

Série Interloções Práticas,
Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Indígena:

Abordagens Antropológicas e Epidemiológicas

Raquel Dias-Scopel
Renata Palópoli Pícoli
Daniel Scopel
Everton Ferreira Lemos
Jislaine de Fátima Guilhermino
Organizadores

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 parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
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
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES
Raquel Dias-Scopel
Renata Palópoli Pícoli
Daniel Scopel
Everton Ferreira Lemos
Jislaine de Fátima Guilhermino

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Indígena: Abordagens Antropológicas e Epidemiológicas

1ª Edição

Porto Alegre

2024



Copyright © 2024 by Associação Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.**

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-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, 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);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);
João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, 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 das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
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);
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rossana Staeve Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Camila Fontana Roman

Revisão

Paulo José Coelho Benevides
Raquel Dias-Scopel
Renata Palópoli Pícoli

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S255

Saúde Indígena: Abordagens Antropológicas e Epidemiológicas / Raquel Dias-Scopel; Renata Palópoli Pícoli; Daniel Scopel; Everton Ferreira Lemos; Jislaine de Fátima Guilhaermine (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

214 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 56).

E-book: 5.50 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-180-9

DOI: 10.18310/9786554621809

1. Saúde de Populações Indígenas. 2. Fatores Culturais. 3. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 4. Política de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 390

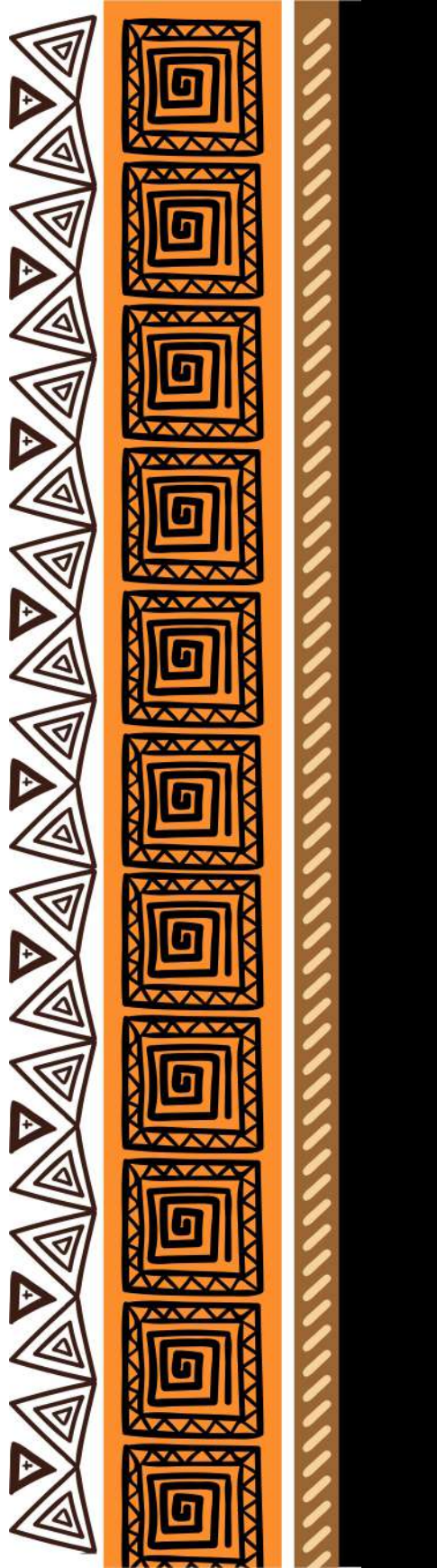
CDU 614

Catálogo elaborado pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br





Sumário

PREFÁCIO	11
Raquel Dias-Scopel, Renata Palópoli Pícoli, Daniel Scopel, Everton Ferreira Lemos, Jislaine de Fátima Guilhermino	
APRESENTAÇÃO DA SEÇÃO DE ANTROPOLOGIA	15
Daniel Scopel, Raquel Dias-Scopel	
SITUAÇÃO DAS ÁREAS DE RETOMADA NO MATO GROSSO DO SUL: PERCEPÇÃO DOS KAIOWÁ E GUARANI SOBRE SAÚDE, VIOLÊNCIA E OMISSÕES DO ESTADO NACIONAL	23
Lucas Luis de Faria, Verônica Gronau Luz, Felipe Mattos Johnson, Indianara Ramires Machado	
RECONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL, BRASIL	43
Daniel Scopel, Raquel Dias-Scopel	
ALÉM DA BIOMEDICINA: UM OLHAR SOBRE O HIV ENTRE OS GUARANI DE MATO GROSSO DO SUL	61
Indianara Ramires Machado, Carlos Eduardo Pereira Corbett, Maria de Lourdes Beldi de Alcântara	
A CONTRIBUIÇÃO DA ETNOGRAFIA À ATENÇÃO DIFERENCIADA NA SAÚDE INDÍGENA	81
Ari Ghiggi Jr, Esther Jean Langdon	
ENTRE PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA, ESTRATÉGIAS POLÍTICAS E DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRA	97
Cristina Dias da Silva	
AS MEDICINAS INDÍGENAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE: ARTICULANDO A INTERCULTURALIDADE	115
Giovana Mandulão, Sílvia Guimarães	

SERVIÇOS DE SAÚDE, PRÁTICAS TRADICIONAIS DE CURA E INTERCULTURALIDADE ENTRE OS POVOS INDÍGENAS 129

Renato Athias

APRESENTAÇÃO DA SEÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA..... 141

