelinhas das narrativas dos médicos.

Os Yanomami

Ao falarmos de pessoas indígenas a quem estamos nos referindo? Falamos aqui de pessoas e povos originários das Américas, anteriores ao período da colonização europeia. Descendentes das populações nativas que habitam esse território. Para uma liderança Baniwa do Alto Rio Negro, ser indígena significa viver a memória dos ancestrais, dos valores, dos conhecimentos e das experiências do passado e do presente (Luciano, 2006). Destaca ainda como características: continuidade histórica com sociedades pré-coloniais; vinculação com o território, língua, cultura e crenças; sistemas sociais, econômicos e políticos bem definidos; e identificação como diferente da sociedade nacional (Luciano, 2006).

Neste contexto, cabe a tentativa de entendermos, enquanto autores não-Yanomami, quem são os Yanomami. Um dos povos da Amazônia mais notórios e estudados pelo seu relativo recente contato com a sociedade envolvente. Caçadores-agricultores-coletores do maciço das Guianas formam um conjunto cultural dividido em quatro (ou cinco) subgrupos adjacentes que falam línguas da mesma família, subdivididas em vários dialetos (Albert; Gomez, 1997). No Brasil habitam juntamente com o povo Ye'kwana, a Terra Indígena Yanomami, homologada em 1992, com cerca de nove milhões e meio de hectares de floresta amazônica entre os estados de Roraima e Amazonas, considerado um "exemplo de manejo bem-sucedido de recursos naturais notórios por sua fragilidade" (Ramos, 2008, p.104).

E na visão dos próprios Yanomami? Segundo Tainah Leite (2010, p.81), Yanomami não se refere a um domínio da personitude ou a seres específicos, tampouco delimita uma classe restrita ou uma etnia, mas é marca de uma posição e a "forma auto-referencial do pronome-sujeito eu", afirma a autora parafraseando Viveiros de Castro (1996). Entretanto, a humanidade Yanomami nunca é um atributo fixo e assegurado, e sim uma posição disputada nas relações entre seres humanos, animais e espíritos que habitam o mundo (Leite, 2013, p. 70). Em *A Queda do Céu* (2015), Davi Kopenawa questiona a insistência de não-indígenas em quererem saber quem são os Yanomami e explica: "Somos habitantes

da floresta. Nossos ancestrais habitavam as nascentes dos rios muito antes de os meus pais nascerem, e muito antes do nascimento dos antepassados brancos". Conta ainda sobre as mortes trazidas pelos não-indígenas - *brancos* - com as "fumaças de epidemia e suas espingardas". Conclui que depois de "chorar muito e pôr as cinzas dos antepassados em esquecimento, podem ainda viver felizes" desde que sejam capazes de caçar, abrir roças, visitar parentes de outras comunidades e, ainda, manter a cultura através dos ritos funerários (*reahu*) e das práticas de xamanismo - "fazer dançar os espíritos *xapiri*. Sabemos que eles permanecem ao nosso lado na floresta e continuam mantendo o céu no lugar." (Kopenawa; Albert, 2015, p. 78-79).

Os Yanomami correspondem, no Brasil, a uma população de cerca de 25 mil pessoas divididas em 320 comunidades³¹. A Atenção Primária à Saúde (APS) é de responsabilidade do DSEI Yanomami e Ye'kuana, vinculado ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do Sistema Único de Saúde (SASI-SUS). Antecedendo a Lei Arouca (Lei nº 9.836/99), a própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas - PNASPI (FUNASA, 2002) e a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena em 2010, foi o primeiro DSEI criado no país, em 1991 - coincidindo à época da demarcação da terra indígena, e com a epidemia avassaladora de malária na região, em grande parte consequência da entrada maciça de garimpeiros no território no final dos anos 1980 (Pithan, 2005). Em 2017 eram 67 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena atuando no território, compostas por mais de 460 profissionais contratados por uma organização social, além dos médicos, esses vinculados ao PMM.

A cultura nas relações de cuidado

Cultura e cuidado são conceitos antigos e relacionados ao longo da história do ocidente ou do pensamento ocidental. Oriunda do latim *colere*, cultura significava inicialmente cultivo, ou cuidado com a terra ou com as crianças, na "condução à plena realização de suas potencialidades" (Chauí, 2009). Assim, cuidado/cultura buscava o beneficiamento de algo ou alguém no exercício de fazer "brotar, frutificar, florescer". No entanto, o conceito de cultura foi se modificando, passando a ser sinônimo de civilização e permitindo-se hierarquizar. Essa ideia de progresso foi incorporada à antropologia, que se iniciava como disciplina e apresentava um caráter evolucionista, com predomínio do pensamento colonizador. A partir do conceito iluminista, com base no padrão da Europa capitalista, a antropologia considerava quaisquer outras sociedades como "sem cultura" ou como culturas "pouco evoluídas" (Chauí, 2009). Este movimento distanciou a re-

31 - Dados de 2017 fornecidos pelo Responsável Técnico pela Epidemiologia e Sistema de Informações do DSEI Yanomami e Ye'kuana.



lação semântica entre cuidado e cultura, que passou a ser associada a um valor evolutivo, um status de participação de determinados grupos sociais dotados de privilégios e a serviço de um grupo colonizador.

Na construção desse conceito iluminista, a cultura foi relacionada ao imaginário de que cada sociedade iria percorrer as mesmas etapas até se tornar uma sociedade "mais avançada", colocando as nações europeias em um dos extremos e as "tribos selvagens" em outro, dispondo o resto da humanidade entre dois limites (Laraia, 2001). Ao longo do tempo, outros autores questionaram esta visão etnocêntrica por meio do relativismo cultural, pressupondo que a espécie humana, por mais paradoxal que possa parecer tal afirmação, não pode ser explicada senão em termos de sua diversidade cultural. Questiona-se assim a visão linear entre cultura e biologia, reconhecendo a cultura como transcendente aos aspectos biológicos e geográficos, rediscutindo o papel do homem como parte da natureza, afastando definitivamente a ideia de uma natureza evolucionista da cultura, e incorporando a ideia de que ela é dinâmica e não estática (Laraia, 2001).

A antropologia da saúde é influenciada principalmente pelo conceito de cultura de Clifford Geertz, que se filia à antropologia de abordagem hermenêutica, o qual considera a cultura como um "universo de símbolos e de significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar as ações" (Geertz, 1989). Esta definição de cultura como sistemas entrelaçados de símbolos interpretáveis dentro dos quais os acontecimentos sociais, os comportamentos e as instituições podem ser descritos de forma inteligível, possibilita entender a saúde (e, em complemento, a doença) como um sistema que é social e cultural na sua origem, estrutura, função e significado (Couto, 2012).

Na compreensão evolucionista, o humano, ao se diferenciar do animal, constrói sua cultura em etapas evolutivas de distanciamento deste animal, ou desta "natureza". Já para os ameríndios, a condição original comum aos humanos e animais não é a animalidade, mas a humanidade e "o referencial comum a todos os seres da natureza não é o homem enquanto espécie, mas a humanidade enquanto condição". Esta perspectiva desloca do topo da hierarquia evolutiva, o homem, incorporando-o em um cosmos como parte de um todo muito mais complexo (Viveiros de Castro, 1996). Todavia, é a influência do pensamento evolucionista que permanece no *modus operandi* da sociedade ocidental, que acredita em um modelo clássico civilizatório que todos os serem humanos devem seguir. Exemplo disso são grupos missionários e alguns agentes estatais que ainda atuam numa perspectiva tutelar, no sentido de uma ação "civilizatória" (Souza Lima, 2014).

No caso das normativas da PNASPI, há reconhecimento de que a valorização das questões culturais é fundamental para a prática do cuidado e para compre-

ender melhor os universos envolvidos no encontro entre profissionais de saúde e população indígena. Contudo, no âmbito da saúde de uma forma geral, a compreensão hegemônica é o modelo biomédico, centrado no tratamento da doença e no higienismo, com ações muitas vezes distantes das reais compreensões e necessidades das populações indígenas. Nesse sentido, consideramos a aproximação entre saúde e cultura uma possibilidade de reconhecer que os indivíduos de determinado grupo têm práticas e regras específicas relacionadas à convivência interpessoal e com o ambiente onde vivem. Assim, há implicações nas escolhas, nas posturas corporais, na forma como percebem e manipulam os seus corpos, como adoecem e do que adoecem, como interpretam os fenômenos relacionados a este processo, influenciando as práticas e regras sociais e de cura. Da mesma forma como os antropólogos contemporâneos, a APS considera que, no Brasil, esses hábitos e padrões são plurais, não se podendo falar de uma cultura regional única, ou de uma cultura “melhor” ou “mais avançada” (Knauth; Oliveira; Castro, 2013).

Neste sentido, como acontece a relação de cuidado entre este profissional de saúde, oriundo da cultura eurocêntrica dominante e um usuário do SUS oriundo de uma cultura indígena? Como sobreviver ao ato colonizador na interação do cuidado, resgatando o conceito de cultura de sua origem relativa a cuidado e “condução à plena realização de suas potencialidades”, se na relação com o outro predominam culturas hegemônicas e com maior potencial colonizador?

As narrativas de médicos em suas experiências com uma cultura diferente

Buscaremos apresentar um conjunto de experiências narradas por médicos brasileiros em seus primeiros meses de atuação na saúde com os Yanomami, no encontro entre diferentes culturas, com o objetivo de refletir e dialogar sobre esse contexto de cuidado. Estes resultados fazem parte do Projeto “Experiências de atuação na Atenção à Saúde Indígena na Amazônia brasileira: uma análise das visões de médicos em seus primeiros meses de trabalho em DSEI”, pesquisa desenvolvida pelos mesmos autores deste capítulo no ano de 2019, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos sob CAAE 17995819.9.0000.5504. Neste texto todos os nomes originais foram substituídos para garantir o sigilo das informações.

Este foi um estudo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa, que teve como sujeitos todos os 18 médicos brasileiros que iniciaram sua atuação no DSEI Yanomami e Ye'kuana entre dezembro de 2018 e agosto de 2019. Quanto às características gerais, eram: 7 mulheres e 11 homens; entre 25 e 53 anos de idade; 9 se autodeclararam brancos, 7 pardos e 2 negros; 9 com graduação realizada no Brasil e 9 no exterior, com ano de conclusão entre 2014 e 2018. Foram realizadas



entrevistas individuais, sendo que para este capítulo foram analisadas as narrativas oriundas do seguinte disparador: “Conte-me uma história marcante neste período de atuação na saúde indígena, que tenha relação com a cultura local”. Segundo Jovchelovich e Bauer (2002), as entrevistas narrativas se caracterizam como ferramentas não estruturadas, visando a profundidade de aspectos específicos, a partir das quais emergem vivências, tanto do entrevistado como as entrecruzadas no contexto situacional, sem que haja intervenções desnecessárias do entrevistador. A narrativa é uma forma artesanal de comunicação, devendo ser considerado que a memória é seletiva, sendo importante o que a pessoa registrou de sua história (Muylaert, 2014). Depois de realizadas as entrevistas, foi realizada a leitura exaustiva do material, com ordenação desses documentos e construção de três categorias temáticas a partir de núcleos de sentido que atravessam as narrativas dos médicos nos cenários do cuidado à saúde indígena relacionados à cultura, com elaboração de síntese interpretativa para permitir o diálogo das categorias com a literatura relacionada (Gomes, 2013).

Do material coletado foram apresentados, ao longo das categorias, apenas os episódios ilustrativos construídos. Eles são narrativas curtas oriundas das entrevistas e foram construídos para pôr em evidência determinado aspecto do evento, terminando com um clímax que pode impactar o ouvinte (Pereira, 2015). Para a construção dos episódios ilustrativos foi seguida a sugestão de Van Manen (2014), buscando descrever um só incidente, incluindo detalhes concretos importantes que pudessem exemplificar o que queríamos dizer, trazendo a dimensão da experiência ao leitor como se ele próprio a estivesse a viver (Van Manen, 2014). Abordaremos, assim, a relação da cultura com o cuidado em saúde, observando três experiências distintas consequentes a este encontro: o conflito entre diferentes culturas; o respeito e tolerância entre culturas; a construção intercultural do cuidado. Destaca-se que estas três formas de experiências podem coexistir na relação do profissional de saúde e o indígena, alternando de acordo com a situação vivenciada. Assim, um mesmo profissional pode ter experiências de relação com a cultura indígena que sejam mais conflituosas, mais centradas no respeito ao diferente ou ainda na relação intercultural.

Conflito entre diferentes culturas

Neste subitem, abordaremos como os conflitos gerados no encontro entre as diferentes culturas podem se relacionar com a prática do cuidado. Na pesquisa realizada, alguns médicos se depararam com situações inesperadas e potencialmente conflituosas ao vivenciarem as primeiras experiências em território indígena, como narrado pela médica Elena, no episódio ilustrativo abaixo:

Numa aldeia você não tem nenhum meio de lazer. Então a gente acaba brincando dizendo que a nossa única fonte de lazer na comunidade é o posto de saúde, que é o shopping deles. Eles entram no shopping e mui-

tas vezes eles não precisam de nada. Nem de comida, nem de remédio. Só vão mesmo para ficar olhando para a cara da gente. E várias vezes enquanto a gente está atendendo um paciente, já com um AIS intérprete para traduzir, fica um monte de gente olhando o que você está fazendo. Não é confortável para a gente, nem para o paciente, mas parece que eles se sentem confortáveis assim. Aí eu fui fazendo medidas mais drásticas e pedindo para não ficar gente no posto porque era lugar de gente doente. Que era um lugar contaminado e que não tinha porque eles estarem indo. Eu perguntava: “O paciente está doente, está com dor? Não? Então o curumim tem que ir para casa, tomar banho, ir para escola”. Então, eu fui tentar explicar isso para eles e, para mim estava tudo certo. Aí quando foi no dia de eu pegar meu vôo para sair de área, uma AIS me chamou para conversar e disse que eu estava muito hoximi³². Hoximi para eles é ser ruim, porque eu era uma doutora ruim, porque eu estava mandando os pacientes irem embora. (Elena)

Nesse episódio podemos destacar alguns elementos da subcultura biomédica: o *shopping*; o lazer distanciado do local de trabalho; a concepção de privacidade; de posto de saúde como um *lugar contaminado* ou *lugar de gente doente*; e a necessidade das crianças realizarem atividades como *tomar banho e ir para a escola*. Na experiência narrada, a intenção de “não contaminar as crianças” e de preservar a privacidade trazem valores e crenças próprios de sua cultura para sinalizar um dever do profissional de saúde de proteger as pessoas da doença e da quebra de sigilo, protegendo os que aparentemente estão saudáveis da contaminação e da exposição ao posto de saúde, ou do *lugar de doença*. Nota-se um paradoxo entre os conceitos saúde e doença na visão de mundo em que o posto de *saúde* é conhecido como um *lugar de doença*.

Neste sentido, é fundamental reconhecermos que há, para além de uma cultura eurocêntrica, uma “subcultura biomédica” a ser considerada na relação de cuidado. Neste texto, utilizaremos os termos subcultura biomédica, cultura biomédica ou biomedicina ao nos referenciarmos ao modelo de medicina ocidental, baseado na ciência biomecânica, com superespecialização dos conhecimentos e que busca ter respostas universais aos problemas de saúde. Na subcultura biomédica, afastar-se do posto de saúde para preservar-se da doença parece bastante aceitável. Entretanto, essa concepção de saúde e doença, de uso de medicamentos e de sigilo e privacidade podem variar entre as diferentes culturas e entre as diferentes etnias e grupos populacionais. Entre os Yanomami, por exemplo, o local onde se realizam os rituais de cura e morte pode perfeitamente ser o mesmo onde outras atividades são realizadas, como moradia, lazer e preparo dos alimentos. Uma casa coletiva tradicional Yanomami (xaponoouyano) costuma ser dividida em quatro círculos internos, sendo o espaço entre as

32 - Hoximi: ser mau, feio; usado em oposição atotihí (ser bom, bonito), neste caso, reforçando a generosidade como atributo essencial de um bom yanomami (humano).



fogueiras onde se alocam as famílias e a praça central (yano a heehã) destinado para atividades de “xamanismo, reuniões masculinas, danças de apresentação para convidados e preparativos de comidas para cerimônias” (Silva, 2015, p. 45).

Diferentes concepções de cuidado que implicam também em diferentes compreensões de “locais de cura” e de contaminação e das distintas regras e práticas necessárias à preservação da saúde. Isto não significa dizer que os indígenas ou os povos originários não se interessem pelas práticas de cura/cuidado da cultura biomédica e que não encontram curiosidade ou interesse no consumo dos medicamentos como prática de cura e cuidado, interpretado pela médica como uma mercadoria de um shopping. No entanto, se atentarmos o cotidiano das pessoas pertencentes a classes sociais dominantes e não às culturas indígenas tradicionais, estas também transitam frequentemente entre a biomedicina e práticas ditas “alternativas”, ou até mesmo espirituais, dependendo da experiência de adoecimento que estão vivenciando (Raymundo, 2013).

Em 2011, alguns estudantes de odontologia realizaram atividades nas aldeias do Xingu e relataram o “incômodo e falta de privacidade em suas atividades íntimas - refeições, banho, troca de roupas e necessidades fisiológicas” por estarem quase sempre acompanhadas pelas crianças na aldeia. Estas observações foram levadas aos espaços de discussão e reflexão do grupo que, ao final, associaram a ideia de aldeia a uma casa comum a todos da comunidade e a presença das crianças, uma forma de troca de saberes entre culturas diferentes, de gentileza e de ciceronear os visitantes (Macedo, 2011). O estranhamento da falta de privacidade encontrado por estes estudantes, assim como por Elena, pode ser interpretado como um conflito cultural, ao se questionarem quanto aos valores fundamentais de ambas as culturas.

O maior desafio nesse conflito, no entanto, surge quando a diferença entre as culturas é tão grande que os valores em jogo dizem respeito à própria noção de ética e dignidade e o conflito e o diálogo não são capazes de gerar novos significados às situações apresentadas, já que ferem o que é mais valioso em sua própria cultura, como evidenciado no episódio ilustrativo a seguir:

Teve um menino de uns 25 anos, mas que aparenta ter menos, que chegou todo queimado. É a segunda vez que ele é jogado na fogueira. Mas eles não falam isso abertamente para a gente. Eles falam que caiu, mas não é possível. Ele estava todo queimado, dos pés à cabeça. Isso acontece algumas vezes quando o paciente tem crise convulsiva. Eles acreditam que é um mau espírito que está ali e para sair esse espírito da pessoa só jogando na fogueira, entendeu? (Daniela)

Neste episódio, percebemos um misto de indignação e perplexidade de Daniela, trazendo concepções da cultura biomédica sobre o procedimento rea-

lizado - o ato de jogar na fogueira durante uma convulsão, o que é relacionado a um sofrimento muito maior que o sofrimento com a doença “convulsão”. No entanto, nesta situação, há diferentes compreensões e significados para o adoecimento, pois o médico, inserido numa cultura de visão eurocêntrica, traz em si visões muito diferentes das dos indígenas.

Os significados da saúde e da doença para cada sociedade são construídos a partir dos registros de normalidade e anormalidade determinados principalmente, a partir de valores próprios de cada cenário sociocultural. Nessa perspectiva Arthur Kleinman elabora um grupo de conceitos que são chave para a análise de fatores culturais que intervêm no campo da saúde e, também, para a construção de um modelo comparativo entre sistemas médicos. Assim, considera que nos sistemas médicos há interação do profissional de saúde, do popular (com seus especialistas) e do familiar, com diferentes “modelos explicativos” para o entendimento sobre origem das doenças (Kleinman, 1978). A saúde e a doença, nessa abordagem, são realidades social e simbolicamente construídas, que se misturam à biografia dos indivíduos e de seus grupos sociais, e servem de guia às interpretações sobre as desordens a que estão sujeitos (Van der Sand, 2014).

Se na relação entre os pacientes e profissionais prevalecer o ponto de vista da cultura hegemônica e o tratamento for realizado exclusivamente sob o ponto de vista biomédico, estará se perpetuando o ato colonizador. É importante lembrar que profissionais de saúde também possuem crenças e valores sociais, espirituais e religiosos e que, na relação de cuidado profissional-paciente surgem estranhamentos e conflitos, que embora o esperado seja que o profissional atue imparcialmente, no momento do conflito sem o devido diálogo o que prevalece é a cultura dominante (Raymundo, 2013). No entanto, lidar com os diferentes modelos explicativos não é simples, principalmente ao considerarmos que a educação médica possui grande orientação normativa. O próximo episódio ilustrativo nos exemplifica uma destas experiências:

Foi junto da epidemia de amebíase comprovada que estava acontecendo e um menino de três anos, o Kaeli, pegou. Quando ele chegou para ser atendido, estava já com uma diarreia muito forte, com sinais alarmantes de desidratação. Eu prescrevi a hidratação venosa vigorosa e teve recusa geral da família. Eu tentei ali convencer e tudo, mas eles foram relutantes. A avó pegou a criança, falou que eles preferiam fazer o xapori³³ e saiu correndo. O técnico foi na casa da família nos próximos dias para ver como o Kaeli estava, e ele tinha piorado muito e estava recebendo já a passagem do xapori. A gente conseguiu convencer eles a levarem o menino para o posto. Ele estava totalmente desidratado, então eu e a equipe de enfer-

33 - Xapori (xaboli, xapoli): xapiríou ainda, hekura, refere-se tanto aos espíritos da floresta quanto aos xamãs de maneira genérica (no singular) e à prática de xamanismo quando, após inalação de um enteógeno (yãkoana - *Virola* sp.) fazem ‘dançar’ os espíritos auxiliares.



magem tentamos reidratar de todas as formas. Uma situação desesperadora. Até que por fim ele parou e foi iniciado um processo de reanimação traumático, porque ficamos numa sala com pelos menos quinze pessoas, com os parentes dele gritando, desesperados. A gente tentava tirá-los e não conseguia. Por fim, ficamos mais de setenta minutos de reanimação até que já não tinha mais reflexo pupilar, não tinha mais nada. Aí eu declarei óbito e eles pegaram a criança e já levaram para comunidade. Passamos a noite inteira ouvindo o ritual de morte deles. (Sandro)

Como se pode observar nesta experiência narrada por Sandro, modelos explicativos muito diferentes foram empregados na compreensão do adoecer e consequentemente, no ato de curar. No distanciamento das culturas, o conflito existencial encontrado pela biomedicina não só coloca em cheque seus valores e crenças relativos à vida e à morte, como evidencia sua própria impotência diante da situação, principalmente quando a causa da morte é considerada evitável, sob o ponto de vista biomédico. Se tomássemos a visão dos indígenas nessa situação, como a descreveriam? Talvez tenha havido sucesso no cuidado, pois ofereceram o xapori conforme recomendado pelos xamãs nesta situação. Ao contrário do que a cultura biomédica traz, a morte não necessariamente significa insucesso. Dor, sofrimento e morte podem ser experimentados de formas muito distintas e tão profundas que são difíceis de serem questionadas ou julgadas. Outros sujeitos entrevistados nesta pesquisa destacaram vivências que envolviam risco de morte ou efetivamente desfecho de morte como as mais marcantes de toda a sua experiência no território, o que demonstra a dificuldade em lidar com estas situações.

Não se trata, no entanto, de acreditar que sempre haverá conflito no encontro de culturas diferentes, ou que sempre que houver conflito haverá sentimento de frustração e impotência. O que se trata neste tópico é que é necessário analisar os conflitos emergentes do estranhamento entre as diferentes culturas e identificar quais são os elementos encontrados em cada uma dessas experiências capazes de gerar limites, frustrações ou impotência. O conflito pode gerar algo potencializador, pois sua identificação e a reflexão a partir dele permitem ressignificar as situações e dependendo de como é feito o processo de mediação do conflito, o binômio diálogo e conflito pode consolidar um processo importante de construção entre culturas (Raymundo, 2013).

Respeito e tolerância entre diferentes culturas

O respeito e a tolerância entre as diferentes culturas é o que possibilita reconhecer o caráter multicultural do ser humano. No sentido da tolerância para além da garantia da saúde, também devem ser respeitadas as especificidades culturais e outras compreensões sobre os processos de saúde-doença e cura. Num primeiro momento, esse respeito refere-se inclusive a considerar o indígena enquanto um ser humano igual, relativizando hábitos, costumes e crenças e entendendo que provêm de uma cultura diferente, mas não hierarquicamente inferior (Langdon, 2001).

Nesse sentido, os diferentes modelos explicativos sobre as doenças nos ajudam a respeitar as diferenças a partir do momento em que conhecemos as perspectivas do outro. Por exemplo, antes do contato direto com os não-indígenas, os Yanomami atribuíam algumas doenças à fumaça produzida por substâncias maléficas jogadas no fogo por feiticeiros oka - feiticeiros de aldeias inimigas (Albert; Gomez, 1997). No caso das epidemias que atingem vários indígenas da mesma aldeia - xawala - eram causadas por agressão dos espíritos xamânicos, a exemplo da malária (Pithon, 2005). Após o contato, outras representações de transmissão de doenças foram surgindo, inclusive relacionadas à poeira dos materiais trazidos por eles, como facas e ferramentas (Kopenawa; Albert, 2015). Nesses exemplos, podemos perceber as diferentes origens das doenças para os Yanomami, além de evidenciar a dinamicidade da cultura. Seguindo na direção das formas diversas de experienciar a doença, trazemos um episódio ilustrativo:

A experiência deles com a dor e com toda a doença parece que ela é diferente do contexto urbano, fora do contexto da saúde indígena e da aldeia. Teve uma menina de uns sete anos que estava com um quadro bem grave e aguentando firme a febre de quarenta graus naquele espaço de internação que não é adequado. Eu estava auscultando e ela vomitou bastante. Mesmo assim, continuou firme e me deixando examinar. A gente colheu uma lâmina, demorou uns 20 minutos e deu positivo para malária. Estava com parasitemia bem alta, eu acho que três cruzes. Dois dias depois da hidratação venosa e de tratar com sintomáticos, além de iniciar medicação específica para malária, ela já estava voltando ao normal. Impressionante a resistência que essa criança mostrou para a gente nesse pico de febre e depois sair bem. (Thiago)

Thiago descreve uma experiência em que o indivíduo experiencia sua doença de forma diferente do esperado em um *contexto urbano*, o que lhe causou surpresa. O que pareceu mais marcante foi a *resistência da criança* frente aos sintomas de febre, dor e náuseas. Assim, o grau de sofrimento e a gravidade das doenças são vivenciados de formas diferentes por pessoas de culturas diferentes.

Tomando novamente o modelo explicativo, podemos introduzir aqui os conceitos de experiência de adoecimento (do inglês *illness*) e doença (do inglês *disease*), que ressaltam as produções de significado acerca da doença e remetem a visões de mundo que, expressas pelo indivíduo singular, são conformadas pela cultura da qual ele toma parte. Com a distinção entre *illness* e *disease* é possível compreender e se posicionar frente às tensões produzidas no encontro entre profissionais da saúde e pacientes. A experiência de adoecimento (*illness*) está relacionada à perturbação, ao sofrimento, sendo a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença e que engloba aspectos individuais, sociais e culturais. Por outro lado, a doença (*disease*) é a forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde com base no modelo biomédico que orienta seu trabalho clínico, buscando uma generalização. Muitas vezes o que pode acontecer é que no movimento de "traduzir" o discurso,



os sinais e os sintomas do paciente para chegar ao diagnóstico da doença, acaba por invisibilizar a experiência com a doença (Kleinman, 1978).