Renata Palópoli Pícoli, Everton Ferreira Lemos

PRÉ-NATAL DE MULHERES INDÍGENAS DE MATO GROSSO DO SUL: REFLEXÕES INICIAIS A PARTIR DO INQUÉRITO ESTADUAL 145

Gislaine Recaldes de Abreu, Renata Palópoli Pícoli, Verônica Grau Luz

INIQUIDADES ÉTNICO-RACIAIS NAS INTERNAÇÕES INFANTIS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MATO GROSSO DO SUL..... 161

Anny Danyelly da Costa Ribeiro, Inês Echenique Mattos, Zoraida Fernandez Grillo, Aline Araújo Nobre, Andrey Moreira Cardoso

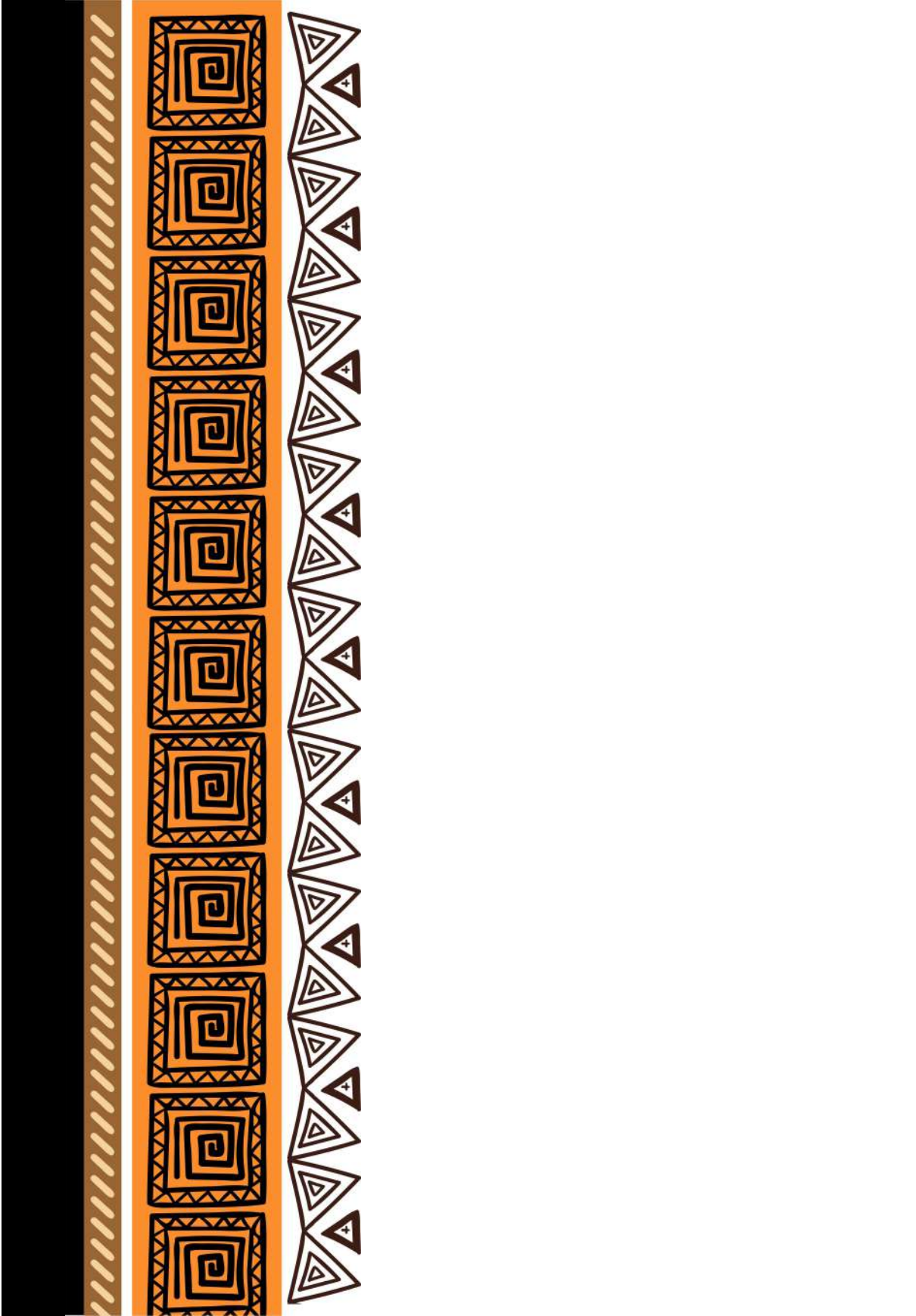
DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA FÍSICA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA MACRORREGIÃO DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL... 177

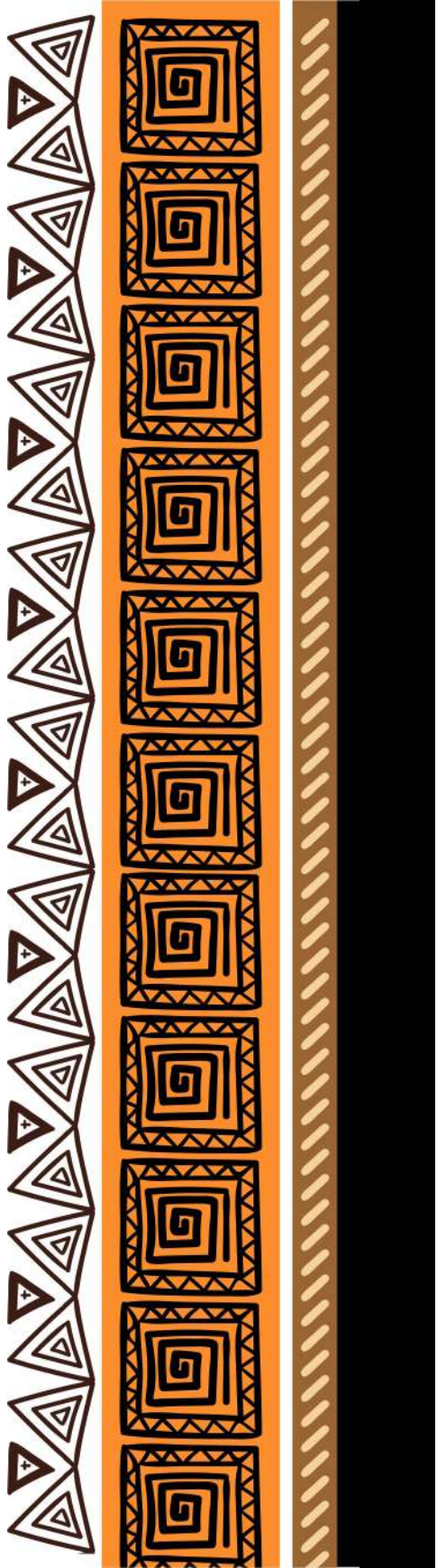
Glênio Alves de Freitas, Gláucia Elisete Barbosa Marcon, James Robert Welch, Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

COVID-19 NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO MATO GROSSO DO SUL 189

Mariana Garcia Croda, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Oswaldo Gonçalves Cruz, Enirtes Caetano Prates Melo

SOBRE OS AUTORES.....207





PREFÁCIO

Raquel Dias-Scopel
Renata Palópoli Pícoli
Daniel Scopel
Everton Ferreira Lemos
Jislaine de Fátima Guilhermino

Este livro é uma coletânea que visa contribuir para a promoção de ações mais efetivas no campo das políticas públicas de saúde para os Povos Indígenas no Brasil. O livro aborda questões relacionadas à saúde dos Povos Indígenas a partir de duas seções, uma de abordagem antropológica e outra epidemiológica.

Na seção de abordagem antropológica há um conjunto de textos que trazem reflexões e relatos de pesquisa desenvolvidas junto a diferentes Povos Indígenas e contextos regionais no Brasil. A proposta desta seção é contribuir para mapear problemáticas do campo da saúde indígena tendo em vista a construção das agendas atuais de pesquisa. Esperamos que a diversidade de temas e de reflexões aqui abordadas possam colaborar com a reconstrução das políticas públicas em saúde para os Povos Indígena no Brasil.

Na seção da abordagem epidemiológica, a coletânea pretende contribuir para a disseminação e o aprofundamento das reflexões e desafios vivenciados pelos Povos Indígenas no Brasil, com especial enfoque para a situação epidemiológica da população indígena em Mato Grosso do Sul. Os textos trazem reflexões sobre a complexidade da situação epidemiológica, seu impacto no processo de saúde e doença e as possíveis ações de enfrentamento.

Este livro é fruto do projeto “Proposta de pesquisa e de ações emergenciais relacionadas à pandemia da covid-19, visando contribuir

para minimizar os impactos das desigualdades sociais em saúde junto aos Povos Indígenas de Mato Grosso do Sul, Brasil”, coordenado pela Dra. Jislaine de Fátima Guilhermino, diretora da Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul, com financiamento da Siemens Internacional.

A Fiocruz Mato Grosso do Sul, por meio deste projeto, realizou diversas ações entre outubro de 2021 e julho de 2023, voltadas aos Povos Indígenas do Mato Grosso do Sul. Essas iniciativas incluíram atividades laboratoriais para a detecção de casos e linhagens circulantes de covid-19; assistência e vigilância em saúde, desenvolvimento e disseminação de ações de educação em saúde; além da análise dos impactos sociais da pandemia na saúde e nos modos de vida indígenas.

O projeto contou com a participação do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Mato Grosso do Sul que resultou no apoio às organizações indígenas locais durante momentos críticos da pandemia. Dentre as ações realizadas listamos a distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a realização de inquérito sorológico com gestantes e puérperas indígenas e a produção de materiais audiovisuais (podcast, vídeos, cards, catálogos científicos), em parceria com a Ação de Jovens Indígenas (AJI), a fim de disseminar em vários formatos, essas experiências técnico-científicas junto aos Povos Indígenas e fomentar o bem viver nessas comunidades.

Foi por meio do projeto que a Fiocruz Mato Grosso do Sul em parceria com a ASCURI (Associação de realizadores Indígenas de Mato Grosso do Sul) produziu dois filmes Mitã karai: o batismo da criança (2022) e Ñanderekoete: nosso verdadeiro jeito de ser (2022) que abordam a perspectiva Guarani Kaiowá sobre saúde e bem-viver e sobre estratégias de resistência e luta frente aos impactos da violência estrutural.