Nesse âmbito, há de se reconhecer que os indígenas possuem outro conjunto de representações e simbologias que podem gerar um abismo dicotômico entre a cultura biomédica e a experiência individual, subjetiva e/ou socialmente delimitada da doença, na qual o cuidado se torna ineficaz, podendo até causar danos diretos (Stewart et al. 2017). A partir do momento em que se conhece o universo simbólico do outro, é possível conhecer novas formas de interpretar a doença e novas formas de vivenciá-la e enfrentá-la. No episódio ilustrativo abaixo, temos a narrativa de Vânia que nos surpreende tanto pela forma de dona Marisa experimentar a doença, como pela identificação de outros saberes:

Como eu vi uma cicatriz de mais ou menos 20 centímetros sem nenhuma sutura, aquilo ali me chamou muita atenção. A dona Marisa então me contou que estava fazendo um trabalho lá em uma comunidade isolada na Venezuela. Ela caiu sobre uns galhos e um deles perfurou o abdome, na parte inferior. Foi retirado pelos próprios indígenas e então saiu uma parte do intestino grosso, que foi colocado de volta para dentro e amarrado. Ela foi tratada sem medicação alguma, sem cuidado nenhum com profissional da saúde, porque lá na região dela não tinha esse tipo de tratamento. Aquela mulher sobreviver a um trauma tão extenso! E está bem um ano depois do acontecimento. (Vânia)

Nesta situação fica evidente que os sistemas de cura no contexto da saúde indígena são variados e estão para além do modelo biomédico hegemônico. No entanto, como ilustrado no episódio, esses sistemas de cura entre os indígenas estão para além de uma “medicina mágica”, mas seguem um processo de identificar sintomas, fazer um diagnóstico e realizar o tratamento, com a diferença importante de que a noção de cura é mais abrangente que a biomedicina (Langdon, 2001). Assim, na experiência narrada, há reconhecimento (de certa forma inesperada) de que os sistemas de cuidado entre os indígenas podem ser elaborados, o que pode favorecer a geração de posturas de respeito e tolerância nas relações com os indígenas. Tais posturas, apesar de ainda serem limitadas na medida em que se mantém a hierarquia, avançam para além do conflito.

Marcos Pellegrini representou de forma literária em seu livro *Wadubari*, como os Yanomami enfrentaram as epidemias levadas pelos nabè³⁴, ou xawala³⁵, que causaram a morte de muitas pessoas. Por serem vistas como “doenças de branco”, demandavam o uso das pílulas mágicas trazidas por eles - os “caroços

34 - Nabè (napê): Pessoa que não é yanomami; estrangeiro, forasteiro; traduzido como ‘inimigo potencial’ ou ‘pessoa hostil’ em oposição aos parentes e pessoas amigas. Neste artigo encontraremos o termo branco para representar as pessoas não-indígenas.

35 - Xawala (xawara): epidemia; doença levada pelos brancos e que provoca a morte de muitas pessoas num curto intervalo de tempo.

e líquidos” que entravam pelas agulhas e “aliviavam os desconfortos”, ao que, “pelo estado em que estavam, as pessoas eram obrigadas a gostar” (Pellegrini, 1991). A doença e suas consequências são retratadas neste livro de formas distintas, dependendo da causa ou do agente causador. Assim, há uma coexistência de “doença de índio” e “doença de branco”, podendo haver sistemas variados de cura “de índio” e “de branco”. Neste próximo episódio, temos a experiência de Alice com diferentes sistemas de cura:

Uma criancinha que ficou muito, muito doente, com insuficiência respiratória aguda. Estava com pneumonia e piorou, agravou todos os sinais vitais e a gente mantendo no oxigênio. Quando deu uma melhoradinha, chegou o pai da criança e falou que precisava levar para fazer o xabori, porque ele tinha comido jacaré um dia antes. O jacaré era de uma outra liderança que era contra a família dele, e por isso ele tinha sido como se fosse possuído. Era isso que estava causando a doença. Eu já tinha pedido a remoção, estava esperando o avião chegar, daí eu autorizei eles fazerem o xabori, e eu fui junto. Eles rezaram, fizeram todo aquele ato e depois falaram que tirou, que o problema era realmente o jacaré que a criança comeu. Explicaram todo o entendimento deles lá e depois liberaram a criança para ir para Boa Vista. Para eles, precisaria ainda de um tempo para se recuperar, mas era o xabori que iria curar. Sempre que a gente não sabe muito bem o que é, quando não é doença de branco, eles já pedem para fazer xabori. (Alice)

Nesta última experiência reconhecemos que a origem das doenças está baseada em princípios ontológicos diferentes, sendo que no sistema xamânico a doença e a saúde fazem parte de uma cosmologia que integra fatores físicos, sociais e espirituais para o processo de cura. Podemos ainda observar que a coexistência das práticas de cura dos yanomami - xabori - e as práticas de cura biomédicas - internação hospitalar - foi possível devido ao respeito presente às diferentes culturas, possibilitando que ambos os conhecimentos fossem colocados em prol da otimização do cuidado ao paciente. Neste caminho, podemos reconhecer o quão necessário se faz a competência cultural aos profissionais de saúde nesses contextos, sendo preciso superar estereótipos, preconceitos e discriminações (Helman, 2009).

Por competência cultural entende-se atitudes e habilidades de comunicação e de relação de trabalho que permitam superar essas diferenças culturais e promover uma troca verdadeira entre pacientes e comunidades (Knauth; Oliveira; Castro, 2013). Implica uma capacidade de compreender e responder efetivamente às necessidades culturais e linguísticas, trazidas pelos pacientes, de forma horizontal, sem hierarquização de valores e práticas. Para tanto, várias dimensões devem ser consideradas, tais como: sensibilidade dos profissionais de saúde às crenças, práticas, expectativas e origens de seus pacientes e suas comunidades; facilitação do acesso aos cuidados de saúde e eliminação das barreiras estruturais aos cuidados de saúde de qualidade e a redução das bar-



reiras organizacionais, com planejamento de serviços de saúde mais apropriados àquela cultura (Helman, 2009).

Construção intercultural do cuidado

Em meio ao estranhamento diante do encontro com o diferente e dos dilemas de conflito, as tentativas de respeito e tolerância ainda não conseguem atingir a real construção compartilhada no trabalho em saúde nesses territórios, sendo um desafio apontado em diversas realidades. O caminho da interculturalidade é sugerido como possível para essa construção não colonizadora.

Apesar da população indígena utilizar diferentes recursos de saúde, intencionalmente a partir de diversos itinerários terapêuticos, o habitus de não indígenas é diferente de indígenas, que são caracterizados como estranhos morais. Assim, há a necessidade de acordos para resolução de conflitos (Menendez, 2005). Para tanto, sugere-se a ética discursiva como caminho a partir do livre posicionamento de todos ao avaliarem de forma conjunta as consequências, não sendo um universalismo abstrato e etnocêntrico e nem um relativismo inoperante (Lorenzo, 2011; Pontes, 2014). Esse espaço de diálogo precisa ser democrático, mas tem-se um contexto interétnico em uma sociedade dirigida por um Estado uniétnico, o que torna esse diálogo hierárquico e assimétrico.

Todavia, considerando espaços de negociação e construção compartilhada, a microsfera, referente a relação entre profissionais e indígenas no cotidiano, seria um deles. Nesse, a competência moral seria fundamental para uma convivência democrática. Essa diz respeito à habilidade de identificar as implicações morais da situação para aplicar as regras ou refletir sobre elas e, mesmo que discorde, reconheça os princípios dos argumentos subjacentes aos sentimentos e dialogue de forma comunicativa, descentrada e orientada pelo entendimento mútuo (Lind, 2014). Essa ideia aparece na narrativa de Paulo:

Eu estava atendendo ao paciente que chegou para mim com uma hipoglicemia, quase desmaiado. Eles estavam todos chorando porque era um parente deles muito querido. Eu pedi para pegar veia, essas coisas, e a Pajé pediu para fazer o xabori junto. Isso ficou bem marcante. Assim: era eu colocando o soro, medicamento, e ela passando a mão nele ao mesmo tempo, gritando. Isso aí eu nunca ia passar na vida, aqui na cidade. É cultura mesmo deles, você só vai ver lá. É uma coisa assim que só a pessoa vindo para conhecer como é o xabori. Cuspindo a doença fora! (Paulo)

Os cuidados tradicionais indígenas podem se articular com cuidados biomédicos quando estratégias de cuidado forem conhecidas e reconhecidas entre os diferentes atores, numa participação não tutelada. Constrói-se assim uma nova prática de saúde a partir do desafio de expor nossa cultura e evidenciar nossa posição nas

relações de poder com a intenção de uma abordagem realmente integral que envolva, não apenas doença, mas a tríade saúde-doença-cuidado (Juárez, 2004).

No episódio narrativo, Paulo experiencia o estranhamento com o diferente, mas no sentido de curiosidade no contato com o novo e, não, de hierarquia. Assim, as intervenções acontecem ao mesmo tempo não apenas no sentido de tolerância, mas de contribuição conjunta para cuspir a doença para fora, “como uma relação entre culturas dinâmicas, nas quais há necessariamente reciprocidade, vontade e horizontalidade, reconhecendo que existem espaços de encontro onde eles podem negociar e outros onde as especificidades são mantidas” (Narvaéz, 2012, p. 19).

Portanto, essa relação intercultural horizontal e compartilhada prevê momentos de negociação e de manutenção das especificidades. E esse movimento de o não-indígena perceber que a abordagem indígena pode ser a oficial, e não apenas um complemento, aparece como um dos mais desafiadores por todos os elementos já discutidos anteriormente e que envolvem a hierarquia e o etnocentrismo. Esse episódio narrativo trazido por Flávia sugere esse movimento de ceder para que o outro se torne também oficial:

Teve uma paciente que disse que viu uma cobra e, depois de ver essa cobra que ninguém mais tinha visto, ela começou a sentir umas dores e ver coisas. Lógico que eu levei para o lado psicológico, psiquiátrico, o lado da Medicina. E também pedi para que fizessem o xabori porque eu falei que isso poderia ser coisa da floresta. A expressão dela ao me ouvir foi de ter achado muito legal, assim, de ver que eu não achava que era uma besteira a cultura deles. O desfecho da história foi bem interessante, eles fizeram o xaborie ela ficou bem. Eu chamei a psicóloga e nós conversamos todos juntos. Então, eu acho que fazer com que as duas culturas trabalhem juntas é um desafio, mas o caminho é fazer com que o meu e o deles possam caminhar juntos e assim caminharmos longe. (Flávia)

Essa articulação real de conhecimentos e saberes exige, portanto, reconhecer que nem todas as igualdades são idênticas e nem todas as diferenças são desiguais, já que não pode haver o direito à igualdade apenas quando há inferiorização e nem o direito à diferença apenas quando há descaracterização (Santos, 2017). Assim, essa construção precisa combinar humildade, responsabilidade e competência interdisciplinar e intercultural, potencializando a humanidade e a empatia, que fazem com que a interculturalidade seja real e não apenas funcional (Raymundo, 2013). Essa outra experiência relatada por Bárbara ilustra esses elementos:

Teve uma vez que uma senhora que se perdeu na floresta e a filha veio procurar a gente para poder ajudar. A gente ficou bem preocupada porque ela tinha mais de 70 anos e ela foi para pegar algum tipo de cipó com as colegas mais velhas e não retornou. Até que enfim um indígena a encontrou



na beira do rio engatinhando, assim, fragilizada, e a levaram para a casa. Daí, quando a gente chegou lá, eles estavam fazendo a hekura, um ritual de cura deles. Eu me emocionei. E eu achei que eles foram muito gentis comigo porque eles me deixaram assistir, o que não é muito comum. Inclusive disse para eu sentar do lado dela, ou seja, ele me reconheceu como parte do processo terapêutico. No final, ele beijou a minha mão e eu chorei. Foi muito emocionante para mim, porque ele me deixou instalar um soro, avaliar, fazer os exames clínicos e ela estava bem, com bons sinais vitais. Só que ela estava psicologicamente abalada e eu vi o quanto aquele ritual de cura fazia bem para ela. Inclusive eu acredito também na espiritualidade, em coisas sobrenaturais, então respeitei demais e me senti parte daquele processo, desde o começo. Desde que eu vim para cá, eu me sinto parte do processo de cura da população. E eu não acho que eu sou uma pessoa estranha para eles, eu acho que eles me veem como a médica napê, que é a médica do ocidente, mas que pode auxiliar eles também. (Bárbara)

Percebemos a postura de humildade e empatia diante do encontro com o diferente, e, um sentido de integração que toma um rumo diferente dos episódios anteriores. Enquanto nos outros, mesmo com compartilhamento, o movimento é de chegada do indígena num espaço hegemônico pelo não indígena e dito como oficial, aqui esse movimento é contrário. Isso evidencia uma construção compartilhada ainda mais avançada, em que os dois ou mais espaços de cuidado são considerados tão oficiais que podem conviver a partir da relação mútua de confiança. Bárbara, mesmo com pouco tempo de experiência de trabalho nesse território, parece ter construído essa relação de confiança ao esforçar-se para conhecer a forma de ver o mundo das pessoas que assiste e ao tentar abandonar o etnocentrismo, esse que provoca recusa passiva (como negativa a intervenções biomédicas propostas) ou ativa (como hostilidade) (Albert; Gomez, 1997).

Considerações finais

As relações entre médicos e os indígenas Yanomami na atenção à saúde estão permeadas pelo conflito do (des)encontro entre diferentes culturas. Para que este encontro cultural ocorra de forma efetivamente potencializadora é necessário que os profissionais da saúde indígena se aprofundem no contexto socio-cultural dos indivíduos com os quais trabalham, além de ser essa compreensão fundamental na construção de uma boa relação de parentesco-amizade com os Yanomami, superando assim a categoria de potenciais inimigos.

Assim como as experiências de vida dos narradores são singulares e únicas, as experiências dos pacientes indígenas também, e o encontro dessas visões de mundo e de experiências de adoecimento pode possibilitar a construção compartilhada do cuidado. Todavia, as experiências de conflito estarão sempre presentes e coexistirão com as experiências de respeito, tolerância e construção intercultural, alternando de acordo com a situação vivenciada, inclusive para um mesmo profissional.

Neste contexto, deve haver o entendimento de que, para os Yanomami, a biomedicina é a cultura complementar (e não o oposto) e que a construção de diagnóstico e interpretação da doença não é exclusiva às pessoas que prestam o cuidado. Nesse caminho, as ontologias e epistemologias ameríndias incitam-nos a repensar também as limitações da biomedicina, evidenciando a possibilidade de outros saberes e outras formas de cuidado.

Referências

Albert, B; Gomez, GG. (1997). **Saúde Yanomami: um manual etnolingüístico**. Coleção Eduardo Galvão (p. 304 p.). Belém, Pará: PR/MCT/CNPq : Museu Paraense Emílio Goeldi.

Brasil. Ministério da Educação. (2015). **Portaria Normativa nº 28, de 14 de Julho de 2015**. Dispõe sobre a criação e organização do Grupo Especial de Supervisão para áreas de difícil cobertura de supervisão, no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil, e dá outras providências. Brasília.

Chauí, M. (2009). **Cultura e democracia**. (Coleção Cultura é o quê?, I) 2.ed, Salvador : Secretaria de Cultura, Fundação Pedro Calmon, 68p.

Couto, MT. (2012). Contribuições da antropologia médica para a medicina. **Revista de Medicina**, v. 91, n. 3, p. 155-158. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i3p155-158>

Fontão, MAB.; Pereira, EL. (2017). Projeto Mais Médicos na saúde indígena: reflexões a partir de uma pesquisa de opinião. **Interface** (Botucatu). ; v. 21, n. Supl.1: p. 1169-80.

FUNASA - Fundação Nacional De Saúde. (2002). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde.

Geertz, C. (1989). **A interpretação das culturas**. LTC.

Gomes, R. (2013). Análise e Interpretação de dados em Pesquisa Qualitativa. In: Deslandes, S; Gomes, R; Minayo, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32 ed. Vozes.

Helman, CG. (2009). **Cultura, saúde e doença**. trad. Claudia Buchwitz e Pedro M. Garcez. - 5.ed. - Artmed.

Jovchelovich, S; Bauer MW. (2002). **Entrevista Narrativa**. In: Bauer, MW; Gaskell,



G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Vozes.

Juárez, GF. (2004). **Salud e interculturalidad en América Latina**. Perspectivas antropológicas. Abya-Yala.

Kleinman, A; Eisenberg, L; Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropology and cross-cultural research. **Ann Intern Med.** v. 88, n. 2, p. 251-8, feb.

Knauth, DR; Oliveira, FA; Castro, RCL. (2013). Capítulo 7. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: Duncan, BB et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Artmed.

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

Langdon, EJ. (2001). A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: Grupioni, L. D. B.; Vidal, L.B., Fischmann, R. (Org.). **Povos indígenas e tolerância**. Edusp.

Laraia, RB. (2004). **Cultura, um conceito antropológico**. 14 ed. Jorge Zahar.

Lind, G. (2012). Moral competence and democratic way of life. In: Weber, W. G. et al (Eds). **Democratic competences and social practices in organizations**. Springer VS.

Leite, TVS. (2010). **Pessoa e Humanidade nas etnografias Yanomami**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 184.

Leite, TVS. (2013). Imagens da humanidade: metamorfose e moralidade na mitologia yanomami. **Mana**. v. 19, n. 1, p. 69-97.

Lorenzo, CFG. (2011). Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 329-342.

Luciano, GS. (2006). **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional.

Luna, WF; Ávila, BT; Brazão, CFF; Freitas, FPP; Cajado, LCS; Bastos, LOA. (2019). Projeto Mais Médicos para o Brasil em áreas remotas de Roraima, Brasil: relações entre médicos e Grupo Especial de Supervisão. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, supl. 1, e180029, 2019. Epub May 20.

Macedo, AC; Bairrão, JFMH; Mestriner, SF; Mestriner Júnior, W. (2011). Ao encontro do Outro, a vertigem do eu: o etnopsicólogo em equipes de saúde indígena. **Revista da SPAGESP** - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, v. 12, n. 2, p. 85-96. jul-dez.

Menéndez, EL. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: laarticulación de los saberes médicos/Intention, experienceandfunction: articulationof medical knowledge. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p. 33-71.

Muylaert, CJ; Sarubbi Junior, V; Gallo, PR; Rolim Neto, ML; Reis, AOA. (2014). Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 48, n. spe2, p. 184-189, Dec.

Nárvaez, FNH. (2012). Interculturalidad em salud: competências em práticas de saludcon población indígena. **Ciencia y Enfermería**. v. 18, n. 3, p. 17-24.

Pellegrini. M A. (1991). **Wadubari**. Marco Zero Ltda.

Pereira, PS. (2015). **O amor na relação terapêutica em enfermagem: Experiência vivida do enfermeiro de saúde mental**. Tese de doutoramento. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.

Pithan, OA. (2005). **O modelo Hekura para interromper a transmissão da malária: uma experiência de ações integradas de controle com os indígenas yanomami na virada do século XX**. 213 f. Dissertação (Mestrado em Ciências, Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Roraima.

Pontes, AL; Garnelo, L; Rego, S. (2014). Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com serviços de saúde. **Revista Bioética**. v. 22, n. 2, p. 337-4.

Ramos, A. (2008). O paraíso ameaçado: sabedoria yanomami versus insensatez predatória. **Antípoda**. n. 7, jul-dec, p. 101-117.

Raymundo, MM. (2013). Interculturalidade e a conjunção de saberes que congregam a atenção em saúde. **Revista Bioética**. v. 21, n. 2, p. 218-225.

Santos, AAG; Iamarino, APM; Silva, JB; Zollner, ACR; Constantino, CF. (2017). Considerações bioéticas sobre a relação médico-paciente indígena. **Revista Bioética**. v. 25 p 603-610.

Silva, CSP. (2015). **Os Yawaripë Yanomami: da intrusão da rodovia Perimetral Norte aos processos de resistência dos povos da floresta**. 195 f. Dissertação



(Mestrado em Geografia - Análise Ambiental e Dinâmica Territorial). Instituto de Geociências. Universidade Estadual de Campinas.

Souza Lima, AC. (2014). Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: Texeira, C. C. & Garnelo, L. (Orgs). **Saúde Indígena em perspectiva**: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Editora Fiocruz.

Stewart, M. (2017). O primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença. In: Stewart, Moira et al. (Orgs). **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Artmed.

Van der Sand, ICP; Monticelli, M; Ressel, LB; Bretas, ACP; Schirmer, J. (2014). Antropologia da saúde: contribuições teóricas para a interpretação do processo do nascimento. **Rev Enferm UFPE** online., v. 8, n.8, p.2896-906, ago.

Van Manen, M. (2014). **Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing**. Left Coast Press, Inc.

Viveiros de Castro, E. (1996). Os Pronomes Cosmológicos e o Perspectivismo Ameríndio. **Mana** [online], v. 2, n. 2, p.115-144.

Acolhimento e cuidado em saúde dos migrantes da etnia Warao em Manaus, Amazonas

09

Wanja Socorro de Sousa Dias Leal
Júlio Cesar Schweickardt

Temos o direito de ser iguais
quando a nossa diferença nos inferioriza;
e temos o direito de ser diferentes
quando a nossa igualdade nos descaracteriza.
Daí a necessidade de uma igualdade
que reconheça as diferenças
e de uma diferença que não produza,
alimento ou reproduza as desigualdades
(Boaventura de Sousa Santos).

Introdução

O presente texto procura apresentar a experiência de atenção e cuidado à saúde dos migrantes da etnia Warao, que chegaram a Manaus, a partir de 2016, pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. O fluxo migratório foi composto por venezuelanos com características mais urbanas e pelos indígenas da etnia Warao que têm uma origem baseada na coleta e na agricultura familiar.

A migração é um fenômeno mundial estimulada por questões políticas, especialmente no caso de refugiados, e, por questões econômicas. Por conta disso, esta se reveste num alto grau de complexidade, desafiando as diversas áreas das políticas públicas, especialmente a Saúde. Os migrantes venezuelanos podem ser inseridos tanto na categoria de migrantes como de refugiados, e essa condição resulta da crise político-econômica pela qual aquele país está passando. Desse modo, compete aos serviços de saúde propiciar acesso aos cuidados necessários à vida dessas pessoas. Nesse texto, vamos apresentar a experiência de acolhimento e cuidado à saúde aos indígenas Warao em Manaus, buscando mostrar a aprendizagem acumulada nesse processo e as estratégias desenvolvidas para dar respostas à situação apresentada pelos migrantes.

O termo *Warao* pode significar “donos de canoa”, “gente da praia” ou “praiheiros” e está associado ao seu lugar de origem, nas ilhas e canhos do delta do rio Orinoco na



Venezuela. Eram conhecidos pelos viajantes e cronistas no decorrer dos séculos como exímios construtores de canoas e remadores (Heinen; Gassón, 2008). Essa origem contrasta muito com a imagem construída no presente sobre eles porque as imagens de mendigo, vulnerável e desqualificado para o trabalho fazem parte dos modos como os qualifica no cenário da capital do Amazonas. Portanto, o primeiro desafio enfrentado por gestores e trabalhadores da Atenção Primária em Saúde de Manaus, foi saber quem eram os Warao, uma etnia desconhecida no Brasil, mas muito numerosa na Venezuela.

Outro desafio enfrentado pelas equipes da Secretaria Municipal de Saúde (Semsa Manaus) foi o idioma, pois a maioria dos Warao não fala espanhol, somente a sua própria língua. A compreensão das suas visões de mundo passa pelo diálogo e a tradução, mas também pelo movimento de encontro do outro, no respeito e no esforço de incluir o outro nos modos de produzir saúde. Assim, aquilo que se constitui num problema ou numa barreira de acesso, se transforma em estratégia de diálogo e de participação. Portanto, a não familiaridade do outro funciona como uma forma de ampliação das formas de cuidar, ou seja, não é algo natural e precisa de movimentos e encontros. Compreender o lugar da dimensão espiritualna explicação da doença foi fundamental para uma aproximação com os cuidados da saúde.

No âmbito da Semsa Manaus, foram adotadas três estratégias para auxiliar no fortalecimento das ações de atenção em saúde: a) articulação intrassetorial entre as áreas técnicas da Atenção e Vigilância; b) articulação interinstitucional com a Assistência Social, Justiça e Direitos Humanos e organismos internacionais como a UNICEF, ACNUR, OIM; articulação com as instituições nacionais como Cáritas Arquidiocesana, Distrito de Saúde Indígena, Ministério Público Estadual (MPE) e Federal (MPF), DPU, além de organizações da sociedade civil; c) Identificação das lideranças indígenas (Caciques ou Aidamo), que auxiliaram no processo de organização, compartilhamento de informações e apoio às equipes.

O texto foi escrito no contexto da pandemia da Covid-19, portanto ao meio do isolamento com o trabalho de home office e no trabalho de linha de frente no acolhimento e isolamento social dos casos suspeitos e confirmados entre os migrantes e indígenas para a prevenção e/ou redução do contágio. Foi um texto produzido em quatro mãos, em posições e lugares diferentes, para que a experiência ficasse registrada no livro. Além dos desafios que os migrantes sofrem pelo racismo, violência, xenofobia, precisam enfrentar uma pandemia que seguramente traz mais riscos para esses grupos. No entanto, as experiências nos ensinam e nos ajudam na tomada de decisões sobre os melhores modos de cuidar.

Conhecendo os Warao

Os Warao que conhecemos hoje fazem parte de diferentes grupos que foram reconhecidos por viajantes desde o período colonial na região do Delta do rio Orinoco, na Venezuela. Os grupos se dividiam entre horticultores e navegantes “construtores de canoas” e coletores (Heinen&Gassón, 2008; Frias Etyo,

2014). Os diferentes subgrupos dos Warao não se formam em grandes povoações, mas se formam em pequenas aglomerações. É a segunda maior etnia da Venezuela, em torno de 49 mil (Figura 1). Os Warao são formados por três grupos que apesar de aparentemente falarem a mesma língua tem diferentes dialetos e tem diferenças culturais entre os grupos (Heinen; Gassón, 2012). Os grupos que chegaram ao Brasil falam o espanhol e a sua língua materna.

Apesar dos contatos que os Warao tiveram com os colonizadores, conseguiram se manter na mesma região do delta do Orinoco. As intervenções políticas e econômicas produziram mudanças no ambiente, o que acarretou o processo de migração dos indígenas dessa região. A primeira intervenção foi a introdução do cultivo do ocumo chinu nas décadas de 1920 a 1940 e a segunda foi a construção do dique-estrada no rio Manamo na década de 1960. Ainda nessa década, houve investimentos na área petrolífera, causando como consequência o grande deslocamento da população indígena (Heinen; Gassón; García-Castro, 2012). Por último, como dissemos acima, a situação política e econômica da Venezuela produziu um novo tipo de deslocamento para o Brasil, tendo como principal motivação a falta de mercado para os produtos indígenas e, conseqüentemente, a migração para buscar trabalho e alimentos (Brasil, 2017).

A construção do dique afetou as atividades de sobrevivência dos Warao tanto na pesca como na agricultura, tendo que disputar os recursos naturais com outros grupos e interesses comerciais. Nas migrações para as cidades os Warao passaram a desenvolver atividades informais quando a mendicância passou a fazer parte das suas práticas de trabalho (Garcia-Castro, 2000).

Figura 01: Mapa dos povos indígenas na Venezuela



Fonte: www.pinterest.pt



Desde a crise na economia no local de origem dos Warao, a mendicância passou a ser um importante ingresso de recursos. O mesmo sistema de coleta de frutos, mel pelas mulheres, também se emprega para recolher roupas e dinheiro nas cidades. "Su método tradicional derecoleccionles proporciono lamanera más conveniente de organizarse" (Heinen; Gassón, 2012, p. 133).

O contexto urbano foi uma resposta imediata para a situação dos Warao, mas trouxe problemas de saúde que não eram comuns no seu território como a tuberculose, diabetes, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que estão associados ao modo de vida nas cidades. Importa destacar que as alterações ambientais nos seus territórios de origem concorreram para graves problemas de saúde aos que ainda vivem na região como a malária e a febre amarela. Além disso, a falta de planejamento sanitário na região também se constituiu em motivo de deslocamento para as áreas urbanas (Garcia- Castro, 2000).

Os estudos etnográficos sobre os Warao mostram que as unidades familiares são endogâmicas, com estrutura social bastante igualitária. As comunidades se organizam em unidades domésticas, sendo formadas por uma a três famílias estendidas (consanguínea) e uma aldeia era formada por três a seis unidades domésticas. No processo de migração, as unidades familiares têm se organizado em torno dos núcleos familiares consanguíneos. Apesar de falarem o mesmo idioma, não havia denominação de povo, tribo ou nação. Os outros, que não falavam a mesma língua, eram denominados de "gente de terra alta" (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007). A liderança das comunidades é exercida pela pessoa mais velha, sendo uma posição social masculina, hereditária e vitalícia. Os casamentos são matrilocais, sendo que os homens se deslocam para a casa da mulher, que tem um papel importante na unidade familiar, pois redistribuem os alimentos e recursos arrecadados. A articulação política e pública normalmente é realizada pelos homens (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007).

Os xamãs são considerados os guardiões da sabedoria sociocultural e socioambiental, que guardam as normas e regras para serem cumpridas, também são os responsáveis pelos rituais místicos de cura e pelas cerimônias que marcam a identidade sociocultural. As mulheres líderes também eram responsáveis pelos partos e as enfermidades não místicas (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007). "Los chamanesaúnexisten, pero su esfera de influencia ha sido reducida significativamente debido a la incompatibilidad entre el mundo capitalista y la tradición de reciprocidad del warao" (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 354).

Se o perfil de saúde dos adultos apresenta-se como um fator preocupante, entre as crianças Warao essa questão adquire maior complexidade, ocasionado especialmente pelas altas taxas de desnutrição e baixa imunidade e, por conseguinte, maior suscetibilidade a agravos crônicos como a tuberculose, doenças diarreicas, doenças de pele e Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG). Esse quadro se aprofunda em virtude da falta de histórico vacinal em muitos casos. Por conta disso,

sórecebem nomes depois da avaliação de que não terá mais riscos, pois a taxa de mortalidade infantil é muito alta. Isso se agrava quando estão vivendo em contextos urbanos, seja pelas moradias e condições de trabalho (Brasil, 2017). A divisão sexual do trabalho nas comunidades de origem tem o homem que pesca e constrói as canoas, enquanto compete às mulheres fazer a farinha e o trabalho da cestaria. Nas cidades a divisão sexual do trabalho se inverte, quando os homens cozinham e as mulheres trabalham na mendicância nas vias públicas (García-Castro, 2000). Os Warao entendem que o pedir nas ruas se constitui num trabalho, porque a mulher sai de casa para realizar essa atividade, sendo normalmente acompanhada pelos filhos.

A falta de alimentos foi um dos principais fatores para o processo migratório, pois essa é uma questão que acompanha da etnia por muitas décadas. Os alimentos também têm um sentido ritualístico, com uma oferta aos mortos (guayaba) (Vaquero apud Brasil, 2017). Podemos dizer que em qualquer cultura a fome se constitui em elemento migratório, mas cada cultura dá os sentidos para um ato que não se resume ao fisiológico.

A concepção de saúde dos Warao é ter uma condição fisiológica “sem cheiro” do corpo, que é causada e mantida pela disposição do sangue.

“Así, el estado de la sangre influye directamente sobre la localización de la salud del individuo. En el transcurso de la vida la salud se ve amenazada por patógenos (olores fétidos) que invaden el cuerpo cuando la sangre se encuentra en un estado “débil” (Wilbert, 1996, p. 202).

Para o Warao, o corpo humano está cheio de sangue, do mesmo modo que uma árvore está cheia de seiva, sendo a força do sangue que determina a influência da doença. “Los Warao creen que para mantenerla sangre flerte el individuo debe alimentarse apropiadamente, pues el alimento al filtrarse en el cuerpo se ablanda y vitaliza la sangre antes de la excreción” (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 363). Segundo os mesmos autores, a perda de sangue para um Warao é extremamente perigoso, pois diminui a vitalidade e a capacidade reprodutiva, expondo a pessoa à doença, ou seja, o estado fisiológico “sem cheiro” é invadido por um “cheiro fedido”.

As explicações atribuídas ao adoecimento pelos Warao pautam-se, em grande medida, às questões espirituais. Esses entendem que somente as crianças sofrem de doenças naturais, embora também sejam acometidas por interferência mítica, e que os adultos adoecem, exclusivamente, por conta dos feitiços que produzem sintomas parecidos com as doenças naturais. Segundo os Warao nenhum adulto morre por causas naturais, senão pelo ataque de um jebu (espírito maligno), que pode ser resultado de infrações que a pessoa cometeu contra regras cosmológicas. “Por consiguiente, la salud del individuo depende directamente de su propio comportamiento el entorno socioambiental” (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 363).

A doença natural, para um Warao, é entendida como o resultado de uma



contaminação produzida pelo mau cheiro que vem do corpo humano e das “almas” que é conduzida pelo vento, fome ou pela água. “El diagnóstico de La enfermedad se realiza por medio de un proceso de exámenes en los que toman parte tanto los chamanes como las fitoterapeutas, ya que los síntomas no siempre determinan El origen de la enfermedad” (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 364).

Além dos xamãs, os fitoterapeutas (yarokotarotu) têm a função de curar através do conhecimento das plantas, e sua prática não se utiliza de rituais como da pajelança, ainda que as concepções espirituais façam parte do entendimento das doenças. O fitoterapeuta identifica os agentes das doenças e a sua prática faz parte do sistema religioso Warao. “Sin embargo, la fitoterapeuta no está sometida a una iniciación de tipo chamánico antes de llegar a ser una experta; como tampoco está sujeta a ningún ritual las actividades de recolección, preparación y administración de las medicinas botánicas” (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 364).

A fitoterapia, segundo Wilbert & Lafée-Wilbert, trata de três classes de enfermidades não místicas:

1) enfermedades gastrointestinales (diarreas, vómitos, dolores de estómago, etc.); enfermedades respiratorias (gripes, tos); enfermedades febriles y cutaneas que se creenson causadas por la intrusión de un olor fétido em el cuerpo humano; 2) enfermedades debidas a “sangre débil”, trastornos del sistema reproductor de la mujer y pérdida de energía por esfuerzos excesivos y la prolongada exposición a los elementos naturales (lluvia, viento, frío, calor, etc.); y 3) enfermedades causadas por parasitos intestinales, picaduras de escorpiones, arañas, culebras, etc. y trastornos odontológicos (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 369)

Embora não conflite com o seu modo de ver a origem das doenças, os Warao reconhecem que as doenças têm suas causas nos agentes biológicos. Não negam a necessidade da biomedicina para o tratamento de determinadas enfermidades, fazendo, inclusive, articulações entre o sistema tradicional de saúde indígena com o biomédico. No século XX, os conflitos entre os sistemas se deram principalmente com as questões relacionadas com as vacinas e o choque cultural com os cuidados da saúde da mulher (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 370). Esses conflitos fazem parte da micropolítica do cuidado e que também estão presentes no cotidiano das equipes de saúde indígena no Brasil.

As crenças dos Warao em relação à morte mostram que existe uma vida depois da morte. Assim, a mortalidade para esse povo pode ser explicada a partir de dois modos: “1) como um hecho natural; y 2) como una intervención por parte de un jebu o espíritu maligno, que bienpudovenir por supropiacuenta, o ser enviado por um chamán de una comunidade vecina” (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 375). Nesse processo, a explicação do feitiço é utilizada quando o tratamento para determinada doença ou enfermidade, não alcançou a devida eficácia, ou seja, não percorreu o processo normal de doença e cura. Essa mesma questão é explicada por Levi-S-

trauss (1975), no texto o feiticeiro e sua magia, quando uma doença tem o processo natural de cura, a explicação é que o feitiço está presente.

Importante destacar que as curas realizadas pelos xamãs se assemelham a outras culturas indígenas. O tratamento inicia com o isolamento da pessoa doente do restante da família, em seguida o xamã inicia o ritual para consultar os espíritos sobre a origem ou quem dos entes sobrenaturais enviou a doença. Ao identificar o causador da doença, o xamã explica o motivo à pessoa. “Si el motivo fue una retribución por desobedecer una norma socioambiental, elchamán negocia una trégua com el ente sobrehumano, explica al paciente larazón por lacual se enfermó y le enfatiza laimportancia de respetarlas normas por subien y el de toda lacomunidad” (Wilbert; Lafée-Wilbert, 2007, p. 380).

A nossa aproximação dos Warao ocorreu por meio de estudos etnográficos, principalmente de antropólogos da Venezuela, mas também, mediante os relatos e informações produzidos pelas equipes de saúde da Atenção Primária de Manaus, os quais trouxeram um arcabouço de aprendizado, negociações e concepções resultantes da vivência prática, desenhada e vivenciada desde 2016, quando os primeiros contatos com essa parcela social ocorreu. Nesse sentido, vamos apresentar algumas das estratégias utilizadas pela Semsa Manaus no acolhimento dos Warao.

As estratégias para o acolhimento

Os Warao que chegaram a Manaus tinham o seguinte perfil epidemiológico: em 2017 o grupo era formado por 307 pessoas. Desses, a maioria era composta por mulheres, sendo que muitas delas eram mulheres sozinhas e com filhos, mulheres grávidas e idosos. As grávidas não tinham um histórico de pré-natal. Em todo grupo havia uma ausência de acompanhamento odontológico. A maioria dos adultos e crianças não tinha o cartão de imunização, o que impossibilitava o conhecimento sobre a sua situação vacinal. Estes apresentam grande incidência de agravos, especialmente de ordem respiratória, por estarem expostos às condições climáticas da cidade de Manaus. A prática da mendicância, como vimos anteriormente, passou a fazer parte da dinâmica da cultura, envolvendo as mulheres e crianças e produzindo uma situação de insegurança e de violência.

Destaca-se que desde 2017 o Município vem adotando algumas estratégias de apoio e acolhimento a essa etnia, dentre elas a alocação em domicílios por grupos de famílias e abrigamento coletivo em espaços públicos. A modalidade moradia, não se mostrou sustentável, devido ao elevado quantitativo de pessoas em espaços reduzidos, a carência de recursos humanos da Rede Socioassistencial frente ao número crescente de domicílios e os custos elevados do aluguel dos imóveis em áreas centrais, confluindo para a locação das famílias em bairros mais distantes do centro da capital. A modalidade de abrigamento em espaços coletivos, tem se mos-



Nos anos de 2017-2018, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) desenvolveu estratégias de caráter emergencial e de cuidado continuado. No ponto de chegada dos migrantes, no Terminal Rodoviário, foram implantadas as equipes fixas com o objetivo de atendimento imediato dos casos que desembarcavam no local, procedentes de Boa Vista/RR. O abrigo foi realizado nos seguintes locais: Abrigo do Serviço de Acolhimento Institucional de Adultos e Famílias do Coroadó (Disa Leste); Abrigo Alfredo Nascimento (Disa Norte) e unidades de acolhimento da Cáritas Arquidiocesana de Manaus. Além disso, a Equipe do Consultório na Rua - EcnaR realizou o cuidado nas casas-abrigo onde as famílias Warao foram alocadas, bem como na Estação Rodoviária (Manaus, 2019).

Em 2019, com a criação das casas-abrigos, as ações buscaram fortalecer a vinculação à Rede de Atenção Primária de cada território, voltadas à atenção e vigilância em saúde nesses espaços e no trabalho contínuo de promoção da autonomia do cuidado, ao orientarem, informarem e acompanharem as famílias sobre o fluxo da rede e a necessidade de buscarem atendimento nas unidades de saúde vinculadas. Nesse processo, os Distritos de Saúde (DISA) são responsáveis pela coordenação, articulação e efetivação das medidas de saúde, a partir do levantamento e atualização periódica do perfil epidemiológico dessa população, fortalecimento das ações de atenção e vigilância, bem como fortalecimento das ações de educação em saúde.

As ações da SEMSA mobilizam um número elevado de trabalhadores das áreas de Atenção e Vigilância e da rede laboratorial, além da Rede Socioassistencial e de Direitos Humanos. Destacamos o trabalho da equipe do Consultório na Rua (CnaR) na busca ativa, acompanhamento das famílias migrantes em outros níveis de atenção (hospitais e prontos-socorros), realização de Tratamento Diretamente Observado para tuberculose (TDO) e, principalmente, acompanhamento de crianças, gestantes, puérperas e idosos, especialmente, aquelas que utilizam as ruas como lugar de trabalho e moradia. Foram desenvolvidas as seguintes ações:

Redução da carga parasitária em adultos e crianças; censo e atualização do cartão vacinal; rastreio, tratamento e acompanhamentos dos casos de tuberculose e hanseníase; escovação dental supervisionada; atendimento dermatológico sanitário; distribuição de kits odontológicos (escova, creme e fio dental); dispensação de medicamentos; consultas farmacêuticas, médicas e de enfermagem; identificação, agendamento e acompanhamento na atenção primária: pré-natal, consultas clínicas, ginecológicas e pediátricas em Unidades Básicas de Saúde; solicitação, agendamento e acompanhamento para realização de exames e consultas especializadas; identificação, articulação e acompanhamento de internações hospitalares e sociais; atendimento social; avaliação nutricional; administração de doses supervisionadas de medicamentos; investigação de óbitos; transporte sanitário; apoio constante as ações intersetoriais (Manaus, 2019, p. 10).

Destacamos, por fim, que diante do cenário desafiador que se descortinou com a chegada dos migrantes e refugiados venezuelanos a partir de 2016, a



Saúde precisou lançar um olhar diferenciado para esse segmento. Isso denota que as respostas institucionais na área da Atenção Primária devem ser efetivas e em tempo oportuno, contribuindo sobremaneira para a redução dos agravos de saúde e as vulnerabilidades a que estas famílias estão expostas. Por conta disso, o Plano Municipal de Saúde abrangeu ações de qualificação das equipes de saúde e outros setores na temática da migração, direito à saúde, acolhimento humanizado e autocuidado. Outra ação que merece destaque é a produção de material de orientação bilingue (espanhol e português) sobre as redes de atenção, serviços oferecidos, principais agravos à saúde e direitos à saúde.

Por fim, entendemos que o abrigamento é uma necessidade que precisa entrar em qualquer plano de acolhimento, pois sem essa medida, as famílias Warao estarão mais sujeitas a situação de rua e, por conseguinte, às consequências decorrentes dessa questão, especialmente o adensamento do preconceito, xenofobia, além do agravamento da vulnerabilidade social e do quadro de saúde. Esse é um povo migrante e pelo visto continuará sendo e temos que reconhecer que aprendemos com eles e tivemos que repensar nossos valores e ideias sobre a condição na relação com o ambiente, com outros seres e com o cosmo.

Considerações Finais

O planejamento das ações e estratégias em saúde foi realizado num contexto bastante diferente do que estamos vivenciando no primeiro semestre de 2020 e, certamente, precisará se adequar, ainda mais, às demandas a serem enfrentadas pelos próximos meses. Assim como o novo coronavírus mudou o cenário mundial, as ações de saúde e a rotina das equipes estão sofrendo necessárias alterações. No entanto, esse é um outro capítulo que teremos que escrever sobre a história das doenças na relação com as pessoas, com os lugares nos encontros produzidos pelo movimento dos povos e grupos pelos territórios.

Neste momento de pandemia, o elevado grau de vulnerabilidade das famílias Warao impõe um quadro ainda mais preocupante de saúde, demandando à área da Saúde ações emergenciais e estratégias contínuas, fundamentadas na universalidade, no acolhimento humanizado e na participação social previstos pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, principalmente pela grande incidência de agravos entre as crianças. Os casos complexos exigem não apenas a abordagem clínica, mas a interlocução com as outras políticas, busca ativa, rodas de conversa, Tratamento Diretamente Observado (TOD) dentre outras estratégias.

Os Warao continuam na sua caminhada e esperamos que o presente texto, possa auxiliar outros colegas e trabalhadores que tiverem o prazer de encontrá-los no caminho, especialmente na tomada de decisões e na adoção do acolhimento como um princípio ético-político. Acreditamos que os encontros com o outro, com o diferente, nos fazem melhores e nos ensinam os limites das nossas

práticas e a necessidade de um aprendizado permanente.

Agradecimentos

As equipes de saúde que atuam junto aos Warao (Disas Sul, Leste, Norte e Sul), Consultório na Rua (eCnaR) da Semsa Manaus.

Referências

Brasil. (2017). Parecer do Ministério Público Federal. **Sobre a situação dos indígenas da etnia Warao, da região do delta do Orinoco, nas cidades de Boa Vista e Pacaraima. Parecer Técnico.** SEAP/6ªCCR/PFDC.

Frias Etyo, E. (2014). Moriche, canoas y Waraos. Adaptación al entorno y nuevos Modos de Producción. **Cuba Arqueológica.** Año VII, n. 1.

Garcia-Castro, AA. (2000). Mendicidad indígena: Los Warao Urbanos. **Boletín Antropológico.** Centro de Investigaciones Etnológicas - Museo Arqueológico - Universidad de Los Andes. Mérida

Gassón, R; Heinen, D. (2012). "¿Existe um Warao Genérico?: Cuestiones Clave em la Etnografía y la Ecología Histórica del Delta del Orinoco y el Territorio Warao-Lokono-Paragoto," **Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America:** Vol. 10: Iss. 1, Article 3, 37-64. Disponível em: <http://digitalcommons.trinity.edu/tipiti/vol10/iss1/3>

Heinen, HD; Gassón G; García-Castro, A. (2012). Desarrollo e institución Warao: identidad étnica y diversidad histórica. Cuestiones clave em la etnografía y la ecología histórica del delta del Orinoco y el territorio Warao-Lokono-Paragoto. **Revista Lider.** Vol. 21. pp 113-142.

Heinen, HD; Gassón, R. (2008). **Forasteros em supropia tierra: Testimonio de los Amerindios Warao.** Caracas: IVIC.

Lévi-Strauss, C. (1975). **Antropologia Estrutural.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Manaus. (2019). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano de Ação Anual/2019:** Atenção Primária em saúde aos migrantes venezuelanos em Manaus. Manaus: Semsa.

Manaus. (2017). **Relatório de Atenção à Saúde:** indígenas venezuelanos Warao. Manaus: Semsa.

Wilbert, W; Lafée-Wilbert, CA. (2007). **Salud Indígena en Venezuela.** Ministério Popular para la Salud. Caracas: Venezuela.



Desafios às políticas de saúde para populações tradicionais em áreas urbanas: o caso dos indígenas Warao em Belém do Pará

10

*Hilton P. Silva
Júlia C. T. de Miranda
Vitor N. de Lima*

Introdução

Desde sua criação o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) enfrenta inúmeros desafios. O Sistema nunca foi adequadamente financiado, sua legislação jamais foi plenamente implementada e nos anos recentes ele vem sendo paulatinamente sucateado e distorcido na sua proposta constitucional original (Paim, 2006; OPAS, 2018). Embora seja um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, grande parte dos grupos que dele dependem exclusivamente, especialmente as populações tradicionais, não recebe o atendimento necessário, seja em nível de prevenção, promoção, ou recuperação de saúde (Duarte et al. 2002; OPAS, 2018; Cavalcante; Silva, 2019).

Quando se trata de povos indígenas, ribeirinhos, quilombolas, ciganos e extrativistas, que com outros grupos rurais correspondem a cerca de 25 milhões de pessoas no Brasil (Cultura digital, 2007), existem diversas políticas específicas visando o atendimento de suas particularidades, como a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais (Brasil, 2007), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, das Florestas e das Águas (Brasil, 2013a), a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2013b), a Política Nacional de Atenção à Saúde do Povo Cigano/Romani (Brasil, 2018) e a Política Nacional de Saúde Indígena (Brasil, 2002).

Essas políticas têm como foco grupos específicos, por estes terem sido reconhecidamente social e economicamente vulnerabilizados ao longo de sua existência. Porém, na prática, tais políticas não têm sido adequadamente implementadas. Um

exemplo emblemático é que, ainda que a maioria dos serviços de saúde se concentre nas cidades, quando estes indivíduos e famílias são deslocados do contexto rural para o urbano, as redes de atenção e serviços não estão organizadas para acolhê-los e atender às suas necessidades (Brasil, 2013a,b; Pessoa; Almeida; Carneiro, 2018).

A partir do início de 2014, a crescente presença do grupo indígena Warao em algumas cidades do Brasil suscitou diversas discussões a respeito de sua origem, identidade étnica e seu lugar dentro da sociedade brasileira. Seriam eles todos originários da Venezuela? Naquele país eles eram indígenas? Como podem “provar” que realmente são indígenas? Estão no Brasil só de passagem ou pretendem ficar? Qual sua situação legal dentro do território nacional? A quais serviços públicos eles podem ter acesso?

Esses questionamentos, que colocam em dúvida a identidade étnica dos Warao e sua situação política no país, manifestam as visões, concepções e dúvidas da população e de muitos dos técnicos de instituições governamentais envolvidas no atendimento aos usuários do SUS, que lidam cotidianamente com os diversos grupos que não “se enquadram” no organograma das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde - como a população de rua, os migrantes das áreas rurais, os estrangeiros e os povos indígenas. Esses questionamentos têm ecoado por todos os estados que vêm recebendo os migrantes Warao ao longo dos últimos anos, desde que diversas crises políticas e econômicas começaram a eclodir na Venezuela (Simões, 2017; Santos; Ortolan; Silva, 2018; Souza, 2018).

Neste trabalho buscamos apresentar a situação dos Warao em termos da legislação vigente, problematizar as ações públicas em atenção à saúde indígena e de outros grupos vulnerabilizados em contexto urbano, e demonstrar como têm sido tratados os desafios enfrentados pelos serviços de saúde e assistência social em Belém, capital do estado do Pará, para promover a integração e atendimento aos Warao, de forma a garantir o acesso ao direito à saúde conforme os princípios do SUS.

Os Warao, sua origem e situação no Brasil

Um dos elementos importantes para que se possa “enquadrar” e dar encaminhamento às demandas de qualquer grupo social ou fato médico dentro do SUS é que esta seja corretamente identificada pelos gestores e profissionais da saúde. A literatura antropológica é profícua no debate sobre identidades sociais e os significados de termos como “índios”, “indígenas”, “nativos”, “povos indígenas”, “povos/populações tradicionais”, “grupos originários”, “etnias”, “grupos étnicos” (Eriksen, 1991; Barth, 1998; Oliveira, 1998; Little, 2004; Duarte, 2018). Por sua vez, a legislação brasileira tem buscado definir os termos de forma a ten-



tar abranger a diversidade nacional nas políticas públicas (Brasil, 2007; 2013a; 2013b; 2018; Silva, 2007). Porém, quando se trata de grupos estrangeiros no Brasil, as discussões são mais limitadas (Granada et al. 2017; Santos; Ortolan; Silva, 2018; De Macedo et al. 2019). Neste capítulo, visando corroborar na elucidação dos questionamentos sobre os Warao em relação à sua situação legal no Brasil e seu contexto social como indígenas, lançamos mão da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil³⁶ (ISA, 2019), que no seu Artigo 1º diz que os povos:

1) são considerados indígenas pelo fato de descenderem de populações que viviam no país ou região geográfica na qual o país estava inserido no momento da sua conquista ou colonização ou do estabelecimento de suas fronteiras atuais e que, independente de sua condição jurídica, mantêm algumas de suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas ou todas elas.

2) a autoidentificação como indígena ou tribal deverá ser considerada um critério fundamental para a definição dos grupos.

Ainda à guisa de esclarecimento sobre a origem e identidade dos Warao, citamos alguns excertos da obra de Rafael Gassón & Dieter Heinen (2012) que sintetizam os últimos dez anos de investigação a respeito destes grupos étnicos habitantes do noroeste venezuelano, especialmente no delta do Orinoco:

Los grupos Warao que viven en la sorillas del golfo de Paria em el estado federal de Sucre y em el asentamiento de Mosú, em el estado federal de Monagas, son principalmente “indios de a pie,” com sólo canoas rudimentarias. Em tempos coloniales, fueron conocidos como Farautes y todavía hoye los mismos se denominan Waraotu (Gassón, Heinen, 2012, p. 45).

Continuando:

Em tempos coloniales, los Warao se conocieron como Tigüe-tigüe (Tringaflavipes, Tringamelanoleuca), término Otomaco para una especie de ave playera considerado como animal teúrgico (Acosta Saignes, 1961 [1954] p.106). Algunos grupos Warao (especialmente em el área de OsiboKahunoko) se identifican com él y lollamanwaharomu, com um juego de palabras com su etnónimo Waharao (ver Lavandero y Heinen 1986), portando su efigie em el sombrero ritual y asi araobo (Gassón & Heinen, 2012, p. 45).

Ao empreenderem o processo de migração e chegarem ao Brasil, sobretudo a partir de meados de 2014, ainda em pequenos grupos, de início passa-

36 - O Projeto de Decreto Legislativo (PDL) nº 34/93, que sancionou o texto da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) - agência da Organização das Nações Unidas (ONU) - sobre os povos indígenas e tribais em países independentes, foi aprovado no Brasil no dia 19 de junho de 2002. Assim, estabelece no Brasil as diretrizes do primeiro documento internacional a tratar de temas fundamentais em relação às populações tradicionais. Entre os direitos reconhecidos na Convenção 169 destacam-se o direito dos povos indígenas à terra e aos recursos naturais, à não-discriminação e a viverem e se desenvolverem de maneira diferenciada, segundo seus costumes (ISA, 2019).

ram despercebidos. No entanto, à medida que o fluxo migratório se intensificou em razão do aprofundamento da crise econômica na Venezuela, um volume crescente de famílias atravessou a fronteira e passou a instalarem-se em praças, ruas e locais diversos no Estado de Roraima, nas cidades de Pacaraima e Boa Vista, despertando a atenção da sociedade local e do poder público (Simões, 2017; De Macedo et al. 2019).

Em 2017, o Ministério Público Federal de Roraima elaborou um laudo antropológico, registrado no Parecer Técnico/SEAP/6^aCCR/PFDC de 2017 (Botelho; Ramos; Tarragó, 2017), que começou a abordar a questão dos Warao no território nacional. Eis o trecho que versa sobre a ancestralidade desses indígenas:

Os dados arqueológicos apontam que os ancestrais dos Warao podem ter tido uma territorialidade e mobilidade bem mais amplas em tempos pré-coloniais, baseando-se em informações sobre os padrões de enterramento de mortos Warao. Resultados de pesquisas em antropologia linguística também apontam na mesma direção, demonstrando a presença do léxico Warao por toda a extensa região das Antilhas no período pré-colonial, bem como o farto uso de palavras de origem Aruak e Caribe pelos seus falantes atuais, de modo que embora se trate de uma língua que compõe um tronco linguístico isolado, ela influenciou e foi fortemente influenciada por outras línguas ameríndias. Este processo foi resultante das convivências e trocas estabelecidas entre os vários grupos que, no curso do tempo, se estabeleceram no delta do Rio Orinoco (Kirchhoff, 1950; Sanoja & Vargas, 1974; Wilbert, 1993; Granberry & Vescelius, 2004; Frías, 2013; Heinen & García Castro, 2013). (Botelho, Ramos & Tarragó, 2017, p. 4-5).

As informações disponíveis sobre os Warao apontam que eles são o segundo grupo indígena mais populoso da Venezuela. De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística da Venezuela (INE), no último censo no ano 2011 foram contabilizadas 48.771 pessoas, originalmente localizadas predominantemente na região caribenha do Delta do Orinoco, em centenas de comunidades nas áreas rurais, ribeirinhas e litorâneas, e nas várias cidades do entorno, abarcando o estado de Delta Amacuro e regiões dos estados de Monagas e Sucre, tendo registros arqueológicos de sua presença na área desde 8 mil anos atrás (Botelho; Ramos; Tarragó, 2017; Pará, 2018; INE, 2015).