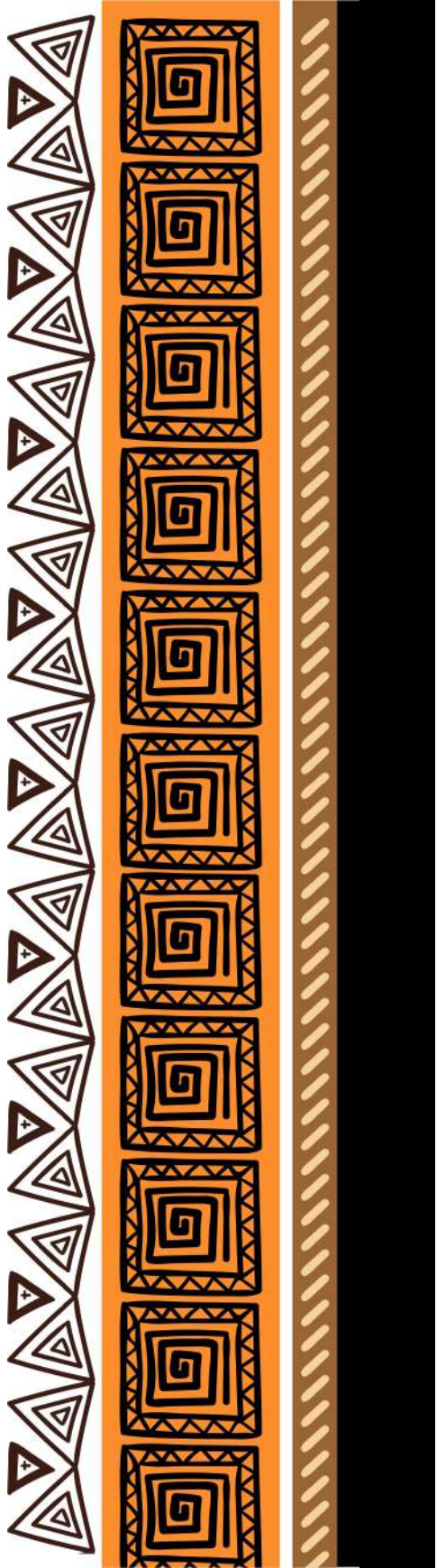
O projeto potencializou a parceria da Fiocruz Mato Grosso do Sul com a AJI na produção do documentário intitulado Oguata das gestantes

e puérperas indígenas (2022), que aborda as experiências vivenciadas por diferentes interlocutores sobre o pré-natal e parto de mulheres indígenas em Mato Grosso do Sul.

O presente livro, embora seja um produto do projeto desenvolvido durante a pandemia, não se restringe ao tema covid-19, nem ao Mato Grosso do Sul, mas engloba importantes avanços no horizonte de pesquisa da Fiocruz MS sobre o tema da saúde indígena, incorporados na experiência institucional de enfrentamento da crise sanitária.

Desse modo, o livro busca problematizar a necessidade de maior conhecimento sobre a complexa realidade em saúde dos Povos Indígenas como forma de aperfeiçoar as respostas institucionais às crises sanitárias por meio de reflexões sobre experiências de pesquisa que possam contribuir para a solução dos desafios atuais no campo da saúde indígena.

Ao explorar estas páginas, desejamos que você, leitor, encontre novas perspectivas e reflexões enriquecedoras. Que esta obra inspire e sirva como uma ferramenta para a construção de um futuro mais justo e equitativo.



APRESENTAÇÃO DA SEÇÃO DE ANTROPOLOGIA

Daniel Scopel
Raquel Dias-Scopel

A reprodução das condições sociais de iniquidade tem um impacto severo sobre os processos de saúde/doença/atenção/prevenção junto aos Povos Indígenas no Brasil. Desde uma abordagem da antropologia da saúde, a naturalização da violência estrutural e das condições de vulnerabilidade pode ser compreendida como a produção da indiferença frente ao sofrimento social, fruto de uma situação na qual o uso da força e os efeitos da violência se manifestam como se fossem algo dado pela natureza das coisas e não o resultado de estruturas sociais vigentes. É nesse sentido que os textos deste livro contribuem para uma crítica ao modelo médico hegemônico, de um lado, na denúncia de que o dito modelo se conforma como um sistema cultural que opera de modo a ocultar as causas das iniquidades sociais entre indígenas e não indígenas, de outro, no anseio de que o modelo médico hegemônico seja capaz de transformar-se de maneira inclusiva e emancipatória.

Embora os temas tratados em cada capítulo apresentem realidades etnográficas e problemáticas distintas, são atravessados por reflexões que ponderam sobre as iniquidades em saúde que afetam a vida dos Povos Indígenas em diferentes regiões no Brasil. Para superar essas iniquidades fica claro que não bastam soluções técnicas ou normativas restritas ao modelo médico hegemônico. Ainda que seja necessário aprimorar a melhoria na qualidade e na cobertura dos serviços de atenção à saúde ofertados aos

Povos Indígenas no Brasil, é necessário ampliar e abrir estes serviços aos saberes e práticas historicamente manejados pelos Povos Indígenas no enfrentamento ou na prevenção de doenças, bem como, na manutenção da saúde. Isso passa por compreender saúde, doença, atenção e prevenção de forma ampliada, uma vez que, historicamente, já se conhece que muitos problemas de saúde são também problemas sociais (Singer & Barbara Rylko-Bauer, 2021; Menéndez, 2009; Langdon, 1995).

O texto de Farias, Luz, Johnson e Machado apresenta uma análise contundente da violência letal a que estão submetidos os Kaiowá e Guarani que vivem nas denominadas áreas de retomada no estado do Mato Grosso do Sul. As áreas de retomada são territórios recuperados pelos Kaiowá e Guarani nos quais permanece o conflito aberto contra fazendeiros em decorrência da morosidade ou omissão do Estado nacional em demarcar as terras indígenas. Encomendada pela FIAN (Organização pelo Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequadas) a partir de uma petição contra o Estado brasileiro junto à Corte Interamericana de Direitos Humanos, a pesquisa coordenada por Verônica Gronau Luz e Lucas Luis de Farias atualiza dados quantitativos e qualitativos obtidos em 2013, fornecendo informações comparativas muito relevantes com o ano de 2023. O texto consolida de forma inequívoca os efeitos da violência contínua imposta por fazendeiros e jagunços contra os indígenas e os resultados encontrados reafirmam a percepção indígena de que há uma relação indissociável entre a saúde e o território. A percepção de melhora de saúde é um dado encontrado na pesquisa entre as pessoas que retomaram suas terras. Trata-se de retomadas que já existem e permanecem há cerca de 10 anos, o que traria uma estabilidade na relação com o território e na produção de alimentos, ainda que as retomadas sejam territórios de disputa marcados por cenas de violências letais recorrentes no estado de Mato Grosso do Sul e espaços de acesso restrito aos serviços de saúde.