Segundo Gassón e Heinen, os atuais indígenas Warao:

Son el resultado de la amalgama de varios subgrupos históricos de habla Warao, principalmente de los "morichaleros", los Waharawit'u o "propios Warao", de los horticultores al sur del Rio Grande del Orinoco y de los navegantes y constructores de canoa, los Siawani o Chaguanes. En varias partes del Delta también hay indígenas de habla Caribe y Arawaca, quien e sentiendo de la colonia se refugiaron en el Delta y asimilaron el idioma y la forma de vida Warao (Gassón; Heinen, 2012, p. 17-18).



Os Warao são falantes de uma língua isolada de mesmo nome, que difere de todos os grupos indígenas brasileiros. A região onde habitam é marcada por uma vasta rede de rios e igarapés (*caños*) que se encontra com as correntes marítimas do Caribe, resultando em um ecossistema de grande biodiversidade, caracterizado por várias ilhas fluviais, regiões de mangue e solos inundáveis, diretamente afetados pelas cheias do rio Orinoco e pelas marés da costa. Como anteriormente mencionado, estudos antropológicos, linguísticos e arqueológicos apontam para a região do delta do Orinoco como espaço tradicional de ocupação Warao milenar, inclusive com indícios de que sua territorialidade e mobilidade fossem mais amplas em períodos pré-coloniais, abarcando até a região das Antilhas (Gassón; Heinen, 2012; Pará, 2018).

Grande parte dos que se deslocam até o Brasil são falantes também do espanhol, embora o grau de fluência seja altamente variável. As mulheres falam, sobretudo, sua língua nativa e poucas dominam plenamente o espanhol. Entre os homens, o domínio do espanhol é, em geral, maior, mas ainda assim muitos têm dificuldade de comunicação fora do seu idioma. Eles são descritos pela literatura antropológica como historicamente hábeis pescadores, navegadores e construtores de canoas, que também praticam tradicionalmente a caça e a coleta de vegetais – sobretudo do buriti (*moriche*) – tendo como principais fontes de alimento o pescado, o mel silvestre e o sagu de palma de buriti (*Mauritia flexuosa*), chamado por eles *yuruma*. Há também o registro de grupos que desenvolvem práticas agrícolas – com predomínio do cultivo de tubérculos como um tipo de cará/taro chamado *ocumo chino* (*Colocasia esculenta*) e a mandioca (*Manihot esculenta*), chamada *yuca*, além da banana comprida ou banana da terra (*Musa sp*), acriação de animais e a confecção de artesanato para uso próprio e venda, sobretudo colares, pulseiras e adornos feitos a partir da fibra do buriti (Souza, 2018; Vasconcelos, 2018).

Desde a década de 1960, com a construção do dique-estrada que barrou o rio Manamo pela Corporación Venezolana de Guayana (CVG) e, com os novos empreendimentos do setor petrolífero na região do delta na década de 1990, intensificaram-se os fluxos migratórios dos Warao para os centros urbanos da Venezuela. O deslocamento para o contexto urbano foi motivado pelas pressões ambientais e a necessidade de complementar a subsistência das famílias, uma vez que essa já não era plenamente satisfeita em seus territórios de origem, onde os recursos naturais ficaram mais limitados e a densidade populacional aumentou. Nas cidades, os indígenas começaram a desenvolver formas específicas para garantir sua sobrevivência, como a venda de artesanato, de pescado e a prática do “pedir”. É importante destacar que, além da busca pelo acesso a bens alimentícios, na qual se insere a busca por trabalho e dinheiro, a ida para as cidades no Brasil também tem sido estimulada pela necessidade de acesso a medicamentos e serviços na área da saúde e assistência social (Pará, 2018; Simões, 2017; Souza, 2018).

Os Warao no Pará

Na última década a situação econômica e política da Venezuela têm mudado drasticamente e a pressão sobre as populações rurais e os recursos naturais se intensificou fortemente, o que tem forçado a uma crescente migração para outros países (Souza, 2018; Barbieri, 2019). Cruzando a fronteira, os Warao chegaram ao Brasil, primeiramente instalando-se no Estado de Roraima e posteriormente alguns grupos se deslocaram para a capital amazonense, Manaus, o que se tornou mais sistemático a partir de dezembro de 2016 (Santos; Ortolan; Silva, 2018).

Em 2017, no mês de agosto, chegaram simultaneamente vários grupos ao Pará, sendo que alguns se instalaram na cidade de Santarém e outros continuaram a viagem em navios até Belém. Nesse momento passaram a ter visibilidade na área urbana da capital paraense e chamar a atenção da população e das autoridades, pois, "o imigrante só existe na sociedade que assim o denomina a partir do momento em que atravessa suas fronteiras e pisa seu território, o imigrante 'nasce' nesse dia para a sociedade que assim o designa" (Sayad, 1998, p. 16).

Em Belém, os Warao iniciaram a comercialização de artesanato e a prática de coleta dos produtos descartados no Mercado do Ver-o-Peso, no centro comercial da capital e arredores, bem como a solicitar doações pelas ruas e nos semáforos, o que para eles, com sua tradição de caçadores-coletores, também é uma forma de "colheita" (Garcia Castro, 2000; Santos; Ortolan; Silva, 2018).

Por intervenção do Ministério Público, devido à sua situação de vulnerabilidade e risco social, a Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos do Pará (SEJUDH) viabilizou para eles um abrigo na Casa de Passagem ao Migrante Domingos Salim Jacob Zaluth, que comporta cerca de 150 pessoas. Os grupos familiares têm transitado mensalmente pelo abrigo até os dias atuais. Outro grupo, por meio dos recursos arrecadados através da prática da "colheita" desenvolvida nas ruas de Belém (principalmente pelas mulheres acompanhadas por crianças, algumas muito pequenas, ainda no colo e sendo amamentadas) instalou-se em domicílios alugados no centro comercial da cidade.

Com o aumento do fluxo migratório nos meses seguintes, a convite do Ministério Público Federal e da Defensoria Pública do Estado e da União, em setembro de 2017, dez instituições participaram no mês de setembro de uma reunião conciliatória referente aos encaminhamentos de curto e médio prazo para o atendimento aos indígenas estrangeiros, como o acolhimento temporário, a questão da segurança alimentar e nutricional, a documentação civil, o atendimento de saúde, a prevenção a eventual prática de tráfico de pessoas e trabalho infantil, entre outros pontos (Pará, 2018).



A recomendação nº 041/2017 expedida em 27 de setembro de 2017 pelo Ministério Público Federal/Procuradoria da República no Pará, em conjunto com a Defensoria Pública da União e Defensoria Pública do Estado do Pará, determinou ao Governo do Pará através da SEASTER que:

- 1) Articulem com os municípios e o governo federal o abrigamento aos migrantes venezuelanos, com as contrapartidas devidas, em especial aqueles que se encontram em situação de rua, em regime de urgência devido à situação de vulnerabilidade em que se encontram; e
- 2) Construam rede de atenção e apoio e política de imigração consistente no Estado do Pará, conjuntamente com os órgãos federais e municipais, para atendimento às demandas humanitárias dos imigrantes venezuelanos e de outros em situação de vulnerabilidade que estejam no Estado.

Segundo o Plano de Ação Emergencial de Atendimento ao Migrante e Refugiado da Fundação Papa João XXIII (FUNPAPA, 2019) responsável pelo acompanhamento dos Warao no município:

[...] em 2018 a Prefeitura Municipal de Belém decretou emergência social (Decreto nº 91.614, de Julho de 2018, ratificado no decreto nº 93.205-PMB, de 27 de fevereiro de 2019), executando então o "Plano para Atendimento Intersetorial, De Natureza Socioassistencial e Integração de Refugiados Venezuelanos da Etnia Warao na Cidade De Belém, em Parceria com o Estado do Pará e a União Federal", com recurso financeiro do então Ministério do Desenvolvimento Social-MDS que tinha como finalidade o acolhimento e alimentação de 300 migrantes e refugiados pelo período de seis meses (outubro 2018 até Março de 2019). (FUNPAPA, 2019, p 2-3).

Apesar das reuniões, debates, recomendações e dos esforços de diversos setores, até outubro de 2019 os Warao permanecem em Belém em condições precárias de moradia, especialmente as crianças, que são a maioria. Alguns em abrigos do governo do estado, outros em abrigos da prefeitura de Belém, outra parte acolhida por organizações não governamentais e um grupo instalado com recursos próprios nas imediações do Mercado do Ver-o-Peso. Em setembro de 2019, segundo informações da FUNPAPA, havia aproximadamente 520 Waraos solicitando refúgio em Belém.

Os Warao e os Desafios da Atenção à Saúde no Município de Belém

Na perspectiva de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua (Decreto nº 7.053/2009) (BRASIL, 2014), em 2014, foi iniciada pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) na região metropolitana da cidade a implantação da estratégia Consultório na Rua (eCR). A organização da estratégia é resultante de um diagnóstico territorial e situacional, onde foram previstas equipes que atuassem nas áreas do complexo do Ver-o-Peso, e nas re-

giões de Icoaraci, do Entroncamento e de São Brás, que são espaços de grande fluxo de populações em situação de rua na região metropolitana. Esta rede ainda está em implantação e expansão, mas é ela que tem proporcionado a maior parte dos atendimentos aos Warao em Belém. A partir de 2015, a Universidade Federal do Pará (UFPA), através de diversos projetos de extensão, também iniciou atividades de assistência às populações em situação de rua em articulação com a eCR Ver-o-Peso e outras instituições na cidade, como a rede de Centros de Atenção à População de Rua do Município (CENTRO POP) e a FUNPAPA.

A intensificação dos fluxos de chegada de refugiados venezuelanos na cidade, em sua maioria indígenas Warao, mobilizou diversas entidades do setor público assim como sociedade civil, incluindo o Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados (ACNUR), os Ministérios Público, Estadual e Federal, a Polícia Federal, as Forças Armadas, a Universidade do Estado do Pará (UEPA) e a UFPA. Em 2017, este conjunto de agentes passou então a buscar formas de interagir com os imigrantes de maneira a lhes garantir a extensão das redes de proteção social e buscar mecanismos de incorporá-los aos serviços e ações disponibilizados aos brasileiros. Em nível municipal, foi acordado que o abrigo dos Warao ficaria sob a responsabilidade da FUNPAPA e a atenção à saúde vinculada à eCR/SESMA.

Uma vez reconhecida pelo Estado e pelo Município, a partir das provocações do Ministério Público e da sociedade civil, a necessidade de incorporar a crescente população Warao aos programas oficiais, em 2019, diversos órgãos municipais e estaduais passaram a buscar parcerias, mecanismos e formas de transformar as necessidades reconhecidas em ações. No campo da saúde, em um primeiro momento buscou-se ampliar o processo de territorialização da eCR, mapear as comunidades e necessidades dos Warao, identificar as competências legais de cada órgão municipal e promover a interação entre os diversos atores na busca pela elaboração de estratégias de ação para adequar as estruturas, físicas e de pessoal, inter e intrainstitucionais, municipais, estaduais e federais, para dar conta dessas novas e até então inusitadas demandas.

Experiências prévias de Roraima, da ACNUR e da literatura disponível, levaram a equipe da eCR a propor os seguintes programas de saúde como prioritários para a atenção à população em situação de rua e a população migrante: Controle de Tuberculose (TB), Hanseníase, HIV, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), Saúde da Mulher, Pré-Natal, Puericultura, Hipertensão Arterial/HiperDia, Saúde Mental, Controle de Tabagismo e Imunização. Em reunião com o Secretário Municipal de Saúde e a coordenação da eCR, foi acordada a expansão da equipe e das horas de atendimento da estratégia como tentativa de dar conta da demanda crescente. Foi também pactuado com a SESMA, tendo como base a Rede Municipal de Medicamentos (REMUME), um padrão de medicação adequa-



do à demanda da eCR, totalizando 118 itens, classificados por tipo de uso, com os quais pretende-se organizar protocolos de atendimento, levando em consideração que este é um serviço de Atenção Básica especial, com uma população com peculiaridades de condutas farmacológicas.

Com as pactuações iniciais foram identificados também os primeiros desafios dessa nova fase, como o caso de um indígena idoso bacilífero para TB convivendo no mesmo ambiente com recém-nascidos e crianças em um abrigo da cidade (Nina, comunicação pessoal), o que obrigou a elaboração urgente de uma força tarefa para busca ativa de TB e hanseníase, realização de exames de escarro e raio-X de tórax, administração de testes tuberculínicos (PPD) e Terapia Diretamente Observada (TDO), forçando a realização dos primeiros levantamentos sistemáticos sobre a situação de saúde dos Warao em Belém.

Gestão do Trabalho e Territorialização para Atenção Integral à Saúde da População Warao em Belém

Como plano de ação municipal para enfrentamento imediato da situação, foi pactuado que a eCR é responsável pela gestão do cuidado, articulando a rede entre a Estratégia de Saúde da Família (ESF), as Unidades Municipais de Saúde (UMS), os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e a FUNPAPA, buscando integrar as ações para o conjunto das famílias Warao.

No início de 2019, foi estabelecido pela ACNUR um Grupo de Trabalho sobre Saúde e Migração com a participação de diversos órgãos estaduais, federais e instituições de ensino. Como resultado das primeiras reuniões, após oitavas com as lideranças dos Warao dos diversos abrigos, uma das ações promovidas pela UFPA, em parceria com a SESMA e outros órgãos, foi a incorporação de atividades acadêmicas com os discentes que já iriam desenvolver atividades na eCR que, sob a supervisão da equipe docente de Atenção Integral à Saúde, participaram de busca ativa de sintomáticos respiratórios entre a população abrigada, coleta de escarro dos sintomáticos respiratórios para realização de Teste Rápido Molecular e cultura, solicitação de raio-X de tórax para os sintomáticos respiratórios, exame dermatoneurológico para busca ativa de hanseníase, avaliação pré-natal de gestantes e suspeitas de gestação, visita domiciliar a vizinhos do abrigo para coleta de informações sobre relações e percepções sociais, avaliação do território do abrigo (higiene, focos de água parada, proliferação de insetos e animais), avaliação antropométrica de crianças, avaliação de pressão arterial e circunferência abdominal em adultos. Estes dados foram coletados e sistematizados em formulário eletrônico elaborado especificamente para estas atividades.

Estas “Visitas Domiciliares”, foram planejadas e realizadas conjuntamente com

uma equipe de Atenção Básica da SESMA, a eCR, e as instituições de longa permanência (abrigos). Com a participação dos estudantes, facilitou-se a velocidade na coleta e sistematização de informações sensíveis em um espaço de aglomeração de pessoas e infraestrutura precária. Inicialmente foram elencados quatro abrigos, considerados de grande vulnerabilidade para a ação. Após o acolhimento e explicação sobre os objetivos de cada uma das ações de vigilância, foi realizada avaliação médica entre adultos e crianças, além das avaliações ambientais e de comunicantes. Os levantamentos foram registrados em formulário eletrônico pelos próprios estudantes, através de aparelho telefônico celular, revisados e monitorados pelos profissionais de saúde da equipe, gerando imediatamente dados preliminares sobre cada comunidade, contribuindo no diagnóstico situacional e na elaboração do plano de uma “carteira de serviços” a ser disponibilizada para a população.

Constatou-se que, com o passar do tempo, a população Warao na cidade vem aumentando, havendo vários indivíduos e famílias em situação de rua e padecendo de insegurança alimentar, o que tem repercutido em aumento de casos de pneumonia e outros agravos como HIV, IST's e TB nos serviços de saúde do município. Apenas em um dos abrigos onde foi realizada uma ação da UFPA com um levantamento de 52 indivíduos, 18 crianças menores de 5 anos de idade foram diagnosticadas com desnutrição, representando cerca de 45% das crianças do local. Cerca de 39% destas apresentaram déficit estatural e magreza, indicando subnutrição crônica. A maioria delas apresentou coriza e abdome distendido na anamnese. Também foram encontradas diversas pessoas com TB pulmonar em atividade, sintomáticos respiratórios, crianças com alta suspeição de TB e tratamentos interrompidos (Nina, comunicação pessoal), que sugerem possível cadeia de retransmissão de TB, à semelhança do já descrito na literatura para população prisional e população de rua (Piller, 2012; Macedo; Maciel; Struchiner, 2017). No caso dos Warao, a precariedade de saúde oriunda do seu processo de vivência e deslocamento da Venezuela até o Brasil os coloca em situação de grave vulnerabilidade e agrava as demandas sobre os serviços locais. Esses dados apontam também a necessidade de mais estudos sobre as alterações nutricionais e imunológicas produzidas entre os indígenas durante seu processo de migração.

Propostas para a Atenção Primária à Saúde (APS)

Prover Atenção Primária em Saúde (APS) para populações tradicionais em situação de vulnerabilidade urbana (aqui compreendidas como os grupos migrantes internacionais e nacionais, as populações em situação de rua e os indígenas), demanda a produção de uma territorialização especial, não somente espacial, mas organizada a partir da produção de redes capazes de dar conta dos complexos fluxos espaciais/geográficos, sociais, culturais e econômicos vivenciados por estes atores, a fim de diagnosticar e intervir nos determinantes dos processos de saúde



e adoecimento individual e coletivo, nos diversos locais que se encontrem ao longo do tempo. O SUS não está preparado para lidar com este tipo de usuário. Em Belém, a ideia da eCR é realizar assistência em pontos chave da rede de saúde, objetivando garantir integralidade e longitudinalidade a esta crescente população, que jamais recebeu serviços voltados às suas especificidades.

Sabe-se que a APS previne agravos, reduz custos de serviços e é o principal instrumento de garantia do direito à saúde, sendo necessário seu estabelecimento com foco nas demandas da comunidade adstrita (Paim, 2006; Mello; Fontanella; Demarzo, 2009). Assim, considerando a experiência em Belém, a equipe da SESMA propôs a seguinte dinâmica para a rede de serviços:

1. Territorialização especial e elaboração de carteira de serviços a partir de diagnóstico situacional, mensuração de demanda assistencial e classificação de risco de sujeitos e de famílias Warao. Neste sentido foram planejadas como atividades estratégicas prioritárias dentro dos territórios:

1a. Saúde da Criança: Educação e vigilância em saúde com ênfase na imunização; acompanhamento regular de crescimento e desenvolvimento; segurança alimentar; higiene; prevenção de acidentes infantis e de violência contra a criança e o adolescente, em articulação com a Secretaria Municipal de Educação (SEMEC), a FUNPAPA e o Conselho Tutelar.

1b. Controle da TB: Rede de monitoramento de fluxo de bacilíferos - uma vez que as análises iniciais sugerem que há uma cadeia de retroalimentação entre os Warao, acompanhamento das IST's e AIDS, implementação de estratégias de TDO para a garantia da adesão ao tratamento.

1c. Saúde do Idoso: Ênfase no *screening* cardiovascular com diagnóstico e classificação de risco de hipertensão, diabetes e câncer; avaliação ampliada; genograma; identificação e prevenção primária dos agravos mais prevalentes.

1d. Saúde da Mulher: Fomentar a organização de grupos de mulheres para fortalecimento social, promovendo boas práticas de cuidado com o corpo, rede de suporte às gestantes, organização de banco de leite Warao, planejamento familiar, e identificação/denúncia e prevenção de violência doméstica, em parceria com a SEASTER e a SEJUDH.

1e. Saúde Mental: Tomando como premissa a transculturalidade, cartografar e produzir interfaces com memórias e vínculos familiares Warao, compreender os ciclos de vida das famílias Warao, produzir restauração de ritos populares e tradicionais a partir da história de vida. Identificar suas plantas sagradas e de uso medicinal, organizar hortas comunitárias nos abrigos.

2. Realização de acompanhamento médico regular da eCR vinculado à uma Unidade Municipal de Saúde e de retarguarda/referência com garantia de consulta semanal em hospitais universitários federais: Hospital de Referência para Doenças Infecciosas e Parasitárias do Estado (Hospital Universitário João de Barros Barreto/UFPa) e nos ambulatórios de espe-

cialidades do Hospital Universitário de Especialidades (Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza/UFPA), inicialmente nas áreas de oftalmologia, pediatria e saúde da mulher;

3. Articulação com programas de residência médica e multiprofissional existentes na capital, em especial nas áreas de APS e de Saúde da Família, para análise e elaboração contínua de estratégias de intervenção na população migrante;

4. Organização de uma Brigada de Busca Ativa com atividades regulares em todos os espaços Warao para identificação de casos de HIV, IST's, TB, hanseníase, problemas relacionados à saúde mental, vigilância do desenvolvimento infantil, abuso de álcool e outras drogas, prevenção do suicídio;

5. Construção de um programa de educação em saúde, com pedagogia adequada para populações especiais, levando em consideração a interculturalidade, a vulnerabilidade, a situação de risco contínuo de violência e a situação de refúgio, a ser realizado através de parceria entre a SESP, a SESMA, a SEMEC, a SEDUC e a UEPA. Neste sentido, serão priorizadas as organizações de grupos para fomento à produção de genogramas e Projetos Terapêuticos Singulares, a partir da abordagem centrada na pessoa e na família, que levem em consideração as redes de suporte que os sujeitos têm, assim como seu grau de vulnerabilidade;

6. Realização de um projeto de arteterapia em saúde mental, através de programa de extensão universitária da UFPA, explorando atividades/manifestações artísticas em grupo, a fim de trabalhar a memória individual e coletiva dos processos migratórios/nomádicos na produção de saúde mental comunitária, operando com linguagens variadas, como teatro, dança e música, observando suas possibilidades clínicas e pedagógicas para ampliar o repertório de possibilidades de intervenção na atenção à saúde de populações em vulnerabilidade, sobre violência e pobreza urbana.

7. Acompanhamento contínuo por equipe especializada em saúde coletiva da UFPA dos dados gerados a partir das diferentes intervenções, para a produção de informações e relatórios para a tomada de decisões e a construção/reformulação de políticas públicas baseadas em evidências.

O Cenário Atual e as Perspectivas para os Warao no Brasil

Considerando o cenário político atual e as dificuldades de resolução da crise venezuelana nos curto e médio prazos, que projetam um crescente fluxo migratório para o Brasil e outros países vizinhos (Barbiéri, 2019), cabe ao Estado brasileiro atender às demandas dos imigrantes e ao SUS prover a atenção integral à saúde da população Warao. Neste sentido, torna-se necessário superar diversos desafios, entre eles o de garantir a integralidade do cuidado, uma vez que a população migrante Warao é crescente e encontra-se em situação de vulnerabilidade social, o que representa um desafio ao estabelecimento de atenção integral à saúde, em especial na implantação de programas de prevenção



de doenças prevalentes como TB, hanseníase e IST's, assim como imunização e acompanhamento nutricional. Para isso, é fundamental a expansão das equipes de saúde das populações em situação de rua dos municípios, assim como o seu horário de funcionamento, de tal modo a abranger maior cobertura de espaços e horários de atendimento que correspondam às demandas desta população.

Também é fundamental manter a longitudinalidade do cuidado, à partir da noção de uma territorialização especial, considerando os constantes fluxos migratórios dos Warao, que se deslocam de e para as cidades, e mesmo entre os diversos abrigos continuamente, produzindo interrupções nos tratamentos e dificultando as buscas ativas de agravos, assim como desafiando (por vezes inviabilizando) a organização de projetos terapêuticos de longo prazo, capazes de dar conta da complexidade situacional dessa população como, por exemplo, a garantia de continuidade do tratamento e vigilância até alta por cura entre pacientes diagnosticados com TB e Hanseníase, a continuidade dos programas de vigilância do crescimento, desenvolvimento infantil e de controle da hipertensão arterial.

Neste caso, uma das possibilidades seria aproveitar a experiência da saúde indígena brasileira, que já oferece um repertório de soluções e boas práticas para garantia da saúde no âmbito transcultural, como a criação da figura do Agente Comunitário de Saúde Indígena (ACSI) para atuar nos abrigos, e a criação de um cadastro único nacional para os Warao, que seja compartilhado com as diversas agências e órgãos que trabalham com essa população. Outra sugestão, a partir da troca de experiências com a Operação Acolhida, das Forças Armadas Brasileiras em Roraima, seria da contratação de profissionais de saúde venezuelanos com experiência com essas populações indígenas para atuar nos abrigos.

É preciso solucionar urgentemente a situação de abrigo e acolhimento, uma vez que a população Warao conta com uma relevante quantidade de pessoas pouco habituadas à vida em ambiente urbano, para as quais é preciso pensar com cuidado a manutenção da saúde e de higiene nos abrigos, haja vista as condições ambientais, em geral, serem precárias, temporárias e algumas vezes impróprias; em grandes aglomerados, em convívio com lixo e dejetos, propiciando a propagação de doenças. Para esta situação, considera-se fundamental a contratação e manutenção de cuidadores/ACSI nos/dos abrigos, assim como a presença sistemática da Vigilância Sanitária, de manutenção predial, e de programas continuados de educação em saúde, em conjunto com as equipes de saúde e educação. Os abrigos devem ser, além de dormitórios, locais de formação e educação permanente, na perspectiva de oferecer aos moradores condições para ingressar plenamente na sociedade brasileira, se este for o seu desejo.

Por fim, tem-se o desafio de planejar a autonomia das pessoas e famílias a

médio e longo prazo, elaborando, conjuntamente com eles, estratégias para sua manutenção urbana, haja vista a quantidade considerável de crianças, jovens, adultos e idosos, que necessitam de inserção nos sistemas escolar, de saúde, laboral, assim como na assistência social.

No Pará, foram criados Grupos de Trabalho Interinstitucionais de educação e de saúde, na perspectiva de analisar e propor as formas de implementar as políticas públicas para atender às necessidades dos Warao. As ações de saúde são coordenadas pela SESMA/eCR, e as ações de educação foram apresentadas no projeto KuarikaNaruki organizado pela UEPA. O trabalho social vem sendo conduzido de forma humanizada com apoio de um técnico de origem venezuelana com ampla experiência com o grupo, contrato pela SEASTER, que trabalha como intérprete de espanhol e Warao. Para desenvolver atividades específicas com os Warao, atualmente há uma socióloga, uma pedagoga, um antropólogo, duas assistentes sociais e pessoal administrativo, contratados pelo município, assessoramento e orientação do Núcleo Jurídico da SEASTER e de Assessoria Jurídica específica para cuidar dos casos dos migrantes através da SEJUDH.

A SESMA, através da eCR, tem prestado assistência nos abrigos e feito os encaminhamentos para os demais níveis de complexidade. Porém, as ações educativas propostas no projeto Kuarika Naruki ainda não foram plenamente implementadas. O atendimento educacional está sendo realizado pela SEDUC, com uma turma de educação de jovens e adultos (EJA), funcionando em uma escola estadual e pela SEMEC para o atendimento das crianças da educação infantil nos abrigos gerenciados pela prefeitura. A FUNPAPA criou o Núcleo de Atendimento ao Migrante e Refugiado, pioneiro no Brasil, e tem prestado apoio social e assistencial através de entrega de alimentos, gás, material de limpeza, de higiene pessoal, e cadastramento no Programa Bolsa Família nos abrigos (em maio de 2019 havia 44 famílias cadastradas atingindo 168 pessoas), encaminhamentos para o sistema de saúde, e apoio para a documentação (ex: Registro no Comitê Nacional para os Refugiados - CONARE, Carteira de Trabalho, Certidão nascimento) (Pará, 2018; FUNPAPA, 2019).

A situação dos Warao é complexa, atravessa e demanda complementaridade entre variadas legislações, protocolos e serviços. Sua chegada à Belém mobilizou equipamentos apenas recentemente organizados e voltados em especial para a população em situação de rua. Klein & Reddy (2015), de fato, já caracterizam os refugiados como uma subpopulação de rua crescente em todo planeta, com necessidades assistenciais específicas. Para a rede de atendimento à população em situação de rua de Belém, os Warao, oferecem um desafio ainda novo: as complexidades da saúde indígena somadas à situação de estrangeiro em fluxo migratório permanente.