O texto de Scopel e Dias-Scopel analisa o contexto de atuação dos conselheiros indígenas de saúde em Mato Grosso do Sul. A partir da pesquisa etnográfica, os autores apontam que a participação social nos espaços colegiados do controle social deve contribuir para a reconfiguração das relações assimétricas de poder entre indígenas e não indígenas problematizando como o racismo afeta a participação social em saúde. Os autores recuperam o conceito de genocídio estrutural para dar destaque à lógica de eliminação promovida pela sociedade de colonos e à naturalização da violência estrutural e das condições de vulnerabilidade a que estão sujeitos os Povos Indígenas. Para os autores, o confronto entre o modo como se estabelecem as práticas políticas indígenas e as tendências tecnocráticas da gestão expressam as contradições do processo histórico mais amplo de exclusão social, violência e genocídio ainda em andamento.

O texto de Machado, Corbett e Alcântara apresenta como o impacto da violência estrutural afeta a percepção da doença entre os Guarani e Kaiowá que vivem no estado de Mato Grosso do Sul. Partindo da perspectiva da antropologia médica crítica sobre a doença como experiência intersubjetiva, os autores reafirmam a necessidade de transformar o modelo médico hegemônico. A pesquisa sobre HIV-AIDS demonstra que questões tais como a não adesão ao tratamento medicamentoso reflete o hiato existente entre o ideal biomédico e a realidade sociocultural Guarani Kaiowá. Entretanto, esse hiato não é dado nem fixo, sendo resultado de um processo permanente de negociação entre atores diversos. As falas dos interlocutores da pesquisa sobre suas experiências com HIV-AIDS revelam tanto a urgência em se combater as desigualdades sociais como a constante redefinição dos significados do estigma social gerado pela condição socioeconômica e pela doença entre os Guarani-Kaiowá. Em termos metodológicos a pesquisa de Machado,

Corbett e Alcântara ainda traz contribuições importantes, na medida em que a primeira autora é indígena e profissional de saúde, revelando um ponto de vista particular que articula diferentes agendas. Os achados de Machado, Corbett e Alcântara corroboram o que Wiik (2001) observou entre os Xokleng, de que permanecem as condições de agravamento da doença em função do contexto de violência estrutural. Ao final, o texto de Machado, Corbett e Alcântara reforça a necessidade de se problematizar a articulação entre os modelos de atenção indígenas e o modelo médico hegemônico para que se produza uma transformação mais radical na atenção à saúde dos Povos Indígenas.

Na mesma linha, segue o texto de Ghiggi Jr e Langdon que afirmam que relações mais simétricas entre indígenas e profissionais de saúde não indígenas é uma condição necessária para a efetividade da atenção diferenciada conforme proposto pela PNASPI. Os autores sugerem que algumas das limitações do modelo médico hegemônico podem ser superadas com a ampliação das estratégias comunicativas e estímulo ao diálogo interétnico. Ghiggi Jr e Langdon analisam o contexto de pluralismo médico entre o povo Kaingang na TI Xapecó, em Santa Catarina, com dados de observação dos itinerários terapêuticos, demonstrando que as pessoas indígenas articulam mais de uma forma de atenção à saúde. Nesse sentido, os autores corroboram a observação de que as redes terapêuticas formadas pelos Kaingang não estão restritas aos serviços biomédicos oficiais. Essas redes incluem os curadores tradicionais e os serviços religiosos católicos e protestantes. Os autores observam que os profissionais de saúde não indígenas tendem a negar as demais formas de atenção repercutindo a falsa imagem de que a biomedicina é um modelo exclusivo na terra indígena que justificaria uma postura de antagonismo em relação às demais formas de atenção disponíveis para os Kaingang.

A abordagem crítica do texto de Dias da Silva traz questões originais recuperando a problemática da reprodução do modelo médico hegemônico segundo a qual as lógicas burocráticas e biomédicas convergem de modo a sustentar as assimetrias de poder no campo da saúde indígena. Analisando a produção acadêmica, entre 2011 e 2023, a autora verificou que a problemática das teses e dissertações em antropologia sobre saúde indígena passam a enfatizar as lutas políticas e o papel das lideranças indígenas e das instituições públicas na produção da saúde. A autora identifica uma crescente produção sobre a dimensão política da saúde e da ênfase ambiental nos processos de saúde/doença. De certa forma, a agenda antropológica seguiu as pautas do movimento indígena na última década enfatizando a relação entre saúde e território desde uma problematização da saúde como produto da luta política. A leitura de Dias da Silva nos leva a especular sobre qual será a tendência da agenda antropológica para a próxima década, sugerindo uma maior aproximação e intercâmbio com o movimento indígena, inclusive, com maior visibilidade para os trabalhos de antropólogos indígenas.