Considerações Finais

A situação atual da conjuntura econômica e social da Venezuelana tem influenciado fortemente o deslocamento dos Warao em direção ao Brasil, motivado fundamentalmente pela busca de alimentos, trabalho, acesso à saúde e dinheiro para apoiar os que permanecem no país de origem. A mobilidade das famílias se caracteriza por um fluxo constante de ida e volta entre o Brasil e a Venezuela, que tem grande impacto na variação da sua quantidade nas cidades brasileiras e na economia do país vizinho (Simões, 2017; Souza, 2018; Vasconcelos, 2018).

O ACNUR informa que há cerca de 26 milhões de refugiados no mundo, e este número deverá crescer nas próximas décadas em função de crises econômicas, políticas, humanitárias e ambientais em diversos continentes. A Venezuela é um dos países que tem despontado com um número expressivo de emigrantes e os pedidos de refúgio no Brasil dobraram no último ano (Barbiéri, 2019). A ONU também estima que até 10% da população venezuelana tenha deixado o país, com mais de um milhão de emigrantes no primeiro semestre de 2019, originando potencialmente a maior crise migratória do Ocidente (FUNPAPA, 2019).

Os indígenas Warao são o principal grupo solicitante de refúgio no país e seu status político tem sido amplamente reconhecido pelos órgãos nacionais e internacionais relacionados à imigração, sendo dever do Brasil acolhê-los e implementar políticas que respeitem a sua origem e necessidades, conforme a Lei 9474/97. O ACNUR considera como refugiadas as pessoas que são forçadas a sair de seus países por razões de conflitos, guerras ou perseguições, um cenário que se complexifica mais a cada ano. A maioria dos Warao no Brasil é classificada como “Solicitantes de Refúgio”, uma vez que seus pedidos ainda estão sendo analisados, mas isso não altera seus direitos perante a lei, nem a necessidade das estruturas de Estado estarem adequadamente preparadas para oferecer serviços de qualidade de acordo com suas especificidades. Eles estão aqui e esta realidade provavelmente não mudará nos próximos anos.

O Brasil ainda recebe poucos emigrantes em comparação com outros países, mas a tendência é que este número aumente. Os imigrantes refugiados têm assegurados por lei o direito a não devolução, não penalização por entrada irregular, documentação (Protocolo, CPF e CTPS), trabalho, livre trânsito pelo território, educação (fundamental, médio, cursos profissionalizantes), saúde, não discriminação, não sofrer violência sexual ou de gênero e praticar livremente a sua religião (De Macedo et al. 2019).

Uma das características dos Warao é sua organização familiar, não havendo lideranças grupais fortes. Como outros grupos migrantes para as áreas urbanas e

a população de rua, eles estão em deslocamento constante entre cidades e entre abrigos na mesma cidade. Também como outros grupos vulneráveis, inclusive os indígenas brasileiros, eles têm níveis variados de domínio do português, baixa escolaridade, expectativas e hábitos culturalmente diferenciados. Todas essas questões dificultam sua inclusão em programas regulares e acompanhamento sistemático, havendo necessidade de criação de estratégias específicas para eles (Santos; Ortolan; Silva, 2018).

As Ciências Sociais têm desenvolvido diversas formas de análise para lidar com as diferenças culturais que emergem nos variados processos de interação entre grupos humanos, sendo o reconhecimento da diversidade cultural e étnica elementos chave deste processo (Erikson, 1991). Atualmente, os Warao se apresentam, assim como os quilombolas, os ribeirinhos e as centenas de grupos étnicos brasileiros, como componentes relevantes da diversidade nacional, que enriquecem substancialmente a sociedade brasileira e, simultaneamente, apresentam situações desafiadoras para o SUS.

Aprender a reconhecer e lidar com o diverso, o “diferente”, é um dos principais requisitos para os profissionais de saúde, na perspectiva de eliminar todas as formas de discriminação, racismo e xenofobia no SUS (Brasil, 2013b; 2014; 2018). As políticas especiais de saúde têm sido criadas visando garantir que os princípios de universalidade, equidade e integralidade sejam plenamente alcançados por todos. Porém com frequência os profissionais, gestores e as estruturas administrativas das secretarias de saúde e demais órgãos governamentais não estão adequadamente preparados para compreender os grupos e populações diversas que deles necessitam, não raro reforçando, ainda que de forma involuntária, situações de discriminação e racismo institucional.

A chegada dos Warao ao Brasil trouxe à tona uma série de questões e perspectivas que estavam há muito colocadas por outras populações vulnerabilizadas, mas que não haviam sido ainda adequadamente abordadas. Embora ainda em construção, a experiência de Belém aponta uma série de possibilidades coletivamente construídas entre os diversos setores do Estado, com a participação dos Warao, planejadas para atender de forma digna às necessidades dos imigrantes.

Até o momento, a implementação de algumas das estratégias planejadas, sobretudo em relação às ações do Núcleo de Atendimento ao Migrante e Refugiado de Belém e da eCR, tem sido realizada com sucesso. No entanto, os desafios ainda são muitos: não há um plano nacional ou estadual integrado para acolhimento aos venezuelanos; os órgãos governamentais têm grande dificuldade e são lentos na comunicação intra e interinstâncias; a FUNAI reconhece que eles são indígenas, mas segundo a visão daquele órgão, por serem estrangeiros, sua atuação tem se li-



mitado a dar "apoio técnico" nas discussões; as políticas assistenciais são fragmentadas (e às vezes até antagônicas); os recursos humanos e financeiros municipais e estaduais são extremamente limitados; não há formação adequada dos profissionais para lidar com as populações vulnerabilizadas e culturalmente diferenciadas nem durante sua formação acadêmica e nem em serviço; falta ainda sensibilidade política e social dos gestores à questão dos imigrantes.

Porém, os esforços levados a cabo em Belém demonstram que, através do diálogo, da busca de participação dos Warao nas discussões e trabalho conjunto, da construção de parcerias entre os órgãos federais, estaduais, municipais, instituições de ensino, pesquisa e organismos internacionais, é possível incluir, com respeito e dignidade, as populações étnica e culturalmente diferenciadas no planejamento das políticas públicas de saúde.

Agradecimentos

Agradecemos ao Núcleo de Atendimento ao Migrante e Refugiado de Belém e a equipe da eCR pelo compartilhamento de informações técnicas, aos colegas e revisores anônimos que leram e fizeram sugestões no texto e aos Warao, por nos permitir contato com sua rica cultura e nos fazer refletir sobre a importância da diversidade para a construção de uma sociedade mais justa e respeitosa. As análises e informações aqui apresentadas são de inteira responsabilidade dos autores.

Referências

Barbiéri, LF. (2019). **Pedidos de refúgio de venezuelanos ao Brasil crescem 245% em um ano**. Portal G1. <https://g1.globo.com/politica/noticia/2019/07/25/pedidos-de-refugio-de-venezuelanos-ao-brasil-cresce-245percent-em-um-ano.ghtml>.

Barth, F. (1998). Grupos étnicos e suas fronteiras. In: Poutignat, P.; Streiff-Fenart, J. (org.). **Teorias da Etnicidade**. Editora UNESP.

Botelho, E; Ramos, L; Tarragó, E. (2017). **Parecer Técnico N° 208/2017/SEAP/6°C-CR/PFDC**. Brasília: Ministério Público Federal.

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

Brasil. (2007). **Decreto N° 6.040/2007**. Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais. Casa Civil da Presidência da República.

Brasil. (2013a). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participati-

va. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. (2013b). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS**. 2. ed. Editora do Ministério da Saúde.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da População em Situação de Rua: Um direito humano**. Ministério da Saúde.

Brasil. (2018). **Portaria N° 4.384, de 28 de dezembro de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação n° 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. Diário Oficial da União: Edição: 250-A, seção 1 - extra. Ministério da Saúde.

Cavalcante, IMS; Silva, HP. (2019). Políticas Públicas e Acesso aos Serviços de Saúde em Quilombos na Amazônia Paraense. In: Fontes, A. et al., (org.). **Quilombolas**: aspectos políticos, jurídicos e políticas públicas inclusivas consequentes à edição do Decreto n° 4887-2003 e do julgamento da ADI n° 3239. TRF2.

Cultura Digital. (2007). **Antecedentes da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais**. <http://culturadigital.br/setorialculturaspopulares/files/2010/02/2007-Antecedentes-da-PNPCT-povos-e-comunidades-tradicionais.pdf>.

De Macedo, JN; Sousa Júnior, OV; Biazussi, HM; Pereira, BG. (2019). Venezuelanos no Brasil: Direitos dos imigrantes e a saúde pública local. **Interfaces Científicas** - Direito, Aracaju, v. 7, n. 2, p. 75-84.

Duarte, LFD. (2018). A volta da identidade (e do seu jogo fascinante). **Anuário Antropológico**, v. 10, n. 1, p. 295-302.

Duarte, EC; Schneider, MC; Paes-Sousa, R; Ramalho, WM; Sardinha, LMV; Da Silva Júnior, JB; Castillo-Salgado, C. (2002). **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Organização Pan-Americana da Saúde.

Eriksen, TH. (1991). The Cultural Contexts of Ethnic Differences. **Man, New Series**, v. 26, n. 1, p. 127-144, mar.

FUNPAPA. (2019). **Plano de Ação Emergencial de Atendimento ao Migrante e**



Refugiado da Fundação Papa João XXIII. Belém: Núcleo de Atendimento ao Migrante e Refugiado da FUNPAPA.

García-Castro, A. (2000). Mendicidad indígena: Los Warao urbanos. **Boletín Antropológico**, Mérida, n. 48, p. 79-90, jan./abr.

Gassón, R; Heinen, D. (2012). ¿Existe un Warao genérico?: Cuestiones clave em la etnografía y la ecología histórica del Delta del Orinoco y el territorio Warao-Lokono-Paragoto. **Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America**, v. 10, n. 1, p. 37-64. 2012. <https://digitalcommons.trinity.edu/tipiti/vol10/iss1/3/>.

Granada, D; Carreno, I; Ramos, N; Ramos, M.C.P. (2017). Debating health and migrations in a contexto of intense human mobility. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 285-96.

INE - Instituto Nacional de Estadística da Venezuela (2015). **Censo Nacional de Población y Vivienda 2011.** Empadronamiento de la Población Indígena. Caracas: Instituto Nacional de Estadística da Venezuela-INE.

ISA. (2019). **Povos Indígenas no Brasil.** Convenção OIT sobre Povos Indígenas e Tribais em países independentes n°. 169. 2019. https://pib.socioambiental.org/pt/Conven%C3%A7%C3%A3o_OIT_sobre_Povos_Ind%C3%ADgenas_e_Tribais_em_pa%C3%ADses_independentes_n%C2%BA._169

Klein, JW; Reddy, S. (2015). **Care of the Homeless Patient.** Medical Clinics of North America, v. 99, n. 5, p. 1017-1038, set.

Little, PE. (2004). Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: Por uma antropologia da territorialidade. **Anuário Antropológico**, Brasília, p. 251-290.

Macedo, LR; Maciel, ELN; Struchiner, CJ. (2017). Tuberculose na população privada de liberdade do Brasil, 2007-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 783-794, out./dez.

Mello, GA; Fontanella, BJB; Demarzo, MMP. (20019). Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213.

Oliveira, JP. (1998). Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. **MANA**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 47-77.

OPAS. (2018). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Paim, JS. (2006). **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. EDUFBA.

Pará. (2018). (Comissão Interinstitucional – Educação Warao). **Grupo de Trabalho Interinstitucional, Projeto Político Pedagógico Warao, Projeto de Educação Kuari-ka Nakuri**. Belém: Secretaria Estadual de Educação do Pará – SEDUC, Secretaria Municipal de Educação de Belém – SEMEC, Universidade do Estado do Pará – UEPA, Secretaria de Estado de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda – SEASTER, Bosque Rodrigues Alves Jardim Zoobotânico da Amazônia, Caritas Brasileiras - Regional Norte-CNBB, Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio D. Pedro II, Secretaria Extraordinária de Integração e Políticas Sociais-SEIPS. http://www.mpf.mp.br/pa/sala-de-imprensa/documentos/2018/projeto_educacional_para_indigenas_warao_belem-pa_2018.pdf.

Pessoa, VM; Almeida, MM; Carneiro, FF. (2018). Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 302-314, set.

Piller, RVB. (2012). Epidemiologia da Tuberculose. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 4-9.

Procuradoria Geral da República de Roraima. (2017). **Laudo Antropológico, Parecer Técnico/SEAP/6ºCCR/PFDC de 2017**.

Santos, SMA; Ortolan, M.H; Silva, S.A. (2018). **“Índios imigrantes” ou “imigrantes índios”? Os Warao no Brasil e a necessidade de políticas migratórias indigenistas**. Trabalho apresentado na 31ª Reunião Brasileira de Antropologia.

Sayad, A. (1998). **A Imigração e os Paradoxos da Alteridade**. EDUSP.

Silva, M. (2007). Saindo da invisibilidade – a política nacional de povos e comunidades tradicionais. **Inclusão Social**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 7-9.

Simões, GF. (2017). **Perfil Sociodemográfico e Laboral da Imigração Venezuelana no Brasil**. CRV.

Souza, JH. (2018). Janokos brasileiros: uma análise da imigração dos Warao para o Brasil. **Boletim Científico ESMPU**, Brasília, a. 17, n. 52, p. 71-99 - jul./dez.

Vasconcelos, I.S. (2018). Receber, enviar e compartilhar comida: aspectos da migração venezuelana em Boa Vista, Brasil. **REMHU, Revista Interdisciplinar Mobilidade Humana**, Brasília, v. 26, n. 53, p. 135-151, ago.



Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento (AIS/AISAN): a árdua caminhada para a qualificação dos indígenas no Amazonas

11

*Cláudia Guerra Monteiro
Jefeson Nepumuceno Caldas*

Introdução

O presente manuscrito tem como objetivo relatar a experiência da execução do Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento (AIS/AISAN) e o difícil caminho percorrido no processo de formação dos indígenas no Estado do Amazonas, sob a ótica dos ecossistemas comunicacionais realizado no período de fevereiro de 2018 a março de 2019, nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de Parintins e Médio Rio Solimões e afluentes. Refletiu-se sobre os desafios encontrados em relação ao processo de formação em saúde indígena, dos problemas de logística, dos princípios e diretrizes delineados pelo programa.

O Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento (AIS/AISAN) é uma ação que se insere no contexto da Educação Permanente em Saúde (EPS) com objetivo de qualificar em parceria com a Escola Técnica do SUS do Amazonas os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) que atuam nos 07 DSEIS, localizados no Estado do Amazonas, conforme as diretrizes e orientações do Ministério da Saúde para o Programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) - 2017, projeto que conta com o apoio insti-

tucional da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS). A Universidade Federal do Amazonas e o Centro de Educação Tecnológica do Amazonas foram as instituições responsáveis por formar cerca de 1.530 Agentes Indígenas de Saúde e Agentes Indígenas de Saneamento, até o fim de 2019.

Conforme a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, a Educação Permanente em Saúde (EPS), entendida como estratégia de mudanças nas dinâmicas institucionais utilizando-se das concepções de ensino problematizadora e de aprendizagem significativa foram incorporadas nas premissas de construção do programa. Os agentes indígenas de saúde e de saneamento foram incentivados pelos formadores durante os encontros a repensarem suas condutas, construir novas estratégias e caminhos para superação de dificuldades individuais e coletivas no território.

A EPS se baseia num processo ensino-aprendizagem que ocorre da reflexão da realidade vivenciada no cotidiano. Essa estratégia educativa, realizada no espaço de trabalho/produção/educação em saúde, apresenta-se como de grande contribuição para a melhoria da qualidade dos serviços e das condições de trabalho ao incorporar os princípios da problematização, a contextualização da realidade, as pedagogias inovadoras e o pensamento reflexivo (Pereira et al. 2018)

Na caminhada formativa dos AIS foram percebidas demandas variadas em relação à formação formal e informal desse aluno/trabalhador, desde formação acadêmica de nível superior até a dificuldade concreta com a língua portuguesa. Uns conseguiam uma maior proximidade e entendimento das temáticas propostas, e outros, mais distanciamento. Nada incomum nesse tipo de formação, a não ser que o otimismo precisava sempre ser reforçado, além das boas perspectivas.

As diretrizes para formulação de políticas de saúde indígena no Brasil tiveram como um dos seus marcos a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), evento realizado em 1986. Por ocasião deste movimento foi alicerçada na Atenção Primária da Saúde – APS o atendimento das necessidades de saúde e sua especificidade na direção de uma atenção diferenciada com foco na APS. Ainda neste contexto, em 1999 foi instituído através da lei 9.836 o Sub-sistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), cujo objetivo era instituir a APS no âmbito do território indígena (Mendes et al. 2018).

Atualmente, o Ministério da Saúde gerencia e executa as ações de atendimento de saúde aos indígenas através da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI.



Os serviços de atenção à saúde indígena estão organizados em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI, sendo unidades descentralizadas do SASI, divididos estrategicamente por critérios territoriais. Os serviços são organizados dentro das áreas indígenas de forma integrada e hierarquizada dentro da complexidade da rede do Sistema Único de Saúde - SUS. Os DSEI mantêm estrutura de postos de saúde nas aldeias e se organizam também por meio de polos-bases, contando ainda com o suporte das Casas de Saúde Indígena - CASAI, estrutura de apoio aos indígenas localizados nos centros urbanos, destinadas para receber pacientes indígenas encaminhados para exames e tratamentos de média e alta complexidade, sendo os mesmos referenciados pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI (Silva et al. 2016; Ministério da Saúde, 2002a; Cardoso, 2014).

O trabalho de formação foi pensado e planejado para ser executado por aproximadamente 60 formadores das mais diversas áreas. Os profissionais fazem parte das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam dentro das terras indígenas, sendo o foco da formação. Sabemos que mais de 50% da força de trabalho é de indígenas, especialmente os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e de Saneamento (AISAN), que atuam não só com ações de promoção da saúde, mas também como tradutores ou intérpretes, facilitando o diálogo entre as culturas.

Esta escrita pretende analisar uma das etapas do programa de qualificação e formação dos professores realizada no período de fevereiro a março de 2018, com carga horária de 40 horas.

O Programa de Qualificação AIS/AISAN: Bases teóricas versus problema

Os processos comunicativos na perspectiva dos ecossistemas comunicacionais compreendem, antes de tudo, entender que a comunicação não é um fenômeno isolado; ela envolve um ambiente cultural que ao mesmo tempo interfere e possibilita a construção, a circulação e a significação das mensagens. Significa que o ambiente que a envolve é constituído por uma rede de interação entre sistemas diferentes e que estes, embora diversos, dependem um do outro para coexistir (Pereira, 2011, p. 51).

Tomamos como epígrafe a definição de Pereira (2011), por assumir que a formação AIS/AISAN trilha por um caminho que possui elementos complexos, interligadas de forma dinâmica. O Programa de Pós-Graduação em Ciências da Comunicação Social (PPGCCOM) da UFAM possibilita que nós, pesquisadores, possamos analisar todo esse processo sob a percepção epistemológica do conceito de educomunicação, trabalhando e analisando essa influência dentro de três perspectivas: a comunicacional, a social e a cultural, não esquecendo

que estes processos de influências podem estar interligados.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), como parte integrante da Política Nacional de Saúde, reconhece a necessidade de instituir um programa de Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde e de Saneamento (AIS/AISAN), de modo a valorizar o conhecimento e a diversidade social, cultural, comunicacional, geográfica, histórica e política dos povos indígenas. A previsão é formar 1.530 AIS/AISAN em todos os 7 (sete) Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Amazonas.

Conforme apontado nas Diretrizes do Programa AIS/AISAN (Ministério da Saúde, 2018), 40% dos AIS e 60% dos AISAN, já tiveram acesso a algum curso de formação, no entanto, através de um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde, evidenciou-se a necessidade de realizar uma capacitação, contemplando competências específicas e em conformidade com os processos de trabalho e com eixos estruturantes, a saber: o processo de trabalho dos AIS e AISAN e sua articulação ensino-serviço e comunidade; os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde; os princípios da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas na perspectiva da interculturalidade.

A concepção que tivemos a respeito do processo de ensino-aprendizagem, a qual balizaria essa etapa, estava atrelada a uma construção coletiva de conhecimentos (alunos, professores e comunidade), desenvolvido de forma contínua, global, dialógica, articulada e contextualizada às situações e ações exercidas pelos sujeitos em seus espaços e momentos sócio históricos. Assim, a docência pode e deve ser planejada na articulação com outros atores sociais que compõem a vida da escola e da comunidade, “O planejamento participativo propõe e deve implementar intervenções coletivas sobre o social, refletidas e conscientes. Ainda que venha desenvolver-se em microespaços do social, pode desempenhar uma atuação estratégica e construir sentido” (Falkembach, 2008).

Esse esforço é demonstrado na visita técnica (figura 01) onde na etapa de preparação para início do primeiro módulo, foi realizada uma reunião ampliada com as lideranças indígenas da Aldeia Marajaí localizada a poucos quilômetros da sede do município de Alvarães, com a dedicação e apoio da comunidade que iria receber os alunos e professores, juntamente com a direção da escola que iria abrigar os alunos, equipe de saúde do Distrito Sanitário Indígena do Médio Rio Solimões e a Coordenação Pedagógica da Universidade Federal do Amazonas. O momento foi importante para alinhar estratégias de logística de transporte, acomodação, alimentação e execução dos encontros.



Figura 01: Visita técnica e diálogo com as comunidades.



Fonte: Os autores, 2018.

Os materiais didáticos criados e utilizados pelos formadores foram fator importante no processo de conscientização da formação. Moran (1991), quando analisa os meios de comunicação como um instrumento didático-pedagógico, entende que eles podem ser utilizados também como instrução, informação, formas de passar conteúdos organizados, claros e sequenciados. Menciona ainda que se trata de uma contribuição didática e não elimina o papel do professor, ajudando o professor a desenvolver sua tarefa principal que é a de educar para uma visão mais crítica da sociedade.

A comunicação como centralidade no processo formativo

Quando o homem primitivo caçava, com o intuito de garantir a sobrevivência, seus métodos eram baseados em respostas herdadas por seus ancestrais ou por seu próprio instinto. Muito tempo depois o homem passou a adotar grunhidos, fazia muita gesticulação e alguns outros sinais para se comunicar. Os sinais foram apreendidos pelos grupos, compartilhados por todos, dando a eles o sentido de participação. Nessa época já se buscava maneiras de simplificar a vida em grupo. Um desses avanços foi a instauração da troca de mercadorias.

A relação dos grunhidos e gritos, a técnica da pintura já dava sinais de que as novas tecnologias não eram apenas formas de registrar a modo de vida daqueles povos. Eram, também, os primeiros indícios do processo evolutivo de educação e comunicação dos seres humanos. Cada desenho tinha um significado a ser descoberto, cada símbolo uma ideia, coisa ou conceito. Para se descobrir o que significava cada mensagem, tinha que se ter conhecimentos de um enorme número de símbolos. Em princípio, os que obtinham tal conhecimento restringiam-se aos grandes especialistas, que estudavam durante muito tempo para poderem dominar tais informações. Com isso, passaram a exercer um poder quase absoluto.

A escrita foi, sem dúvida, uma das tecnologias de comunicação mais importantes para o progresso da humanidade e para o desenvolvimento do conceito de comunicação de massa. Sem ela, provavelmente, a história das grandes civilizações do mundo estaria perdida. Gutenberg proporcionou as condições técnicas para que o jornal se transformasse no primeiro veículo de comunicação de massa.

Nos meios acadêmicos e, principalmente, no mercado de trabalho, a incorporação das novas tecnologias ocorre numa velocidade tão intensa que se torna difícil acompanhá-las. Porém, o homem moderno vive um paradoxo de quem não sabe ler nem escrever: goza dos direitos de cidadão, mas sente-se, cada vez mais isolado pela falta do domínio das novas tecnologias de comunicação (Costella, 1984; Bodernave, 1987).

Princípios Pedagógicos sob as três perspectivas: a comunicacional, a social e a cultural.

Neste sentido, é “cada vez maior o uso dos meios de comunicação com objetivos educacionais e de integração do cidadão à sociedade” (Motta, 2007, p.18). Desta forma, tem sido cada vez maior o uso dos meios de comunicação com objetivos educacionais e de integração do cidadão à sociedade. O rádio, o jornal, o telefone, a internet e a televisão são meios utilizados pelas sociedades que permitem maior relação na vida política e social do país, assim como, meios de entretenimento e de divulgação diversas. Não é diferente para a população indígena.

Entende-se ainda a aprendizagem como um processo social referido a um determinado contexto histórico e cultural, mediado por interações sociais em suas múltiplas linguagens que envolvem não só o pensar, mas também o sentir e o agir que possibilitam o desenvolvimento cognitivo do indivíduo.



Figura 02: Curso de preparação para formadores



Fonte: Os autores, 2018.

Os princípios pedagógicos que orientam o processo de capacitação docente para atuação no Programa de Qualificação de AIS e de AISAN, são direcionados e explicitados da seguinte maneira:

a) O princípio da interdisciplinaridade presume que os saberes provenientes de diferentes áreas do conhecimento necessitam ser trabalhados de forma interconectada, de forma inter-relacionada, compondo uma totalidade integradora do conhecimento, compreendida e analisada de forma dinâmica. Nesse caso, devem ser integradas as disciplinas relacionadas à área da saúde, da educação, da política, da antropologia, das ciências da natureza e da linguagem.

Em relação ao contexto da interdisciplinaridade a formação permitiu que os docentes realizassem alguns encontros para discutir a situação de saúde local, convidando lideranças indígenas, representantes da gestão do DSEI, das Secretarias de Saúde da localidade onde a aldeia está instalada e de outras instituições. Esses eventos contribuíram para ampliar o diálogo entre as organizações e ampliar o conhecimento acerca do objeto de trabalho de cada instituição e sua correlação com a saúde indígena.

b) O princípio da relação entre teoria e prática pressupõe que, no processo de ensino-aprendizagem, ambas sejam desenvolvidas articuladamente, considerando a prática como ponto de partida e de chegada do processo de construção e transformação da realidade.

Foi possível realizar durante as aulas algumas oficinas de trabalho, que colocaram os agentes indígenas discentes realizando exercícios de simulação para atendimento de saúde, preenchimento de formulários, abordagem na comunidade, palestra para comunidade e diálogo com profissionais de saúde para relatar eventos de saúde evidenciados nas aldeias.

c) O princípio da articulação ensino-serviço-comunidade deve ser tomado como cenário de referência e espaço pedagógico. A partir das ações desenvolvidas em seu processo de trabalho, do contexto do serviço em que está inserido e da comunidade, o aluno problematiza seu cotidiano e desenvolve momentos de reflexão na ação que propiciam mudanças no trabalho.

Os formadores utilizaram variados métodos pedagógicos para levantar os problemas de saúde da comunidade, entre eles, construíram o mapa de saúde das aldeias. As ferramentas proporcionaram momentos de discussão entre os alunos e a construção e um plano de intervenção visando melhorar as práticas de trabalho e consequentemente a relação com as Equipes de Saúde do DSEI.

d) Compõe ainda os princípios pedagógicos a avaliação formativa. Considerando que o processo de ensino-aprendizagem ocorre por meio de aproximações sucessivas do aluno ao objeto de estudo, a partir da reflexão, ele reelabora e reorganiza seu conhecimento. A avaliação, nessa perspectiva, constitui-se em uma atividade constantemente articulada e inseparável de todo processo, presente tanto na concentração como na dispersão, permitindo a todo o momento acompanhar os avanços e dificuldades do educando e criar estratégias de recuperação.