Giovana Mandulão, pesquisadora indígena do povo Macuxi e Wapichana, e Silvia Guimarães evocam as noções de notório saber, de soberania do bem viver e de medicina indígena como conceitos chave para o campo da saúde indígena. Para as autoras, é necessário valorizar as epistemologias indígenas por meio de práticas inovadoras pautadas no princípio da interculturalidade. O texto recupera especificidades do modo como se estabelecem as relações entre indígenas e não indígenas no campo da saúde, reafirmando o sentido amplo de bem-estar para os Povos Indígenas, o qual vai muito além da visão restrita sobre o corpo individual que é promovida pelo modelo médico hegemônico. As autoras reforçam a ideia de que os sistemas médicos indígenas são “pluralistas, ecológicos e

holísticos” e que o território indígena é espaço de saúde e cuidado. Nesse sentido, propõem que o conhecimento produzido por mestres e mestras indígenas em cada bioma deve ser valorizado como ciência indígena. Para as autoras, a maior participação de pessoas de notório saber indígena seria importante para a melhoria dos serviços de saúde e, conseqüentemente, para a garantia da reprodução biossocial dos diversos Povos Indígenas.

Renato Athias também analisa práticas de interculturalidade a partir das próprias experiências etnográficas na Amazônia brasileira. Athias afirma, desde uma perspectiva crítica, que a proposta de interculturalidade em saúde ainda é muito restrita e que predominam os efeitos de séculos de exploração econômica, violências impostas pelo Estado e exclusão social promovida por uma fictícia ideia de unidade nacional, fatores que contribuem para a manutenção das assimetrias de poder e das condições de vulnerabilidade vivenciadas pelos povos indígenas. Para Athias, uma visão essencialista das culturas indígenas pouco atenta aos processos históricos e de transformação social prejudica a atuação dos profissionais de saúde que ainda não estão atentos às especificidades da atenção à saúde indígena. Nesse sentido, os profissionais de saúde não indígenas tendem a ignorar as medicinas indígenas, apesar do caráter normativo da PNASPI. Athias observa que as medicinas indígenas não têm participação relevante nos processos formativos dos profissionais de saúde e nem ocupam a base programática de atuação do modelo oficial de atenção. Para o autor, importante ressaltar, cada povo estabelece práticas e conhecimento específicos e particulares, mas, em geral, entre eles prevalece uma perspectiva coletiva da saúde em contraste com serviços oficiais que são baseados na individualidade. Para Athias, a interculturalidade não deve ser vista como algo distante, mas próxima do cotidiano dos serviços de saúde e a pergunta que se impõe é se é realmente possível construir um modelo

de atenção que seja intercultural a partir do modelo médico hegemônico existente. De qualquer modo, o autor reconhece que é preciso estabelecer um diálogo respeitoso entre indígenas e não indígenas que produza mudanças estruturais na atuação dos DSEIs.

De modo geral, os textos selecionados analisam dimensões políticas da produção da saúde, mostrando que o campo da saúde dos Povos Indígenas não está restrito ao campo dos serviços biomédicos. A “saúde indígena” é muito maior, mais diversa e não se esgota nas ações da Secretaria Especial de Saúde Indígena. Os textos sugerem que é preciso buscar novas práticas em saúde indígena considerando que, apensar das ambiguidades e contradições, os sistemas médicos indígenas e o modelo médico hegemônico podem produzir articulações de modo a promover uma atenção mais sensível às especificidades dos Povos Indígenas.

REFERÊNCIAS

- Langdon, E. J. (1995). A doença como experiência: construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Antropologia em Primeira Mão*, n. 12. Florianópolis: PPGAS-UFSC.
- Menéndez, E. L. (2009). *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. Tradução de Damian Kraus, Mariel Zasso. São Paulo, Editora Hucitec, 442p.
- Singer, M., & Rylko-Bauer, B. (2021). ‘The Syndemics and Structural Violence of the COVID Pandemic: Anthropological Insights on a Crisis’. *Open Anthropological Research*1 (1): 7–32. <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>
- Wiik, F. B. (2001). Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xoklég de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, 17(2), 397-406.

SITUAÇÃO DAS ÁREAS DE RETOMADA NO MATO GROSSO DO SUL: PERCEPÇÃO DOS KAIOWÁ E GUARANI SOBRE SAÚDE, VIOLÊNCIA E OMISSÕES DO ESTADO NACIONAL

Lucas Luis de Faria
Verônica Gronau Luz
Felipe Mattos Johnson
Indianara Ramires Machado

INTRODUÇÃO

Este texto discute dados da pesquisa intitulada “Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional em territórios de retomada Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul”, realizada pela FIAN Brasil (Luz *et al.*, 2023) em parceria com o Conselho Indigenista Missionário (Cimi) e Aty Guasu (Grande Assembleia Kaiowá e Guarani). A pesquisa teve como objetivo atualizar os dados do estudo anterior, realizado em 2013, sobre insegurança alimentar e nutricional (InSAN) em comunidades Kaiowá e Guarani, que revelou graves violações de direitos destes povos, a exemplo de 100% das famílias entrevistadas sofrerem algum grau de insegurança alimentar e nutricional (Franceschini, 2016).

A constatação deste cenário fundamentou a denúncia do Estado brasileiro na Corte Interamericana de Direitos Humanos (Cidh). Na petição foram incluídas cinco áreas de retomada: Guaiviry (Município de Aral Moreira), Ypo’i (Paranhos), Kurusu Ambá (Coronel Sapucaia), Ñande Ru



Marangatu (Antônio João) e Apyka'i (Dourados). As três primeiras foram avaliadas pelo estudo de 2013, tendo os dados atualizados e ampliados na pesquisa de 2023, que também avaliou as duas últimas.

Esses territórios são considerados emblemáticos da luta Kaiowá e Guarani por suas terras ancestrais (*tekoha*) por terem em comum “a luta histórica pela reocupação de seus territórios originários, o processo de demarcação estagnado e as mortes violentas de lideranças ao longo do processo de retomada e autodemarcação territorial” (Luz *et al.*, 2023, p. 11). O *tekoha* para os Kaiowá e Guarani constituem parte fundamental de suas existências por ser o espaço sagrado de habitação das divindades e realização do modo de ser originário, também por isso a luta incansável dessas coletividades pelo retorno e recomposição social nestas áreas. Nesse sentido, este texto trata da importância da retomada dos *tekoha* para a promoção/produção de saúde.