No término de cada módulo os alunos foram avaliados, seja no próprio processo de formação e ainda no término daquele módulo. Além disso, o programa construiu uma ferramenta de prática de aprendizagem supervisionada pelas equipes de saúde dos DSEI chamada de Momento de Dispersão. Os alunos foram orientados a cumprir algumas atividades práticas mediadas pelas equipes de saúde, dentro de um tempo determinado com a entrega de um produto, sujeitos a uma avaliação qualitativa sobre o desempenho alcançado nesta etapa.

No primeiro dia da formação foi apresentado o Plano de Curso e Diretrizes da Qualificação AIS e AISAN: Mapa de competências e marco de orientação curricular, a saber: Processo de Trabalho do AIS e de AISAN e sua articulação



ensino-serviço e comunidade; e nos princípios e diretrizes do SUS; Princípios da atenção diferenciada à saúde na perspectiva da interculturalidade, contemplando os aspectos da diferenciação, especificidade, multilinguismo, multidisciplinaridade, respeito às singularidades históricas e culturais indígenas. Princípios da Antropologia. Como estratégia metodológica, os alunos realizaram desenhos que demonstravam suas representações sobre o território de atuação do curso.

Dentro desse processo comunicacional, entendemos que toda representação nos diz muito mais que uma mera tradução. Mostra-nos os diferentes níveis de compreensão e a partir de quais aspectos necessita-se uma intervenção. Nesse sentido, tais representações, tornam-se mensagens, configurações e mostram claramente caminhos.

Figura 03: Dinâmica no curso de formação



Fonte: Os autores, 2018.

Durante o processo, ressignificamos a estratégia de formação, e incorporamos elementos como troca de experiências, apresentação das características da saúde indígena. A ideia era que eles potencializassem um debate sobre a Saúde Indígena. Nesse sentido, realizamos as seguintes estratégias: rodas de conversa sobre as representações, para que os mesmos tivessem ciência dos obstáculos epistemológicos presentes; apontamentos teóricos a partir das difi-

culdades encontradas e discussão sobre os principais conceitos e bases legais sobre o programa de qualificação.

No decorrer da formação, frisou-se os seguintes pontos:

- Que o docente quando atuar nos Distritos Indígenas necessita repensar sua prática. Exigem, portanto, de um professor reflexivo e que compreenda o discente em seus níveis de aprendizagem. A avaliação, assim, é sustentada por uma concepção mais formativa e processual.
- A formação é um caminho produtivo, mas que exige dedicação, pensamento crítico e respeito à cultura e à diversidade. Além disso, a elaboração e discussão do plano de ensino, de forma coletiva, é uma estratégia produtiva e significativa.

A partir das intervenções pedagógicas, percebemos que os participantes que, até então, demonstravam certa timidez durante as discussões (pelo fato de não possuírem experiência na docência), adotaram uma excelente postura pedagógica frente ao grupo. Esse fato deixa claro que um trabalho de intervenção pedagógica - planejamento, implementação e avaliação - a partir das representações é fecundo e supera os obstáculos epistemológicos.

O conjunto das ações inerentes ao planejamento, implementação e avaliação de processos, programas e produtos destinados a criar e fortalecer ecossistemas comunicativos em espaços educativos presenciais ou virtuais, assim como a melhorar o coeficiente comunicativo das ações educativas, incluindo as relacionadas ao uso dos recursos da informação no processo de aprendizagem (Soares, 2002, p. 115).

Tendo, portanto, como base, um trabalho a partir das representações dos docentes, percebemos as retificações e as mudanças na forma de compreender a questão indígena. Toda prática docente é uma ação social, a qual pode ser definida pelos valores socialmente expostos. Essa maneira de intervir encontra-se estruturada em pilares que envolvem a especialização, a atualização de conhecimentos, o fazer didático, formação pessoal e autoconhecimento, a valorização de técnicas e estratégias pedagógicas, além de envolver saberes que intrinsecamente estão ligados diretamente aos aspectos históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais apresentados no contexto (Dalben, 2006).

Considerações Finais

Qualquer iniciativa que venha a estimular a participação do indivíduo, quer na sala de aula, quer na sociedade, deve ser estimulada. A implantação de vários projetos de uso das novas tecnologias na sala de aula precisa ser acompanhada de um estudo mais aprofundado de viabilidade técnica e opera-



cionalização desses projetos a fim de que boas ideias não se transformem em novos projetos fracassados.

O que se questiona é se todo esse avanço promovido pelas novas tecnologias de comunicação será capaz de contribuir para que o homem se torne um "ser" mais participante na sociedade em que vive. Historicamente, o processo de evolução dos meios através dos quais os homens se comunicam tem demonstrado que esses meios tanto podem contribuir para a participação e "libertação" do cidadão quanto para seu aprisionamento. Depende da forma como os meios de comunicação estão sendo utilizados: se numa sociedade democrática ou numa sociedade totalitária.

Sabe-se que os materiais didáticos criados começam a se apresentar como efetivos meios a serem usados no processo educacional. Uma das inferências que se pode fazer é que, com a concorrência surgida a partir da rede mundial de computadores, esses meios procuram firmar posição e se apresentar como formas efetivas e necessárias, dentro da sociedade.

No entanto, percebemos que os professores selecionados, apesar de muitos terem formação técnica, apresentaram pouco domínio dos aspectos pedagógicos e antropológicos, reforçando, por vezes, concepções reducionistas e pejorativas. O processo de formação, considerando os aspectos da Interculturalidade, interdisciplinaridade, relação teoria e prática e avaliação formativa, tornaram-se essenciais para retificação e/ou ampliação das representações dos docentes.

Referências

Ball-Rokeach, S; DeFleur, ML. (1997). **Teorias da comunicação de massa**. Zahar.

Barros Filho, C. (1995). **Ética na comunicação - da informação ao receptor**. Moderna.

Bodernave, JD. (1987). **Além dos meios e mensagens**. 4. Ed. Vozes.

Ministério da Saúde do Brasil. (2018). **Diretrizes do Programa de Qualificação de Agente Indígena de Saúde e Agente Indígena de Saneamento**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação.

Ministério da Saúde do Brasil. (2002). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Fundação Nacional de Saúde**. 2. Ed. http://bvsmms.saude.gov.br/bvsmms/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.

Cardoso, MD. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas

- equivocos na política atual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 860-866.
- Costella, A. (1984). **Comunicação: do grito ao satélite**. 3. ed. Mantiqueira.
- Cunha, M. (1996). **Evolução do Bicho-homem [Desafios]**. Moderna.
- Dalben, AILF. (2004). **Concepções de Formação de Professores**. FAE. UFMG. Fórum Permanente de Formação continuada de professores.
- Falkembach, EMF. (2008). **Sobre a história recente da Educação Popular na América Latina**. Anped.
- Giacomantonio, M. (1987). **O ensino através dos audiovisuais**. Summus/Edusp.
- Giovannini, G. (1987). **Evolução na comunicação: do sílex ao silício**. Nova Fronteira.
- Kramer, S. (1993). **Por entre as pedras: arma e sonho na escola**. Ática.
- Mendes, APM; Leite, MS; Langdon, EJ; Grisotti, M. (2018). O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 42:184. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>
- Pereira, MF. (2011). Ecosistemas Comunicacionais: uma proposição conceitual. In: Malcher, MA; Seixa, NSA; Lima, RLA; Filho, OA. (Org.). **Comunicação Midiatizada na e da Amazônia**. FADESP.
- Pereira, LA; Silva, KL; Andrade, MFLB; Cardoso, ALF. (2018). Educação permanente em saúde: uma prática possível. **Rev. Enferm**. UFPE online. 12(5): 1469-79.
- Leal Filho, L. (1988). **Atrás das câmeras - relações entre cultura, estado e televisão**. Summus.
- Lévy, P. (1998). **As tecnologias da Inteligência: o futuro do pensamento na era da informática**. 7. reimp. Editora 34.
- Marcondes Filho, C. (1987). **Quem manipula quem? poder e massas na indústria da cultura e da comunicação no Brasil**. 2. ed. Vozes.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2007, 20 de agosto). **Portaria GM/MS nº 1.996: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde.



Moran, JM. (1991). **Como ver televisão**. Paulinas.

Motta, AP. (2007). **Linguagem e exclusão social**. Bom Jardim.

Silva, DM; Nascimento, EHS; Santos, LA; Martins, NVN; Sousa, MT; Figueira, MCS. (2016). Dificuldades enfrentadas pelos indígenas durante a permanência em uma Casa de Saúde Indígena na região Amazônica/Brasil. **Rev. Saúde e soc.** 25 (4). <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016160600>.

Soares, IO. (2002). Gestão comunicativa e educação: caminhos da comunicação. Comunicação & Educação. ECA/USP-Ed. **Segmento**, Ano VIII, nº 23.

Skinner, BF. (1972). **Tecnologia do Ensino**. Herder.

Van Tilburg, JL. (1990). **A televisão e o mundo do trabalho**. Paulinas.

Witkowski, N. (1995). **Ciência e tecnologia hoje**. Ensaio/Unicamp.

Práticas do enfermeiro no cuidado à pessoa indígena em processo de saúde-adoecimento: reflexos da assistência transcultural

12

Carlos Jordão de Assis Silva
Wanesca Caroline Pereira
Tarcísio Tércio das Neves Júnior
Valéria Gomes Fernandes da Silva
Rejane Maria Paiva de Menezes

Introdução

Existem, atualmente, cerca de 896,9 mil indígenas vivendo no Brasil (IBGE, 2010). Esses indígenas deparam-se com uma complexa transformação social, enfrentando o problema das invasões e degradação de terras, da exploração do trabalho indígena, além do aliciamento para o mundo do crime e o êxodo desordenado. Essa realidade aumenta o número de índios que vivem em situação de pobreza quase extrema, sendo um fator determinante no processo saúde-doença dessa população (Oliveira et al. 2016; Paiva, 2016).

A aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), Portaria GM/MS de nº 254, publicada no dia 31 de janeiro de 2002, preconiza a assistência integral e diferenciada à população indígena de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se, no entanto, que, para o atendimento integral é necessário atentar-se ao contexto de vida dessa população, isto é, às condições de vida e de moradia, de cultura e organização social, as políticas públicas existentes no país e o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais de saúde (Borges & Oliveira, 2016).

Diante disso é reforçada a necessidade de se compreender o processo saúde-adoecimento como um fenômeno multifatorial. De forma específica, na saúde indígena, as características culturais de cada etnia, por exemplo, influenciam este processo, que é vivenciado por essa população. Nessa perspectiva, a



cultura pode ser compreendida como um conjunto de conceitos, valores, símbolos, crenças e costumes transmitidos de uma geração para outra dentro de uma dada sociedade, de tal maneira que cada cultura carrega seus próprios valores e verdades, os quais se associam intimamente aos processos de vida do ser humano (Silva et al, 2011).

Assim, aspectos importantes da vida, como as crenças, a religião, as percepções, as emoções, os rituais, os comportamentos no enfrentamento de situações e doenças, dieta e imagem corporal são fortemente influenciadas pela cultura, implicando desde a maneira de se vestir até o uso de técnicas de como identificar e tratar doenças. Com isso, este componente cultural torna-se uma importante característica do indivíduo a ser levada em consideração, dada a implicação na assistência, saúde e cuidado terapêutico desse sujeito (Reis; Santos; Júnior, 2012; Langdon; Wiik, 2010).

Para alguns povos, como o Baniwa, a doença está relacionada a relatos míticos e sobrenaturais utilizados para explicar as condições de saúde. Assim, a partir de seus saberes e experiências próprios, culturalmente aprendidos, os indivíduos refletem, decidem e manejam, de forma relativamente autônoma, a busca e o uso das diferentes formas de atenção (tradicional e biomédico). Isso aponta para a necessidade de práticas assistenciais dos profissionais estarem alinhadas com a percepção da pessoa indígena sobre o que é "estar doente" (Pontes et al, 2015).

Para grande parte dos povos indígenas, o processo de cura ainda está ligado ao uso de plantas medicinais e práticas espirituais, caracterizando o cuidado biomédico como um complemento (Ribas; Concone; Picoli, 2016). Segundo Grupioni, Vidal & Fischman (2001), os índios consideram como cura o restabelecimento do bem-estar, necessitando de uma restauração das relações ameaçadas pela doença, considerando importante, desse modo, o trabalho dos xamãs.

Todavia, entende-se que possivelmente estes mesmos aspectos culturais e de organização social da população indígena possam contribuir para uma baixa procura aos serviços de saúde. Assim, as ações de promoção da saúde devem diferir de um território para outro, sendo necessário avaliar os componentes do contexto de saúde da população indígena, a fim de planejar e implementar ações específicas para o alcance de uma assistência resolutiva e culturalmente congruente (Brasil, 2016).

Diante dessa realidade, a PNASPI preconiza a implantação de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde dos povos indígenas. Esse modelo relaciona-se com a atenção diferenciada, portanto, deve levar em consideração alguns aspectos, que são as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Nessa premissa, o modelo também deve desenvolver e uti-

lizar tecnologias apropriadas para o cuidado, bem como fomentar a participação das lideranças e organizações indígenas e indigenistas na formulação, gestão e execução do sistema de saúde indígena, por meio da estruturação de conselhos e conferências (Fontes; Rego; Garnelo, 2015).

A PNASPI, com o objetivo de promover o acesso integral à assistência à saúde, estabelece uma abordagem holística, cujo objetivo é o equilíbrio entre indivíduo, família, comunidade e meio ambiente. Dessa forma, é indispensável o respeito às concepções, valores e às práticas próprias de cada comunidade indígena no que diz respeito ao processo saúde-doença, para, assim, assegurar a melhoria do quadro de saúde desses povos. Logo, a consideração e o respeito a esses sistemas devem ser mantidos no momento do planejamento do cuidado, seja ele preventivo, educativo ou curativo (Brasil, 2002).

Com isso, percebe-se a importância da atuação do enfermeiro para assistir a pessoa indígena em sua integralidade a partir da atuação das equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI). As EMSI compõem o primeiro nível de atenção à população e contam com a presença de enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, médicos e agente indígena de saúde (Fontes; Rego; Garnelo, 2015). Nesse ínterim, o enfermeiro, como profissional de saúde, deve participar do planejamento das ações em saúde, da identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças e de agravos, bem como atuar na prevenção, promoção, recuperação da saúde, na cura e nos cuidados paliativos. Para isso, é necessário considerar os aspectos geográficos, culturais, econômicos e sociais que permeiam o contexto de saúde da população em foco (Borges; Oliveira; 2016; Silva; Gonçalves; Neto, 2003).

Todavia, observa-se na prática que o enfermeiro passa por dificuldades, como a falta de treinamento introdutório ao iniciar um trabalho com o indígena; dificuldade de comunicação; barreiras geográficas; aceitação do profissional por parte do indígena e condições de trabalho não satisfatórias (Marinelliet al. 2012). Parte dessas dificuldades são geradas pelo fato de haver pouca ou nenhuma abordagem teórica sobre a saúde indígena em sua formação, evidenciada pela valorização do modelo biomédico na formação dos profissionais. Tal modelo reduz o indivíduo a um organismo biológico, gerando, portanto, uma visão fragmentada do ser humano (Ribeiro et al, 2017; Falkenberg; Shimizu; Bermudez, 2017).

Tendo em vista estas considerações iniciais, acredita-se que este estudo possa contribuir para a área ao trazer uma reflexão acerca da assistência de enfermagem à saúde da pessoa indígena, pois elucida aspectos da assistência de enfermagem voltados a estes povos, bem como propõe uma discussão sobre o processo de ensino-aprendizagem dos enfermeiros em formação. Desta feita, este artigo explicará quais são as competências e as habilidades necessárias no cuidado de enfermagem em saúde indígena, relacionando-as à interface cultural no atendimento integral, contínuo e de maneira humanizada. Para isso, este tra-



balho tem como objetivo analisar a prática assistencial do enfermeiro no processo saúde e doença e na atenção à saúde da pessoa indígena.

Método

Este estudo é uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa caracteriza-se por ter a finalidade de reunir e sintetizar, de forma sistematizada, evidências científicas sobre determinado tema a partir de uma questão norteadora (Mendes et al, 2008). Assim, o presente estudo tem como questão: “Qual a produção científica da literatura sobre a prática assistencial do enfermeiro no processo saúde-doença na atenção à saúde da pessoa indígena?”.

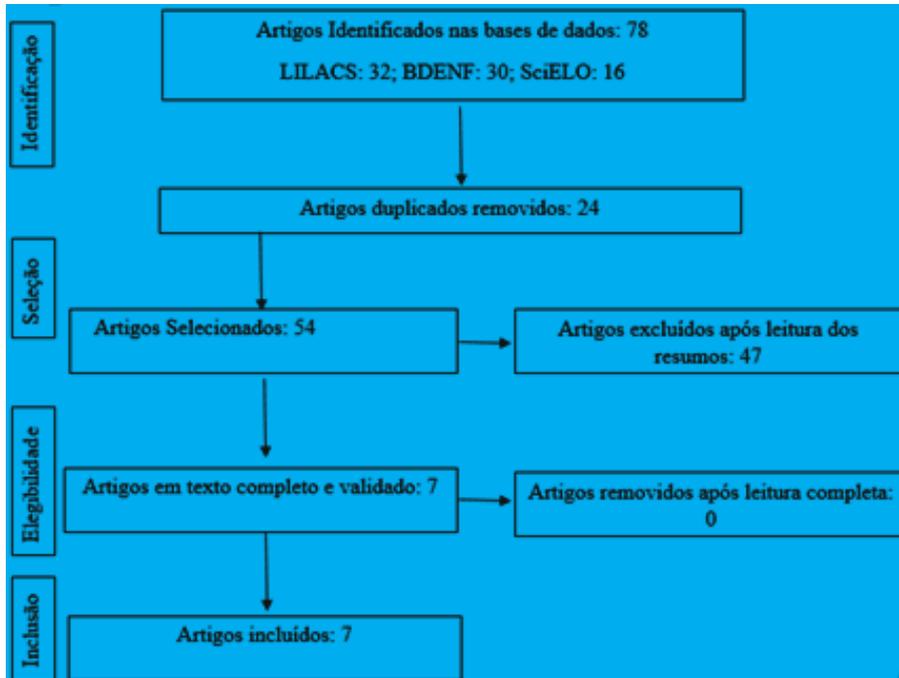
O levantamento bibliográfico foi realizado na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Scientific Electronic Library Online (SciELO) e no Portal de Aperfeiçoamento Pessoal de Pesquisa Superior (CAPES), no período entre julho e agosto de 2019, nas bases de dados Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciência da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e SciELO. Desconsiderou-se teses, livros e portarias.

Seguiu-se a escolha dos descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo estes: População Indígena (1) /Población Indígena/Indigenous Population; Saúde de Populações Indígenas (2) /Salud de Poblaciones Indígenas/Health of Indigenous Peoples; e Processo de Enfermagem (3) /Proceso de Enfermería/Nursing Process. Os descritores foram cruzados entre si, com o uso do operador booleano AND, três vezes em cada base de dados, indicando a seguinte sequência: 1 AND 2 AND; 1 AND 3; e 2 AND 3. Além disso, não se utilizou filtros de busca para proporcionar um maior achado dos estudos sobre o tema e respondessem à questão norteadora.

Como critério de inclusão, optou-se por estudos provenientes de pesquisas originais e revisões de literatura que abordassem a atuação do enfermeiro no processo na assistência à saúde de população indígena. Como critérios de exclusão: estudos que não respondiam à pergunta norteadora, resumos, carta ao editor, monografias e teses.

Para seleção da amostra dos artigos fez-se uma leitura inicial do título e do resumo, depois os pré-escolhidos tiveram o texto lido na íntegra, possibilitando a decisão da sua inclusão final para compor esta revisão. O processo de seleção dos artigos está indicado na Figura 1.

Logo após, os estudos foram analisados descritivamente e, a partir da leitura crítica e analítica, compuseram-se duas categorias temáticas, que, juntas, responderam a questão norteadora, a saber: 1) Atuação do enfermeiro na produção de saúde em um contexto transcultural; 2) Transculturalidade e o processo de trabalho em enfermagem na Saúde Indígena.

Figura 01 - Fluxograma de seleção dos artigos.

Fonte: Natal, 2019.

Resultados e Discussão

A exploração da literatura resultou em um total de 54 artigos, obtendo-se uma amostra final de 7 estudos publicados entre os anos de 2003 a 2019. Obteve-se maior quantidade de artigos no ano de 2016 (2 artigos), demonstrando ser este um tema contemporâneo e com necessidade de ser mais explorado. Apenas um estudo aconteceu na Colômbia, 6 são originários de pesquisas realizadas no Brasil, e uma delas trata-se de uma revisão integrativa. Em relação ao idioma da publicação, 1 artigo encontrava-se em espanhol, 6 em português e 1 em inglês.

Para apresentar os principais achados após a leitura dos estudos, construiu-se o Quadro 1, de caráter demonstrativo, contendo informações sobre o nome dos autores, ano de publicação, objetivos e principais resultados.

Quadro 01- Síntese analítica dos artigos selecionados

Artigo	Autor/Ano	Periódico	Objetivo	Principais resultados
Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil	Ribeiro et al. 2017	Escola Anna Nery	"Compreender os elementos constitutivos do processo de trabalho e a produção do cuidado em uma instituição de apoio à saúde indígena"	O processo de trabalho em saúde indígena existente tem como foco procedimentos técnicos e normas institucionais rígidas. Há priorização de regras institucionais e procedimentos em detrimento do cuidado singularizado.
Competência cultural de enfermeiras em saúde pública com população indígena	Orozco&Lopez - Diaz, 2019	Avances em Enfermería	"Identificar elementos de competência cultural das enfermeiras da saúde pública quando atendem à população indígena Emberá-chami"	A enfermeira especialista em saúde pública tem a capacidade para analisar a sua própria cultura, conhecer, compreender e interagir com a cultura do indígena e mediar o cuidado através da comunicação. A comunicação é caracterizada pela empatia, a adaptação da linguagem verbal e não verbal, com respeito à singularidade dos indígenas, em consonância às políticas institucionais baseadas nas culturas indígenas.
Atenção à saúde do recém-nascido e da criança indígena: Perspectivas de atuação do enfermeiro	Borges & Oliveira, 2016	Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde	"Identificar as ações de Atenção à Saúde do recém-nascido (RN) e criança indígena, apontando práticas de cuidado em interface com a atuação do enfermeiro"	É importante o enfermeiro conhecer as práticas de cuidado realizadas pelas famílias indígenas ao RN e à criança, compreendendo os aspectos culturais que influenciam esse processo de cuidado, de modo a oferecer acolhimento e prestar cuidados de forma humanizada, de qualidade e isento de discriminação.
Logística de implementação de bloco cirúrgico na floresta: atuação do enfermeiro	Saleset al. 2016	Revista SOBECC	"Relatar a experiência de enfermeiros voluntários na Organização da Sociedade Civil de Interesse Público Expedicionários da Saúde no processo de implementação de centro cirúrgico e centro de material e esterilização de hospital de campanha em aldeia indígena na região norte do Brasil"	A possibilidade de atuar como enfermeiros voluntários junto a povos indígenas de áreas isoladas contribui, sobremaneira, para o desenvolvimento de competências e habilidades humanas e sociais. Os obstáculos enfrentados pelo deslocamento e pelas barreiras geográficas e culturais são superados pela composição multidisciplinar da equipe, pela inclusão dos profissionais e trabalhadores de saúde dos DSEIs, pelas parcerias estabelecidas com órgãos governamentais e da iniciativa privada e, acima de tudo, pelo respeito à cultura e às tradições dos povos indígenas
O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao Indígena	Ribeiro, Fortuna & Arantes, 2015	Texto Contexto Enfermagem	"Analisar o processo de trabalho da enfermagem em uma instituição de saúde indígena"	O processo de trabalho da enfermagem, no cenário estudado, aponta fragmentação, conformando espaços distintos entre quem planeja e quem presta atenção direta, sendo que tal perspectiva reforça a divisão técnica e social do trabalho.
Situação de vida, saúde e doença da população indígena potiguar	Oliveira et al. 2012	Revista Mineira de Enfermagem	"Averiguar a situação de vida, saúde e doença dos índios Potiguaras, aldeados na Paraíba"	A Equipe Multiprofissional em Saúde Indígena (EMSI), em especial a enfermagem, deve promover a integração entre o sistema local de saúde e a sabedoria indígena, de modo que, mediante abordagens culturais, possibilite compreender o universo cultural dos índios potiguaras, suas práticas relacionadas à saúde e às doenças, tomando, assim, as intervenções de controle mais eficazes.
Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares	Silva, Gonçalves & Lopes Neto, 2003	Revista Brasileira de Enfermagem	"Compreender o processo de saúde-doença em áreas indígenas e realizar intervenções de enfermagem"	Os alunos relataram que a atuação do enfermeiro em comunidades indígenas requer conhecimento antropológico, ecológico e social para compreensão do processo saúde-doença.

Fonte: Autoria própria (2019).

Atuação do enfermeiro na produção de saúde em um contexto transcultural

Por meio da análise dos estudos identificou-se que 57,1% deles afirmam que o enfermeiro deve levar em consideração os aspectos culturais de cada etnia, respeitando-a e pautando seu cuidado no diálogo entre conhecimento tradicional e biomédico (Castillo; Lopez-Diaz, 2017; Borges; Oliveira, 2016; Ribeiro; Fortuna, 2015; Silva; Gonçalves; Neto, 2003).

Tais resultados corroboram com as diretrizes preconizadas pela PNSPI, uma vez que elas apontam para a necessidade de respeito e consideração aos sistemas de saberes tradicionais, bem como, às crenças, às relações com mundo espiritual e aos seres do ambiente em que vivem, na etapa do planejamento de cuidados e ações para obtenção ou promoção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (BRASIL, 2002).

Assim, é importante compreender o significado de doença para os povos indígenas, que, segundo Ribas, Concone & Picoli (2016), varia de acordo com a diversidade cultural de cada aldeia ou etnia, sendo necessário conhecer cada grupo indígena com o qual se irá trabalhar.

Em confirmação com o pensamento dos autores supracitados, Falkenberg, Shimizu & Bermudez (2017) demonstram que, embora haja avanços, ocorridos após a implementação da PNASPI para a prestação de uma assistência individualizada a esta parcela da população, ainda é um desafio para a EMSI compreender o modo de vida deles, como se dá sua organização social, suas especificidades culturais e suas ideias sobre o processo saúde-doença.

Na realidade brasileira, local da maioria dos resultados levantados por este estudo, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é a responsável pelo atendimento em saúde aos povos indígenas em seus territórios. Estima-se que, entre os anos de 2014 a 2018, houve 16,2 milhões de atendimentos relacionados à vacinação, à saúde bucal, ao acompanhamento de pré-natal, entre outros (Ministério da Saúde, 2018); contudo, os serviços em saúde ofertados ainda são incipientes e não são oferecidos tal qual a demanda necessária em seu quantitativo para esta população.

A análise também demonstrou a importância da assistência integral à saúde destes povos em atendimento aos princípios do SUS, o que reconhece o papel de destaque dos enfermeiros. Ao levar em consideração a diversidade regional e os diferentes contextos culturais, entende-se que a atuação de enfermagem acarreta diferentes necessidades e implicações de cuidados. Por conseguinte, quando a atuação de enfermagem é condizente com a cultura do indivíduo (família, grupo ou comunidade), ou seja, quando é oferecido um cuidado congruente com a cultura, é notória a satisfação e o bem-estar desses usuários em decorrência do respeito



e da valorização do seu modo de viver (Bertioli, 2013).

Nesse sentido, faz-se necessário contar com uma rede de atenção à saúde estruturada, com sistemas e serviços de saúde desenvolvidos por profissionais com competências e habilidades para o cuidado transcultural na perspectiva do modelo da vigilância à saúde. Assim, o objetivo da assistência é integrar o olhar para o indivíduo como um todo, levando em consideração os diferentes determinantes e condicionantes à saúde, como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos, entre outros, que podem influenciar na ocorrência de problemas de saúde, afetando o bem estar das pessoas (Buss; Filho, 2007).