Como apresentaremos, o processo de retomada esbarra em diversos empecilhos: a violência contra os indígenas promovida por fazendeiros, pistoleiros, seguranças privados e policiais é um exemplo, combinada com a morosidade na demarcação das Terras Indígenas e a ausência e/ou limitada atuação do Estado na garantia de políticas públicas de saúde. Essa conjuntura compõe a postura histórica do poder estatal diante das demandas indígenas e os conflitos de interesses, especialmente econômico, que o constitui.

A Constituição Federal de 1988 estipulou o prazo de cinco (5) anos para a demarcação das terras indígenas. É evidente que o prazo não foi cumprido, fazendo com que os povos, para reocupar seus territórios, tenham que enfrentar a violência armada do latifúndio e do próprio Estado. Como se não bastasse, quando os povos retomam as terras ficam desassistidos pelas políticas públicas sob a prerrogativa de que são áreas em litígio e a assistência seria limitada aos territórios institucionalmente reconhecidos.

O Mato Grosso do Sul (MS) possui a terceira maior população indígena do país (Brasil, 2022). De acordo com o Censo de 2022, são 116.344 pessoas¹ e cerca de 11 etnias (Chamorro & Combés, 2015), das quais 60% habitam em territórios que não são demarcados oficialmente pelo Estado brasileiro (Brasil, 2022). Historicamente, os Kaiowá e Guarani sofreram esbulho de seus territórios ancestrais. A partir de 1910, com a política de liberação das terras para a colonização imposta pelo Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN), os Kaiowá e Guarani foram forçadamente removidos para pequenas Reservas Indígenas (Cavalcante, 2013). O confinamento nas reservas gerou a desestruturação das parentelas (Pereira, 2016), e dificultou o acesso a alimentos, caça, pesca e água potável (Brasil, 2017). Além disso, o contato com os não indígenas e as crescentes disputas pela terra com fazendeiros, sobretudo a partir da década de 1940, resultaram no aumento da violência por meio de ameaças e mortes de indígenas em diversos locais do estado.

A intensificação dos conflitos tem nova escalada na década de 1970, durante o período militar e no contexto da chamada “Revolução Verde”, quando a soja e o milho se tornam atividade extrativista-monocultura principal na região habitada ancestralmente pelos Kaiowá e Guarani. Essa incidência resulta na ampliação devastadora da vegetação nativa, remoção de indígenas das áreas tradicionais ainda ocupadas e a exploração das terras através da mecanização das atividades agrícolas e utilização massiva de agrotóxicos.

É também nesse período que os Kaiowá e Guarani passam a se organizar através da Aty Guasu, promovendo encontros de lideranças para debater estratégias de resistir ao avanço do esbulho protagonizado pelo agronegócio em articulação com o Estado. A resistência indígena é

¹ Fonte: Dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022. Informativo para a imprensa - Mato Grosso do Sul.

combatida com mais violência, inclusive letal, tais como as que vitimaram lideranças dos territórios estudados: Nísio Gomes (Guaiviry), Xurite e Ortiz Lopes (Kurusu Ambá), Genivaldo e Rolindo Vera (Ypo'i), Semião Vilhalva (Ñande Ru Marangatu), e os atropelamento criminosos em Apyka'i. Esses assassinatos ocorrem já nos anos 2000, período em que o estado sul-matogrossense liderou o *ranking* de letalidade indígena no país, concentrando 39,4% das ocorrências entre 2003 e 2019, com saldo de 539 pessoas executadas do total de 1.367 (Santos et al., 2021).

O histórico de expropriação e expulsão dos Kaiowá e Guarani de seus territórios resultou em agravos à saúde e mortes também em decorrência de suicídio, configurando 894 casos entre 2000 e 2019. Nesse contexto, como forma de enfrentamento à realidade de genocídio, cresceram substancialmente as iniciativas indígenas para retomar seus territórios originários, movimento iniciado ainda na década de 1970 (Benites, 2014). Desse modo, entendemos que as retomadas são movimentos políticos de autodeterminação comunitária que se legitimam na necessidade dos indígenas de habitarem seus territórios ancestrais, vistos como fontes de vida e de alimento, conforme expressa sua cosmologia e ideal de bem viver (*teko porã*) e, conseqüentemente, de saúde.

É a partir do diálogo com os Kaiowá e Guarani, que passamos a entender a relação indissociável da saúde indígena com a terra, sendo esta indicada como fonte de saúde por eles (Aty Guasu, 2012; Faria & Martins, 2023). Essa consideração caminha próxima da afirmação de que “para os povos indígenas, a saúde está intimamente relacionada com a terra e o equilíbrio da natureza”, sendo que “fatores determinantes da saúde indígena estão relacionados à garantia de sua plena cidadania, com autonomia, posse territorial, uso exclusivo dos recursos naturais e integridade dos ecossistemas específicos” (Altini et al., 2013, p. 4).

A cosmologia Kaiowá e Guarani apresenta a terra como elemento de constituição do modo de ser [*teko*], tendo o lugar [*ha*] como complemento substancial para o exercício das práticas e relações que organizam a vida coletiva, na mediação entre os patamares sociais e celestes, sintetizados pela compreensão originária do *tekoha* (Mèlia, 1990; Pereira, 2016). Dentre as múltiplas composições, o *tekoha* é concebido como espaço sociopolítico, cosmológico, comunitário, de pertencimento e de bem-estar (Mèlia, 1990; Aty Guasu, 2012; Mota, 2012). É na habitação e humanização do *tekoha* que os Kaiowá e Guarani viabilizam, entre outros modos de ser, o *teko porã* (modo bonito/belo de ser), *teko araguayje* (modo sagrado), e *teko joja* (modo harmonioso/recíproco) (Pereira, 2016; Benites, 2021).