Kalichman & Ayres (2016) defendem que, ao atingir a integralidade da saúde individual, o profissional consegue promover, prevenir, tratar e reabilitar o indivíduo. Contudo, para conseguir chegar à tal fato, Buss & Filho (2007) explicam que é necessário trabalhar com base no estilo de vida, nas redes de apoio e realidades comunitárias de saúde, nas condições socioeconômicas e aspectos culturais e no ambiente no qual a pessoa se insere.

Nessa direção, Confalonieri (1989) afirma que os profissionais passam por dificuldades para garantir a assistência integral e, entre as principais, cita a transculturalidade, no sentido do encontro entre a cultura do profissional não indígena com as diferenças culturais de cada grupo indígena. Outras dificuldades são a situação geográfica, que acaba por dificultar uma atenção contínua, e a questão de mudança no perfil epidemiológico de um grupo indígena.

Ressalta-se que o próprio processo de trabalho em saúde indígena é heterogêneo. Sobre essa realidade, por um lado, tem-se equipes que trabalham no Norte ou Centro-oeste, que passam por experiências radicais de alteridade, possibilitando o questionamento e transformação de suas práticas assistenciais. Por outro lado, também há as equipes que atuam com os povos indígenas que convivem cotidianamente com a sociedade ocidental. A respeito destas equipes, de modo geral, tem-se que elas possuem o olhar voltado às práticas da biomedicina, já que, para elas, os indígenas, ao não possuírem os sinais que caracterizam um “índio” (língua, adornos corporais, rituais de cura etc.), não necessitam de cuidados culturalmente adequados (Diehl; Pellegrini, 2014).

Transculturalidade e o processo de trabalho em enfermagem na Saúde Indígena

Os resultados desta revisão demonstram que o enfermeiro deve realizar um cuidado sistematizado, embasado em uma metodologia, apontando para a importância do registro da assistência e gestão do cuidado (Ribeiro et al. 2015; Sales et al. 2016). Isso corrobora com as resoluções do Conselho Federal de Enfermagem vigentes no território nacional. Desse modo, para se realizar um cuidado sistema-

tizado, a Enfermagem é subsidiada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que, por sua vez, permite uma assistência organizada em relação ao método, pessoal e instrumentos, sendo o Processo de Enfermagem (PE) viabilizado por ela (Ribeiro&Padoveze, 2018; COFEN, 2009).

No que concerne ao PE, o mesmo é compreendido como uma ferramenta intelectual que subsidia o processo de raciocínio clínico para a formulação e decisão diagnóstica, bem como para o estabelecimento de resultados e intervenções de enfermagem. Nessa direção, a Resolução COFEN 358/2009 estabelece, ainda, a realização do PE como uma determinação legal, na qual deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorre o cuidado do profissional de enfermagem, seja ele público ou privado (COFEN, 2009).

Enquanto ciência da saúde, a Enfermagem faz uso de uma linguagem específica, que serve de base para o PE, representada pelas teorias de enfermagem, cujos objetivos caracterizam e explicam os fenômenos próprios da enfermagem. Logo, as teorias de enfermagem servem para organizar o pensamento e auxiliar o profissional na compreensão da realidade, sendo, assim, indispensáveis para a construção do saber e para a prática profissional (Alcântara et al., 2011).

Nesse contexto, a enfermagem dispõe da Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural (TDUCC), proposta por Madeleine M. Leininger. Essa teoria descreve as dimensões da estrutura cultural e a visão de mundo de cada cultura, ressaltando como esta interfere no cuidado de enfermagem e na relação entre quem cuida e quem recebe o cuidado (Ribeiro et al. 2017; Vieira et al. 2016; Borges; Oliveira, 2016; Oliveira et al. 2012).

Nessa perspectiva, a respeito da dimensão cultural do cuidado de enfermagem, há mais de 50 anos, a Enfermagem enquanto ciência, disciplina e profissão, preocupa-se com as diferenças existentes entre os profissionais ao exercerem o seu cuidado profissional e os cuidados requeridos pelos indivíduos. Assim, a TDUCC argumenta que o conceito de cultura e o conceito de cuidado devem ser focados na prática e na pesquisa de enfermagem. Tal teoria enfatiza a necessidade de se reconhecer a existência do sistema de cuidado profissional, mas também de reconhecer, de igual forma, a necessidade do sistema de cuidado popular para estruturação do processo de enfermagem (Monticelli et al. 2010).

Porquanto, essa teoria apresenta uma metodologia para interação com o indivíduo, família e coletividade, em que o enfermeiro deve utilizar das etapas que compõem o PE de forma a preservar, negociar ou repadronizar os cuidados, buscando a congruência cultural. Por fim, a TDUCC estimula os enfermeiros a utilizarem a criatividade para executar tal método e, também, a exercitarem o olhar destituído de preconceitos. Com isso, este construto teórico referencial tem sido utilizado há aproximadamente trinta anos no Brasil como fundamentação da prática assistencial (Monticelli et al. 2010).



Todavia, a pesquisa realizada por Lima et al. (2016) aponta que os enfermeiros que atuam na assistência direta às pessoas indígenas demonstram desconhecimento sobre a TDUCC. Isso evidencia que essa teoria ainda é aplicada, pelos enfermeiros, como referencial para o Processo de Enfermagem em contextos de cuidados transculturais ainda de forma incipiente.

Supõe-se assim, que a formação dos profissionais em questão não tenha contemplado esta concepção. Ainda em relação à assistência prestada pelos enfermeiros, observam-se nas falas dos profissionais as expressões “*não valorizo*”, “*não concordo*” e “*fico calada*”, o que aponta para a ausência de espaços para o diálogo entre profissional e usuários, sendo as práticas de cuidado populares pouco aceitas e valorizadas (Lima et al. 2016).

Essa realidade fragiliza o modo de produzir cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, o que é preconizado no modelo de vigilância à saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Além disso, tal realidade corrobora com a não preservação de saberes tradicionais e com a descaracterização étnica dos grupos indígenas, denotando, desse modo, a preponderância do modelo biomédico, o qual cria assimetria no diálogo entre profissional e usuários e o insucesso terapêutico (Lima et al., 2016).

Os achados de Ribeiro, Fortuna & Arantes (2015) demonstraram que profissionais de enfermagem que atuavam em um Distrito Sanitário Especial Indígena referiram não ter realizado capacitação sobre saúde indígena quando iniciaram o trabalho e/ou durante o período que estavam lá; uma realidade que se repete em diferentes locais de atenção à saúde indígena. Pode-se perceber então, que a baixa capacitação dos profissionais relacionada com as dificuldades de investimento social e político, o que é reflexo da história do país em relação ao cuidado e inclusão dos povos indígenas e à conformação histórica e social das políticas de saúde do Brasil.

Por fim, entende-se que a não priorização pela capacitação dos trabalhadores que atuam na saúde indígena consiste na expressão máxima da valorização biomédica e do comando do trabalho pelas tecnologias duras e leve-duras; ou seja, pelas técnicas, procedimentos e equipamentos materiais, distanciando-os da atenção diferenciada preconizada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Ribeiro; Fortuna; Arantes, 2015).

Conclusão

Este estudo contribuiu para a identificação do conhecimento sobre a atuação do enfermeiro na assistência à saúde da população indígena, indicando as principais ações a serem realizadas no desenvolvimento dessa assistência. Em relação à atenção à saúde, observou-se que o enfermeiro deve levar em consideração os aspectos culturais da pessoa indígena, respeitando o significado de saúde e de

doença de cada etnia, prestando cuidados complementares ao cuidado tradicional e proporcionando, assim, uma assistência culturalmente congruente.

Concernente à integralidade do cuidado, notou-se a importância de uma assistência embasada no modelo da vigilância à saúde. Ela deve considerar sempre o significado ampliado de saúde, bem como observar os determinantes e condicionantes sociais da saúde, tendo a pessoa indígena como protagonista do processo de cuidado e tornando possível uma assistência resolutive voltada para as necessidades e para a realidade cultural do indivíduo/população.

Além disso, notou-se que o enfermeiro é peça importante na gestão do cuidado, que deve ser promovido sistematicamente por meio do uso do Processo de Enfermagem. Destaca-se também a necessidade do registro das ações de enfermagem para que seja possível contribuir para um cuidado contínuo e de qualidade.

Nessa perspectiva, depreende-se a necessidade de estudos que aprofundem a produção das evidências científicas para fundamentar a prática assistencial do enfermeiro na saúde dos povos indígenas, com informações epidemiológicas, clínicas, sociais, antropológicas e culturais que auxiliam na estruturação e gestão do cuidado em saúde e em enfermagem.

Referências

Alcântara, MR; Guedes-Silva, D; Freiburger, MF; Coelho, MPPM. (2011). Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente**, 2(2), 115-132. <http://www.faema.edu.br/revistas/index.php/Revista-FAEMA/article/view/99/317>

Betiulli, SE; Neu, DKM; Meier, MJ; Wall, ML; Lenardt, MH. (2013). Decisões e ações de cuidados em enfermagem alicerçadas em Madeleine Leininger. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 4, n. 18, p.775-781. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/34936>

Borges, JPA; Oliveira, SM. (2016). Atenção à saúde do recém-nascido e da criança indígena: perspectivas de atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, [s.l.], v. 5, n. 2, p.111-121. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1426>

Brasil. (2002). Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Capítulos 1 ao 4 - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 40 p.

Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Programa de**



Qualificação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN). Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/saude_doenca_atencao_territorios_indigenas.pdf

Buss, PM; Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso

Castillo, MLO; López-Díaz, AL. (2019). Competencia cultural de enfermeiras em salud pública com población indígena. **Avances Em Enfermería**, Bogotá, v. 37, n. 1, p.9-18. Universidad Nacional de Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v37n1/0121-4500-aven-37-01-9.pdf>

Confalonieri, UE. (1989). O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1989000400008&lng=en&nrm=iso

Conselho Federal de Enfermagem. (2009). **Resolução COFEN nº 358/2009.** Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em locais públicos ou privados. Resolução nº 358/2009, de 15 de Outubro de 2009. http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

Conselho Federal de Enfermagem. (2012). **Resolução COFEN nº 429/2012.** <http://www.corensc.gov.br/2012/06/13/confira-a-resolucao-cofen-que-dispoe-sobre-o-registro-das-acoes-profissionais-no-prontuario-do-paciente-e-em-outros-documentos-proprios-da-enfermagem/>

Diehl, EE; Pellegrini, MA. (2014). Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, vol.30, n.4, p.867-874. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0867.pdf>

Falkenberg, MB, Shimizu, HE, Bermudez, XPD. (2017). Social representation of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, p.1-9. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100308

Pontes, ALM, Rego, S, Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.10, pp.3199-3210. https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003199&script=sci_abstract&lng=pt

Fundação Nacional Do Índio (FUNAI). **Quem são.** Brasil. <http://www.funai.gov.br/>

index.php/indios-no-brasil/quem-sao?limitstart=0#

Grupioni, LB; Vidal, LB; Fischmann, R. (2001). **Povos Indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade**. Edusp.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2012). **Censo 2010**: população indígena é de 896,9 mil, tem 305 etnias e fala 274 idiomas. Comunicação social. <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>

Kalichman, AO; Ayres, JRCM. (2016). Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000803001&lng=en&nrm=iso

Langdon, EJ; Wiik, FB. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n.3, p. 459-466, jun. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000300023&lng=en&nrm=iso

Lima, MRA, Nunes, MLA, Küppel, BLP, Medeiros, SM; Sá, LD. (2016). Atuação de enfermeiros sobre práticas de cuidados afrodescendentes e indígenas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 840-846. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500840&lng=en&nrm=iso

Marinelli, NP; Nascimento, DF; Costa, AIP; Posso, MBS; Araújo, LP. (2012). Assistência à população indígena: dificuldades encontradas por enfermeiros. **Revista Univap**, São José dos Campos-SP. v. 18, n. 32, p.52-65. <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/93/106>

Mendes, KS; Silveira, RCCP; Galvão, CM. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [Internet]. vol.17, n.4, p.758-764. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

Ministério da Saúde. (2018). **Em quatro anos, atendimentos de saúde aumentam 400% em áreas indígenas**. <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44886-em-quatro-anos-atendimentos-de-saude-aumentam-400-em-areas-indigenas>

Monticelli, M; Boehs, AE; Guesser, JC; Gehrman, T; Martins, M; Manfrini, GC. (2010). Transcultural Theory applications in nursing practice from master's theses. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 220-228, jun. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200002&lng=en&nrm=iso

Oliveira, RCC; Silva, AO; Maciel, SC; Melo, JRF. (2012). Situação de vida, saúde e



doença da população indígena potiguara. Reme - **Rev. Min. Enferm.**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.81-90. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/504>

Paiva, MVS. (2016). Cultura indígena e identidade nacional. **RTES - Temas em Educação e Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 2, p.230-245. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/download/10230/6669>>. Acesso em: 09 ago. 2019.

Pontes, ALM; Rego, S; Garnelo, L. (2015). O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet]. v.20, n.10, p.3199-3210.<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3199.pdf>

Reis, AT; Santos, RS; Paschoal Júnior, A. (2012). O cuidado à mulher na contemporaneidade: reflexões teóricas para o exercício da enfermagem transcultural. **Rev. Min. Enferm.**, [s.l.], v. 1, n. 16, p.129-135.<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/510>

Ribas, DLB; Concone, MHVB; Picoli, RP. (2016). Doenças e práticas terapêuticas entre os Terena de Mato Grosso do Sul. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 160-170. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100160&lng=en&nrm=iso

Ribeiro, AA; Acioli, GG; Arantes, CIS; Reading, J; Kurtz, DLM; Rossi, LA. (2017). Processo de trabalho e produção do cuidado em um serviço de saúde indígena no Brasil. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-9. http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0029.pdf

Ribeiro, AA; Fortuna, CM; Arantes, CIS. (2015). O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 138-145.http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072015000100138&script=sci_arttext&lng=pt

Ribeiro, GC; Padoveze, MC. (2018). Sistematização da Assistência de Enfermagem em unidade básica de saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 52, e03375.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100480&lng=en&nrm=iso

Sales, CRG; Sales, R; Sabongi, ML; Reis, VN; Pivatti, AS; Camisão, AR; Kanashiro Filho, G. (2016). Logistics of a surgical block implementation in the forest: the nurse's role. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.162-169. http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/12/827200/sobecc-v21n3_in_162-169.pdf

Silva, NC; Goncalves, MJF; Lopes Neto, D. (2003). Enfermagem em saúde indígena: aplicando as diretrizes curriculares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 388-391. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000400016&lng=en&nrm=iso

Silva, RMCRA; Pereira ER; Espírito Santo, FH; Silva, MA. (2011). Cultura, saúde e enfermagem: o saber, o direito e o fazer crítico-humano. **Rev. Eletr. Enf.**, [internet], v. 4, n. 10, p.1165-1171. <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a30.htm>

Vieira, JCM. (2016). Alimentação de idosos indígenas sob a ótica da enfermagem transcultural. **Rev Enferm UERJ**. v 24, n 2, e7057. <http://www.facenf.uerj.br/v24n2/v24n2a10.pdf>



Financiamento em saúde indígena nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Interior Sul e Litoral Sul

13

*Geraldo Schneider de Mello
Mariana Santiago Siqueira
Roger dos Santos Rosa*

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu importantes transformações no modelo de atenção e financiamento federal da política de saúde para a população brasileira, proporcionando a expansão do acesso a ações e serviços em todo o território nacional. A Constituição Federal de 1988 enfatizou a necessidade de criar fontes de financiamento capazes de garantir o atendimento das ações e serviços de saúde e impôs essa responsabilidade às três esferas de governo, cada qual garantindo o aporte regular de recursos (Lazzari, 2003).

Logo após a promulgação da Lei Arouca (Lei nº 9.836/1999) e do estabelecimento dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), a responsabilidade pela coordenação e execução das ações de saúde dentro de comunidades indígenas foi repassada para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), entidade vinculada ao Ministério da Saúde. A FUNASA, por sua vez, repassou a organizações não-governamentais, prefeituras e entidades de caridades por meio de convênios.

As ações a serem desenvolvidas pelos DSEI deveriam ser financiadas pelos orçamentos da FUNASA e do Ministério da Saúde, podendo ser complementadas por organismos de cooperação internacional e da iniciativa privada (Brasil, 2002). O financiamento dos DSEI respeitaria população, situação epidemiológica e características de localização geográfica (Brasil, 2002), considerando as especificidades da população indígena e os princípios da Lei Orgânica

da Saúde (Lei nº 8.080/90).

Em 2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no Ministério da Saúde com a responsabilidade de implementar um modelo de gestão no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, descentralizando, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária nos 34 DSEI. A criação da SESAI visou fomentar o aprimoramento do financiamento, da gestão orçamentária e da autonomia administrativa dos DSEI, valorizando os Planos Distritais de Saúde Indígena (PDSI) como ferramenta primordial para o financiamento em saúde indígena (Brasil, 2010).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar o financiamento conforme os Planos Distritais de Saúde dos DSEI do Litoral Sul e do Interior Sul no período de 2012-2015. Para a seleção dos DSEI participantes, tomou-se por ponto de partida a especificidade de existir uma gestão compartilhada, com territórios comuns aos dois DSEI (Brasil, 2012a). Essa gestão compartilhada é uma particularidade dos DSEI escolhidos em relação aos demais 34 DSEI do país.

O DSEI Litoral Sul abrange parte dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Possui uma população aproximada de 23 mil indígenas das etnias Guarani Tupi, Terena, Kaingang, Guarani, Krenak e Xetá, distribuídas em 129 comunidades indígenas. O atendimento é realizado por 15 equipes multidisciplinares de saúde indígena compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, cirurgião dentista, Agente Indígena de Saúde (AIS) e Agente Indígena de Saneamento (AISAN). As equipes estão distribuídas em Polos Bases em cidades destes Estados. A sede do DSEI encontra-se em Curitiba, Paraná. O DSEI possui três Casas de Saúde Indígena (CASAI), localizadas nas cidades de Rio de Janeiro, São Paulo e Curitiba para onde os indígenas são referenciados dos Polos Base e posteriormente encaminhados de acordo com a complexidade do caso clínico (Brasil, 2010).

O DSEI Interior Sul possui sede na cidade de São José, no estado de Santa Catarina, e abrange parte dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Brasil, 2010). Possui uma população com cerca de 63 mil indígenas das etnias Kaingang, Guarani, Krenak e Terena distribuídas em 180 comunidades indígenas. O atendimento é realizado por 8 equipes multidisciplinares de saúde indígena (Brasil, 2010). Em 2019, esse DSEI respondia assistencialmente pelas terras indígenas localizadas nos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina, situadas em dois polos bases no interior do Rio Grande do Sul e quatro polos no litoral gaúcho, totalizando seis polos bases em terri-



tório rio-grandense. Já no estado de Santa Catarina contava com dois polos no litoral e três no interior catarinense, somando cinco polos (Brasil, 2010).

Procedimentos metodológicos

Trata-se de um estudo aplicado de cunho documental com uma abordagem mista quali-quantitativa (Gerhardt et al, 2009, p.35). Os documentos analisados foram identificados como base para o financiamento da Saúde Indígena dos DSEI em questão no período 2012 a 2015. O período foi escolhido dada a autonomia dos DSEI a contar de 2012.

Pouco após a criação da SESAI, os DSEI, com organograma administrativo e fluxo orçamentário/financeiro próprios, foram financiados com base em seus planos de saúde. No âmbito do SUS, os planos de saúde são a base das atividades e programações de cada nível de direção do sistema e seu financiamento deve ser previsto na respectiva proposta orçamentária conforme a Lei nº 8.080/90. Considerando a duração quadrienal desses planos e a compatibilidade com o Plano Plurianual da União, o término do período escolhido foi definido como 2015. A abrangência de período posterior (2016-2019) extrapolaria o cronograma disponível para a elaboração do trabalho, motivo pelo qual se restringiu a investigação ao período 2012-2015.

Foram considerados fundamentalmente dois documentos oficiais para análise: (i) O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) dos anos de 2012-2015 do DSEI Interior Sul; e(ii) O Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) dos anos de 2012-2015 do DSEI Litoral Sul (Brasil, 2012b).

Foram apurados os valores por elementos de despesa conforme os PDSI 2012-2015, seguindo a ótica da gestão compartilhada entre os DSEI do Interior Sul e do Litoral Sul. Elementos de despesa são desdobramentos das categorias da classificação orçamentária; têm por finalidade identificar os objetos de gasto de cada despesa, tais como vencimentos e vantagens fixas, juros, diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, subvenções sociais, obras e instalações, equipamentos e materiais permanentes, auxílios, amortização e outros que a administração pública utiliza para a consecução de seus fins. São padronizados para todas as esferas de governo (federal, estadual e municipal) por meio do Anexo II da Portaria Interministerial MF/MPOG nº 163/2001.

Toda a base documental utilizada (dispositivos legais, normas, artigos científicos, relatórios, informes e boletins) foi de acesso livre domínio público e

de acesso irrestrito. Tendo em vista que as fontes de dados são documentos de natureza pública, disponíveis na internet, não houve necessidade de apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Resultados e discussão

Esta seção divide-se em (i) Limitações do estudo; (ii) Despesas por categoria econômica no DSEI Interior Sul e no DSEI Litoral Sul; (iii) Despesas de custeio; e (iv) Despesas de capital.

Limitações do estudo

Os dados do Plano Distrital de Saúde Indígena (PDSI) do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) revelaram discrepâncias nos totais de alguns elementos de despesa de custeio e em determinados anos em relação aos valores que corresponderiam à soma das respectivas parcelas. Em decorrência, neste trabalho foram novamente somados os elementos de despesa e indicados os resultados originais do documento quando divergentes da soma realizada. Desta forma, os totais apresentados podem diferir dos valores originais por elemento de despesa e/ou ano dos documentos originais, o que foi indicado na tabela 1 como “Total no PDSI”.

Despesas por categoria econômica no DSEI Interior Sul e no DSEI Litoral Sul

Nas tabelas 01 e 02 apresentam-se o total das despesas de capital e de custeio, respectivamente planejadas e executadas, do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e do DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ) no período 2012-2015. Conforme tabela 01, as despesas planejadas para ambos os DSEI alcançavam R\$ 309,7 milhões para o período 2012-2015. O DSEI Interior Sul dispunha de pouco mais de duas vezes o valor do DSEI Litoral Sul. Praticamente 2/3 do conjunto de ambos os DSEI eram representados por despesas de custeio. O DSEI Interior Sul dispunha R\$ 28,8 milhões planejados a mais do que DSEI Litoral Sul para despesas de custeio. As despesas de capital no DSEI Interior Sul atingiam montante semelhante às de custeio (R\$ 93,3 milhões e R\$ 115,2 milhões). Já no DSEI Litoral Sul, a diferença entre ambas era bem mais substancial (R\$ 14,9 milhões versus R\$ 86,4 milhões), na ordem de praticamente 6 vezes. Não foram obtidos subsídios documentais para apurar os critérios metodológicos para o estabelecimento dos valores de custeio (e mesmo capital) para ambos os DSEI considerando as diferenças populacionais, densidade demográfica, equipes de saúde ou número de comunidades indígenas.



Tabela 01: Despesas planejadas por categoria econômica do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e do DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

DSEI e Categoria econômica / Ano	2012	2013	2014	2015	Total
INTERIOR SUL					
Despesas de custeio	9.851.851,28	32.064.232,47	35.024.039,97	38.238.027,00	115.178.150,72
Despesas de capital	270.251,39	24.441.378,76	29.564.739,64	38.984.970,00	93.261.339,79
Sub-total	10.122.102,67	56.505.611,23	64.588.779,61	77.222.997,00	208.439.490,51
Total no PDSI*	10.169.682,60	74.847.941,54	66.300.426,57	70.877.878,13	
LITORAL SUL					
Despesas de custeio	8.754.169,17	24.671.357,93	26.090.827,14	26.839.448,31	86.355.802,55
Despesas de capital	79.332,80	8.000.850,00	3.522.783,90	3.327.579,40	14.930.546,10
Sub-total	8.833.501,97	32.672.207,93	29.613.611,04	30.167.027,71	101.286.348,65
Total no PDSI*	8.877.057,14	28.358.887,58	28.776.375,56	30.090.194,34	
AMBOS OS DSEI					
Despesas de custeio	18.606.020,45	56.735.590,40	61.114.867,11	65.077.475,31	201.533.953,27
Despesas de capital	349.584,19	32.442.228,76	33.087.523,54	42.312.549,40	108.191.885,89
Sub-total	18.955.604,64	89.177.819,16	94.202.390,65	107.390.024,71	309.725.839,16
Total no PDSI*	19.046.739,74	103.206.829,12	95.076.802,13	100.968.072,47	

Fonte: Elaboração própria, 2019.

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul - Interior Sul; LiSul - Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena.

*Total apresentado no PDSI 2012 - 2015

Na tabela 02 observa-se na execução o predomínio das despesas de custeio (75,4%) em relação às de capital (24,6%) em ambos os DSEI no período. Nota-se que os menores valores se situam em 2012 (7% do quadriênio). A partir de 2013, os valores totais tornam-se mais expressivos representando em média 3,3 vezes mais do que o ano de 2012. Excluindo o primeiro ano do período, percebe-se relativa estabilidade nas despesas de custeio que variaram de R\$ 58 milhões a R\$ 66 milhões enquanto as despesas de capital saltaram de R\$ 12,6 milhões para R\$ 31,8 milhões.

A execução das despesas para ambos os DSEI caracterizaram-se por acentuada dificuldade no primeiro ano do período, pois a autonomia administra-

tiva efetiva do DSEI somente ocorreu a partir de 2013. O ano de 2012 foi um ano de transição administrativa, financeira e descentralização dos processos administrativos trazendo para os DSEI a necessidade de gestão orçamentária. No custeio, ocorreu a terceirização de parcela considerável dos processos administrativos e operacionais fazendo com que aumentassem expressivamente as despesas com serviços técnicos administrativos e operacionais. O total das despesas de custeio executadas no DSEI Interior Sul e no DSEI Litoral Sul representou 101% do valor previsto, extrapolando o planejamento inicial.

Nas despesas de capital, houve um aporte considerável de investimento em obras de imóveis e instalações. Foram contempladas melhorias das instalações de postos de saúde indígena e aquisição de veículos nos anos de 2013 a 2015, o que incrementou as condições de acessibilidade as terras indígenas. Apesar dos esforços, o valor executado, em ambos os DSEI nas despesas de capital, representou 61,7% (R\$ 66,7 milhões) do valor total planejado (R\$ 108,1 milhões).

Tabela 02: Despesas executadas por categoria econômica do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e do DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

DSEI e Categoria econômica / Ano	2012	2013	2014	2015	Total
INTERIOR SUL					
Despesas de custeio	10.108.569,84	33.228.395,10	35.149.727,71	39.198.028,64	117.684.721,29
Despesas de capital	3.740,00	9.061.326,64	19.546.881,72	29.052.390,47	57.664.338,83
Sub-total	10.112.309,84	42.289.721,74	54.696.609,43	68.250.419,11	175.349.060,12
LITORAL SUL					
Despesas de custeio	8.780.068,16	24.815.119,58	26.055.875,56	27.358.669,34	87.009.732,64
Despesas de capital	96.988,98	3.543.768,00	2.720.500,00	2.731.525,00	9.092.781,98
Sub-total	8.877.057,14	28.358.887,58	28.776.375,56	30.090.194,34	96.102.514,62
AMBOS OS DSEI					
Despesas de custeio	18.888.638,00	58.043.514,68	61.205.603,27	66.556.697,98	204.694.453,93
Despesas de capital	100.728,98	12.605.094,64	22.267.381,72	31.783.915,47	66.757.120,81
Total	18.989.366,98	70.648.609,32	83.472.984,99	98.340.613,45	271.451.574,74

Fonte: Elaboração própria, 2019.

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul - Interior Sul; LiSul - Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena.



A situação indicou potencialmente a necessidade de ampliar o volume dos recursos de capital executados, a fim de criar condições de melhoria da assistência da saúde. Há carência, em especial, de melhorias na infraestrutura e de transporte para unidades de saúde indígena.

Despesas de custeio

A tabela 03 detalha as despesas de custeio executadas para ambos os DSEI, as quais são divididas em material de consumo, diárias de profissionais civis, passagens e despesas de locomoção, serviços de terceiros com pessoas físicas, locação de mão-de-obra e serviços de terceiros com pessoas jurídicas. Os menores valores situaram-se em 2012 (9,2% do quadriênio) enquanto nos três anos subsequentes, a média de despesas com custeio foi de R\$ 51,8 milhões ou 2,7 vezes maior do que o ano de 2012.

Observa-se a elevação sistemática em valores absolutos das despesas de material de consumo no decorrer do período. As despesas de material de consumo representaram 16,4% do custeio no quadriênio e incluem despesas com combustíveis e lubrificantes automotivos, gêneros de alimentação, material farmacológico, material odontológico, material de expediente, material de limpeza e produtos de higienização, material para manutenção de bens imóveis e instalações, material para manutenção de bens móveis, material hospitalar e material para manutenção de veículos. Outro item que se destaca é o das despesas com passagens e locomoção que responderam por 10,6% do custeio e abrangem subelementos de despesa como passagens para o país/terrestres, a locomoção urbana, locação de veículos com e sem motoristas e as despesas com pedágios.

Contudo, proporcionalmente predominaram as despesas com outros serviços de terceiros de pessoa jurídica (36,2%) e com locação de mão-de-obra (33,2%) que equivaleram de 68,5% a 74,3% nos orçamentos anuais de custeio. O pico de participação percentual dessas duas dotações ocorreu em 2012, a partir de quando se estabeleceu a autonomia de gestão administrativa e orçamentária dos DSEI. Este pico representou apenas R\$ 14 milhões enquanto nos três anos subsequentes, ainda que com percentuais menores em relação a todo custeio, os valores absolutos anuais do conjunto de ambas as dotações variaram de R\$ 40 milhões a R\$ 45,9 milhões totalizando R\$ 142 milhões no quadriênio.

Tabela 03: Despesas de custeio executadas do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015 (em R\$).

DSEI e Elemento de despesa / Ano	2012	2013	2014	2015	Total	Total PDSI 2012-2015*
INTERIOR SUL						
Material de consumo	2.435.479,14	6.263.686,51	6.908.747,57	7.543.324,29	23.151.237,51	22.229.355,71
Diárias - pessoal civil	427.952,66	800.000,00	880.000,00	968.000,00	3.075.952,66	3.133.325,42
Passagens e despesas com locomoção	56.156,00	194.662,80	214.129,08	235.341,99	700.289,87	698.489,87
Outros serviços de terceiros - pessoa física	212.745,70	375.425,36	412.976,90	454.264,69	1.455.412,65	1.455.412,65
Locação de mão-de-obra	3.315.000,00	14.349.011,77	14.331.912,93	15.765.104,23	47.761.028,93	47.761.028,93
Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	3.661.236,34	11.245.608,66	12.401.961,23	14.231.993,44	41.540.799,67	41.540.799,67
Sub-total	10.108.569,84	33.228.395,10	35.149.727,71	39.198.028,64	117.684.721,29	
Total no PDSI*	10.165.942,60	23.049.513,99	24.969.389,57	29.203.856,68	87.388.702,84	
LITORAL SUL						
Material de consumo	1.199.617,85	2.924.000,00	3.070.200,00	3.223.710,00	10.417.527,85	10.417.527,85
Diárias - pessoal civil	233.848,70	350.000,00	367.500,00	385.875,00	1.337.223,70	1.337.223,70
Passagens e despesas com locomoção	46.478,47	6.644.058,99	6.976.261,94	7.325.075,04	20.991.874,44	20.991.874,44
Outros serviços de terceiros - pessoa física	235.388,56	421.000,00	442.050,00	464.152,50	1.562.591,06	1.562.591,06
Locação de mão-de-obra	2.845.300,59	5.499.160,59	5.774.118,62	6.062.824,55	20.181.404,35	20.181.404,35
Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	4.219.433,99	8.976.900,00	9.425.745,00	9.897.032,25	32.519.111,24	32.519.111,24
Sub-total	8.780.068,16	24.815.119,58	26.055.875,56	27.358.669,34	87.009.732,64	
Total no PDSI*	8.780.068,16	24.815.119,58	26.055.875,56	27.358.669,34	87.009.732,64	
AMBOS OS DSEI						
Material de consumo	3.635.096,99	9.187.686,51	9.978.947,57	10.767.034,29	33.568.765,36	32.646.883,56
Diárias - pessoal civil	661.801,36	1.150.000,00	1.247.500,00	1.353.875,00	4.413.176,36	4.470.549,12
Passagens e despesas com locomoção	102.634,47	6.838.721,79	7.190.391,02	7.560.417,03	21.692.164,31	21.690.364,31
Outros serviços de terceiros - pessoa física	448.134,26	796.425,36	855.026,90	918.417,19	3.018.003,71	3.018.003,71
Locação de mão-de-obra	6.160.300,59	19.848.172,36	20.106.031,55	21.827.928,78	67.942.433,28	67.942.433,28
Outros serviços de terceiros - pessoa jurídica	7.880.670,33	20.222.508,66	21.827.706,23	24.129.025,69	74.059.910,91	74.059.910,91
Sub-total	18.888.638,00	58.043.514,68	61.205.603,27	66.556.697,98	204.694.453,93	
Total no PDSI*	18.946.010,76	47.864.633,57	51.025.265,13	56.562.526,02	174.398.435,48	

Fonte: Elaboração própria, 2019. DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul - Interior Sul; LiSul - Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena. *Total apresentado no PDSI 2012 - 2015



Na locação de mão-de-obra, destacam-se as despesas com apoios administrativos, técnicos e operacionais, tanto no DSEI Interior Sul (R\$ 36,1 milhões no quadriênio) quanto no DSEI Litoral Sul (R\$ 11,2 milhões, idem). Os R\$ 47,3 milhões representam 69,7% das despesas com locação de mão-de-obra do período sendo o restante contratos menos expressivos de mão-de-obra para limpeza e conservação, vigilância ostensiva e copa e cozinha.

Após a efetivação da autonomia administrativa-orçamentária e de gestão dos DSEI, acentuaram-se as despesas com apoio administrativo, técnico e profissional. Ambos os DSEI necessitaram terceirizar as áreas-meio para efetivação da autonomia administrativa-financeira e de gestão. Com a autonomia administrativa e de gestão, que ocorreu a partir de 2012, essas despesas elevaram-se substancialmente no decorrer dos anos de aplicação do plano. Aumentam de R\$ 4,3 milhões em 2012 para R\$ 14,1 milhões já em 2013 atingindo R\$ 15 milhões em 2015. Destaca-se a execução de recursos de custeio no DSEI Interior Sul nos anos de 2012 (44%), 2013 (42%) e 2014 (49%) a mais em relação aos recursos previstos no PDSI. A situação reflete a falta de recursos humanos e administrativos próprios para a gestão administrativa e sua "substituição" por terceirizados.

A terceirização dos serviços de saúde é a prestação de serviços por terceiros da iniciativa privada em nome do governo. Em geral, é regulada por um documento contratual que especifica o tipo e a quantidade do serviço e a validade do acordo. Na análise realizada, evidenciou-se a elevada proporção dos elementos de despesa dos serviços de terceiros - pessoa jurídica e de locação de mão-de-obra no custeio dos dois DSEI (69,4%). Além desses dois elementos de despesa, deve ser acrescentado que as passagens e despesas com locomoção incluíram R\$ 20,1 milhões no subelemento de despesa de locação de veículos com ou sem motoristas do DSEI Litoral Sul, serviços que são terceirizados. Desta forma, o montante destinado a terceirização dos serviços atinge R\$ 162,1 milhões ou o equivalente a 79,2% do orçamento de custeio de ambos os DSEI.

A terceirização vem ao encontro a renúncia do Estado com os serviços públicos de saúde, indicando, potencialmente, falta de responsabilidade social (Druck, 2016). Esse processo da terceirização denota possíveis incapacidades do Estado em prover seus próprios recursos, repassando a terceiros a incumbência da execução e reconhecendo suas deficiências e a desvalorização do trabalho.

As mudanças da gestão sobre a responsabilidade do Estado em relação às unidades de saúde trazem configurações importantes sobre o sistema de saúde brasileiro. Possibilitaram a geração de alterações legislativas que criaram características jurídicas, como as Organizações Sociais (OSs) e as fundações estatais de direito privado (Andreazzi; Bravo, 2014). A atuação do meio privado com tendência fortemente empresarial que vem estruturando o sistema de saúde brasileiro representa um contraponto a base de estruturação do Sistema Único de Saúde, eventualmente ameaçando premissas de equidade e universalidade que nortearam sua criação (Andreazzi; Bravo, 2014).

Despesas de capital

A tabela 04 detalha as despesas de capital executadas para ambos os DSEI, a qual é dividida em obras e instalações e em equipamentos e material permanente. À semelhança das despesas de custeio, também os menores valores das despesas de capital se concentraram no ano de 2012 (apenas 0,2% do quadriênio). Nos três anos subsequentes, subiram de R\$ 12,6 milhões para R\$ 31,8 milhões. A variação entre o primeiro e o último ano do período estudado foi superior a 315 vezes.

A SESAI, criada em 2010, incorporou o patrimônio deixado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a qual investia muito pouco em obras e instalações nas terras indígenas. Registra-se a elevação sistemática em valores absolutos das despesas de obras e instalações que representaram 2/3 das despesas de capital no quadriênio 2012-2015 e incluem instalações, obras em andamento e outras obras e instalações do Serviço Edificações e Saneamento Ambiental Indígena (SESANI). As obras do SESANI decorreram da necessidade de uma política de edificação e saneamento ambiental dentro das aldeias indígenas. Com o aumento das terras indígenas homologadas no território nacional e o incremento do plano de desenvolvimento e autonomia de gestão dos DSEI, foram destinados R\$ 7,9 milhões em obras do SESANI no DSEI Litoral Sul nos quatro anos de execução do PDSI. O valor representou 83,7% dos gastos com obras e instalações neste DSEI no período 2012-2015.

Entretanto, os recursos para obras e instalações foram mais expressivos em termos absolutos para o DSEI Interior Sul (R\$ 35 milhões) do que para o DSEI Litoral Sul (R\$ 8,4 milhões) embora o inverso tenha ocorrido em termos proporcionais (60,8% versus 92,5%) em relação às despesas de capital.



Tabela 04: Despesas de capital executadas do DSEI Interior Sul (Gestão ISul SC-RS e LiSul SC-RS) e DSEI Litoral Sul (Gestão ISul PR-SP e LiSul PR-SP-RJ), 2012-2015. (em R\$)

DSEI e Categoria econômica / Ano	2012	2013	2014	2015	Total
INTERIOR SUL					
Obras e instalações	-	1.995.329,46	12.101.312,41	20.975.773,65	35.072.415,52
Equipamentos e material permanente	3.740,00	7.065.997,18	7.445.569,31	8.076.616,82	22.591.923,31
Sub-total	3.740,00	9.061.326,64	19.546.881,72	29.052.390,47	57.664.338,83
LITORAL SUL					
Obras e instalações	80.000,00	3.333.768,00	2.500.000,00	2.500.000,00	8.413.768,00
Equipamentos e material permanente	16.988,98	210.000,00	220.500,00	231.525,00	679.013,98
Sub-total	96.988,98	3.543.768,00	2.720.500,00	2.731.525,00	9.092.781,98
AMBOS OS DSEI					
Obras e instalações	80.000,00	5.329.097,46	14.601.312,41	23.475.773,65	43.486.183,52
Equipamentos e material permanente	20.728,98	7.275.997,18	7.666.069,31	8.308.141,82	23.270.937,29
Total	100.728,98	12.605.094,64	22.267.381,72	31.783.915,47	66.757.120,81

Fonte: Elaboração própria, 2019.

DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; ISul - Interior Sul; LiSul - Litoral Sul; PDSI = Plano Distrital de Saúde Indígena.

Em realidade, a diferença é provocada pelo volume 6,4 vezes maior de recursos de capital para o DSEI Interior Sul quando comparado com o DSEI Litoral Sul. A pouca expressividade das despesas de capital, em especial com a aquisição de material permanente do DSEI Litoral Sul no mesmo período, talvez seja explicada para substituição da despesa de capital pela terceirização da atividade. Assim, tem-se no quadriênio um volume de recursos gasto com o custeio de serviços terceirizados de locação de veículos com ou sem motoristas (R\$ 20,1 milhões) no DSEI Litoral Sul próximo ao com despesas de capital para aquisição de veículos diversos (R\$ 15,5 milhões) no DSEI Interior Sul. A terceirização da frota de veículos deu-se a partir do ano de 2013 uma vez que no ano de 2012 não havia dotação orçamentária para locação de veículos. Deve ser lembrado que o DSEI Interior Sul abrange 63 mil indígenas em 180 comunidades enquanto o DSEI Litoral Sul responde por 23 mil indígenas em 129 comunidades.

A necessidade concomitante de terceirização leva ao distanciamento do investimento em capital, o que ficou evidenciado com terceirizações da área meio para efetivação da autonomia de gestão administrativa e financeira do DSEI Litoral Sul.

Considerações finais

Apesar das limitações do estudo, ficou evidente a terceirização da gestão da saúde indígena. O fortalecimento do setor privado na gestão propriamente dita do SUS (e não apenas na provisão dos serviços) pode se situar na contramão da criação do sistema público, uma vez que potencialmente poderia desarticular as responsabilidades federativas com a execução e os processos de trabalho, passando a ser baseadas em serviços locados com premissas do capital e geração de excedentes.

Para Druck (2016), o processo de repasse de verba revela “o devaneio das relações público-privado”, com repasses de altos valores de recursos públicos para instituições privadas. A implementação de reformas neoliberalistas do Estado propõe a execução de políticas públicas por um número grande de instituições ‘não governamentais’, ‘não lucrativas’ especialmente em setores não considerados ‘atividades exclusivas de Estado’ ou ‘competitivos’. Isso daria origem a uma ‘esfera pública não estatal’, constituída por ‘organizações da sociedade civil de interesse público’ (Iamamoto, 2006).

Na análise dos planos distritais de 2012-2015 dos DSEI interior Sul e Litoral Sul, verificou-se uma preponderância com gastos à terceirização da gestão e administração dos recursos públicos destinados a Saúde Indígena, o qual desvirtua-se das prerrogativas iniciais de criação do Sistema Único de Saúde e posteriormente ao Subsistema de Saúde Indígena brasileiro. Quando se coloca o ganho de capital acima do bem coletivo e acima do bem-estar das pessoas, a função do Estado como provedor primordial de saúde em todos os seus níveis de complexidade deixa de existir para favorecer o lucro e o capital privado.

Diante das dificuldades vivenciadas pelo indígena brasileiro, são necessárias medidas que aperfeiçoem o funcionamento e a adequação da capacidade do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Para que os princípios de descentralização, universalidade, equidade, participação e controle social possam ser efetivados, é crucial que a atenção à saúde considere as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (Brasil, 2002) por meio de financiamento adequado. O estudo mostra que, para além do



volume de recursos destinado, os planos de aplicação desvelam o modelo de gestão que é financiado.

A descentralização é um processo em busca de equidade, controle social, participação social, integralidade e universalidade com intuito de aumentar a efetividade da saúde na população indígena. Entretanto para alcançar esse resultado é preciso que ocorra uma inversão de conceitos administrativos, de gestão, financeiro e responsabilidade estatal para com a efetivação da descentralização e autonomia dos DSEI, se existir a terceirização os DSEI não conseguirão efetivamente ser autônomos, mas apenas repassadores de verbas públicas a terceiros.

Referências

Andreazzi, MFS; Bravo, MIS. (2014). Privatização da gestão e organizações sociais na atenção à saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 12, n. 3, p. 499-518. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00019>.

Brasil. (2010). **Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena.** DGESI. <http://www.saude.gov.br/saude-indigena/gestao/relatorio-de-gestao>.

_____. (2012a). Ministério da Saúde. **Portaria nº 32. Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI/MS.** http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/se-sai/2012/prt0032_23_05_2012.html.

_____. (2012b). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 453.** Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html.

_____. (2002). Ministério da Saúde. Fundação Nacional De Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** - 2ª edição. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf.

_____. (1990). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. **Lei nº 8.080.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

_____. (1999). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. **Lei no 9.836.** Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituindo

o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9836.htm.

Druck, G. (2016). A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. educ. saúde**, v. 14, supl. 1, p. 15-43. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>.

Gerhardt, TE; Silveira, DT. (Org.). (2009). **Métodos de pesquisa**. Editora da UFRGS. <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>.

Iamamoto, M. V. (2006). **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Opas, OMS, Ministério da Saúde. p. 1-37. http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf.

Lazzari, JB. (2003). Fontes de Financiamento do Sistema Único de Saúde. **Revista de Direito Sanitário**, vol. 4, n.1, pg: 76-84. <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82420/85406>.



Sobre os autores e autoras

13

Organizadores e organizadoras:

NICOLÁS ESTEBAN CASTRO HEUFEMANN:

Médico, Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Doutorando em Psicologia (PPGP-UFFA), docente e investigador na Universidade do Estado do Amazonas e médico de Política e Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus. Pesquisador do Laboratório de História, Políticas Públicas (LAHPSA)/Fiocruz Amazonas. E-mail: nheufemann@uea.edu.br

ALCINDO ANTÔNIO FERLA:

Médico, doutor em educação, professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), professor permanente nos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS), Psicologia (UFFA) e Saúde da Família (UFMS), membro titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho (CIRHRT) e da Câmara Técnica de Estudos Integrados de Controle e Participação e Social (CTEICPS) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Rede Unida. E-mail: ferlaalcindo@gmail.com.

KÁTIA MARIA DA SILVA LIMA:

Assistente Social, Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia. Doutorado em Medicina Tropical. Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA). E-mail: katia.lima@fiocruz.br.

FABIANA MÂNICA MARTINS:

Enfermeira, Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Doutoranda no Programa Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, Pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA/Fiocruz Amazônia) e Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Amazonas. E-mail: fabianamanica@ufam.edu.br.

SÔNIA MARIA LEMOS:

Psicóloga, mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia, doutora em Saúde Coletiva, professora assistente da Universidade do Estado do Amazonas, pesquisadora do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA)/Fiocruz Amazonas. E-mail: sonlemos@hotmail.com

Demais autores e autoas:

ÁLVARO PINTO PALHA JUNIOR:

Psicólogo; especialista em Saúde Indígena; atua desde 2014 com saúde mental para povos indígenas no âmbito do SASI/SUS; Distrito Sanitário Especial Indígena Bahia, Porto Seguro, BA. E-mail: alvaropalha@hotmail.com

ANDREA CAPRARA:

MD, PhD. Professor Adjunto, Departamento de Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Centro de Ciências da Saúde. E-mail: andreacaprara1@gmail.com.

BAHIYEH AHMADPOUR:

Enfermeira. Docente no Departamento de Saúde Coletiva na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto (PROESA) na Universidade de São Paulo (USP). Email: bahiyeh@gmail.com.

BRUNA TADEUSA GENNARO MARTINS DE OLIVEIRA:

Psicóloga, mestre em Ensino em Saúde pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e doutoranda em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: bruna.genaro.martins@gmail.com

BRUNA TEIXEIRA ÁVILA:

MFC, Mestre em Saúde Coletiva (UFPE), professora da Escola Multicampi de Ciências Médica da UFRN, Médica de Família e Comunidade. E-mail: avilatbruna@gmail.com

CARLOS JORDÃO DE ASSIS SILVA:

Enfermeiro, Sanitarista. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: carlosjrdao@gmail.com

CLÁUDIA GUERRA MONTEIRO:

Doutora em Ciências da Comunicação pela Universidade do Estado de São Paulo, Diretora do Departamento de Políticas Afirmativas da PROEXT/UFAM. Professora Associada IV, da Universidade Federal do Amazonas/UFAM. E-mail: clguerra5@gmail.com

DANIELLE TUPINAMBÁ EMMI:

Cirurgiã Dentista. Doutora em Odontologia pela Universidade de São Paulo (USP). Docente Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: dtemmi@yahoo.com.br



ELIENE DO SOCORRO DA SILVA SANTOS:

Enfermeira. Graduada pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). E-mail: eli-10jss@gmail.com

FERNANDA PEREIRA DE PAULA FREITAS:

MFC, Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva (UFF), Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), professora assistente da Faculdade de Medicina da UFRJ-Macaé, Médica de Família e Comunidade. E-mail: fernandappfreitas@gmail.com

GERALDO SCHNEIDER DE MELLO:

Enfermeiro. Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde, Porto Alegre/RS, Brasil. Email: geraldodemello2014@gmail.com

HERBERT TADEU PEREIRA DE MATOS JUNIOR:

Psicólogo; mestre em Psicologia; CESMAP - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ. E-mail: herbert_matos@hotmail.com

HILTON P. SILVA:

Universidade Federal do Pará - UFPA, Programa de Pós-Graduação em Antropologia - PPGA & Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia - PPGSAS, Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Ambiente - LEBIOS, E-mail: hdsilva@ufpa.br

JACQUELINE NUNES DE SOUZA FAGUNDES MENDES:

Fisioterapeuta. Especialista em Docência do Nível Superior com Ênfase em Educação a Distância e em Fisioterapia Dermato-Funcional. Referência Técnica para a região Norte e áreas indígenas no Projeto Mais Médicos para o Brasil do Ministério da Educação (MEC). Email: jacquelinemendes@mec.gov.br.

JERFESON NEPUMUCENO CALDAS:

Doutorando em Ciências Ambientais e Sustentabilidade na Amazônia, Mestre em Saúde, Sociedade de Endemias na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas. Servidor Federal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA. E-mail: jerfeson.caldas@gmail.com

JOÃO PAULO LIMA BARRETO:

Indígena do Povo Ye'pamahsã (Tukano) do Alto Rio Negro; mestre em Antropologia Social; Idealizador e co-fundador Centro de Medicina Indígena da Amazônia - Bahserikowi. Manaus, AM. E-mail: jplbarreto@gmail.com

JÚLIA C. T. DE MIRANDA:

Universidade do Estado do Pará - UEPA, Curso de Licenciatura Intercultural Indígena, Programa Saberes Indígenas na Escola- UEPA/UFAM/MEC, Grupo de Estudos Indígenas na Amazônia- GEIA/UEPA. E-mail: juliacleide@gmail.com

JULIANA VIEIRA SARAIVA:

Acadêmica de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. Email: julianasaraiva73@gmail.com.

JÚLIO CESAR SCHWEICKARDT:

Doutor - Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia. E-mail: julio.ilmd@gmail.com

LAURA MARIA VIDAL NOGUEIRA:

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA) - Campus IV. E-mail: lauramavidal@gmail.com

LUIZ OTÁVIO DE ARAÚJO BASTOS:

MFC, Médico do DSEI Yanomami e Ye'kuana - Roraima, Amazonas. Médico de Família e Comunidade. E-mail: luizotavio.bastos@gmail.com

MARIA DO SOCORRO LITAIFF R. DANTAS:

Doutoranda em Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Estadual do Ceará (UECE). Centro de Ciências da Saúde. E-mail: socorrolitaiff@gmail.com.

MARIA LIDIANY TRIBUTINO DE SOUSA:

Doutora em Saúde Coletiva. Professora do Centro das Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). E-mail: maria.sousa@ufob.edu.br

MARIANA SANTIAGO SIQUEIRA:

Enfermeira. Prefeitura Municipal de Gravataí, Secretaria Municipal de Saúde, Gravataí/RS, Brasil. E-mail: marisantiago.mr@hotmail.com

REGINA FÁTIMA FEIO BARROSO:

Cirurgiã-Dentista. Doutora em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Docente Titular da Universidade Federal do Pará (UFPA). E-mail: reginafeio26@gmail.com



REJANE MARIA PAIVA DE MENEZES:

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: rejemene@gmail.com

RODRIGO TOBIAS:

Doutor - Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia. E-mail: tobiasrodrigo@gmail.com

ROGER DOS SANTOS ROSA:

Professor de Medicina Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Porto Alegre/RS, Brasil. E-mail: roger.rosa@ufrgs.br

ROSIANE PINHEIRO RODRIGUES:

Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família/UFPA e do Curso de Gerência de Unidades Básicas de Saúde e Gestão da clínica e do cuidado/UFF. E-mail: rosiuepa@gmail.com

TAÍS RANGEL CRUZ ANDRADE:

Mestre - Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz Amazônia. E-mail: taisrca@hotmail.com

TARCÍSIO TÉRCIO DAS NEVES JÚNIOR:

Graduando em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte. E-mail: tarcisio.tercio@gmail.com

TÚLIO BATISTA FRANCO:

Psicólogo, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha-Itália. Vínculo com a Universidade Federal Fluminense. E-mail: tuliofranco@id.uff.br

VALÉRIA GOMES FERNANDES DA SILVA :

Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: valeriafernandes7@hotmail.com

VICENTE MENDES DA SILVA JUNIOR:

Acadêmico de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas. E-mail: mendesv465@gmail.com

VITOR N. DE LIMA:

Universidade Federal do Pará - UFPA; Prefeitura Municipal de Belém, Secretaria Municipal de Saúde - SESMA, Estratégia Consultório na Rua Ver-o-Peso. E-mail: vittorninal@gmail.com

WANESCA CAROLINE PEREIRA:

Enfermeira formada pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: wanesca_caroline@hotmail.com

WANJA SOCORRO DE SOUSA DIAS LEAL:

Assistente Social da SEMSA e FHEMOAM/SUSAM. Chefe do Núcleo de Saúde dos Grupos Especiais (NUSGE/DAP/SEMSA Manaus). E-mail: wanja.dias-leal@gmail.com

WILLIAN FERNANDES LUNA:

Médico de Família e Comunidade (MFC), Doutorando em Saúde Coletiva (UNESP/Botucatu), Mestre em Ensino na Saúde (UFAL), professor do Departamento de Medicina da UFSCar. E-mail: willianluna@gmail.com





e-livre



SUSTENTABILIDADE
editora **redeunida**

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-livre, 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.org.br



O livro que organizamos é, na verdade, uma grande aventura. Os textos que o compõem foram recebidos a partir da chamada pública com a temática "**A Saúde indígena no Brasil: diálogos, interculturalidade e cuidado**", lançada em junho de 2019, por meio de uma parceria entre a Editora Rede Unida e o Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia). Pretendíamos compor um livro com iniciativas que estivessem produzindo conhecimentos nessa temática em outros lugares, chamando-as para o diálogo, permitindo ampliar o pensamento e compor novos olhares para a temática, que contemplassem a diversidade e a complexidade do tema. A resposta superou a expectativa e deu origem a dois livros. Este livro é formado por 13 capítulos escritos por um expressivo grupo de 44 autores com diversas formações acadêmicas e vinculados a instituições de quatro regiões brasileiras. A temática da saúde indígena é destacada por diferentes ênfases disciplinares e por diversos dispositivos temáticos, como se verá adiante. No seu todo, os capítulos falam da saúde indígena como uma condição complexa, com determinações diversas daquelas que aprendemos na formação universitária e técnica dos cursos da área da saúde. São diversidades que fazem falta no cotidiano, inclusive para superar as adversidades que também estão presentes de forma permanente.

PARA EXISTIR!!



ISBN 978-658718014-4



9 786587 180144

editora



redeunida