CONTEXTO DA PESQUISA E METODOLOGIA

O estudo analisa dados qualitativos e quantitativos sobre soberania e segurança alimentar e nutricional entre os povos Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul que residem em áreas de retomada. A pesquisa teve como objetivo a atualização e ampliação dos dados produzidos em estudo anterior conduzido em três territórios: Guaiviry, Ypo'i e Kurusu Ambá, (Franceschini, 2013). As áreas de retomada Apyka'i e Ñande Ru Marangatu foram incluídas por solicitação da Comissão Interamericana de Direitos Humanos, já que os dados da situação seriam atualizados e estas duas retomadas também serem consideradas emblemáticas. A FIAN Brasil, a FIAN Internacional e a Justiça Global, com o apoio do CIMI e da Aty Guasu, são organizações que lutam pelos direitos dos povos Kaiowá e Guarani dentro e fora do Brasil e, assim, solicitaram que esta pesquisa fosse realizada nestas áreas de retomada, para que fossem levantados dados sólidos e atuais para anexarem a processos judiciais e fortalecer, deste modo, o acesso Kaiowá e Guarani à direitos fundamentais como alimentação e nutrição adequadas, território, saúde e educação (Luz et al., 2023).

Assim, as cinco áreas de retomada abordadas neste estudo são consideradas emblemáticas por fazerem parte dessa conjuntura de luta pela terra e pela saúde diante da falta de providências demarcatórias de responsabilidade do Estado.

O tekoha de Guaiviry é ocupado tradicionalmente pelos Kaiowá, tendo o registro do primeiro contato com os não-indígenas e expulsão em 1905, sucedida por outro registro em 1952, no contexto dos esbulhos promovido pela política de colonização de Getúlio Vargas (Ferreira, 2015). As tentativas de retomada do território ocorreram em 2004 e 2006, ambas sem conseguir a permanência. Em 2011 ocorreu a retomada que definiu a ocupação atual, marcada pelo brutal assassinato do ñanderu (rezador) Nísio Gomes e ferimento do jovem Jonathan Velasques Gomes (Franceschini, 2016). O corpo de Nísio jamais foi encontrado, configurando uma dimensão perversa da violência que limita o processo de elaboração do luto. Importante notar que, neste período entre retomadas e tentativas de retomada, a circulação e presença dos Kaiowá e Guarani em Guaiviry se manteve por meio de outros modos de ocupação e circulação no território.

A comunidade de Guaiviry, composta no momento da pesquisa por 52 famílias, permanece ocupando o tekoha, tendo realizado a ampliação da retomada em 2015. Apesar do estudo para demarcação ter sido concluído em 2013, ainda não houve procedimento definitivo, o que expõe os indígenas à continuidade das violências, tais como os disparos de arma de fogo efetuados constantemente em direção à retomada, ataques químicos com agrotóxicos e mortes pela precarização das condições de vida, como o falecimento da criança Berli, de apenas 8 anos, atropelada no dia 21 de abril de 2022 quando buscava comida (Luz et al., 2023).

A luta pela retomada do tekoha de Kurusu Ambá (município de Coronel Sapucaia) remonta a 2007. Após a primeira tentativa, a comunidade

sofreu uma violenta investida de fazendeiros e pistoleiros que resultou no assassinato de Xurite Lopes, uma rezadora anciã, e no ferimento de um jovem. A luta local é marcada por criminalização e perseguição dos envolvidos. Outra liderança, Ortiz Lopes, chegou a ser executada como retaliação.

Em 2014 e 2015, a comunidade conseguiu retomar parte das fazendas, mas enfrentou ataques e dificuldades, incluindo a morte de crianças por desnutrição e falta de atendimento. A vulnerabilidade foi vivenciada fatalmente por Jadson Lopes, de apenas 1 ano e 6 meses, que faleceu em janeiro de 2016 sob alegação de não autorização do órgão responsável pela oferta do serviço de saúde em adentrar a área, característica da omissão do Estado nos territórios em litígio. No mesmo ano, após a visita da relatora sobre os direitos dos povos indígenas da Organização das Nações Unidas (ONU), jagunços a cavalo e em camionetes destruíram e queimaram casas.

O tekoha de Ypo'i (município de Paranhos) foi retomado pelos indígenas em 2009, seguido por um brutal ataque de fazendeiros que resultou na morte dos professores Rolindo e Genivaldo Vera. A comunidade foi expulsa por meio de despejo ilegal. Em 17 de agosto de 2010, o território foi novamente retomado. Os moradores passaram a sobreviver cercados, sob fortes tensões e ameaças. Pela impossibilidade de locomoção, crianças, mulheres e idosos encontravam-se em situação de fome, pois ficaram aproximadamente 100 dias sob cerco. Os moradores decidiram avançar a retomada em 2015, persistindo até os dias atuais. No primeiro semestre de 2023, foi anunciada pelo governo federal a intenção de enviar ao Ministério da Justiça e Segurança Pública o relatório de demarcação da Terra Indígena Ypo'i-Triunfo, com 19,7 mil hectares. Porém, até a publicação do relatório no final de 2023, o anúncio não foi cumprido.

Ñande Ru Marangatu (município de Antônio João), também na região fronteira com o Paraguai, significa algo próximo a “Nosso Pai Divino”. Faz referência ao morro (Cerro Marangatu), localizado no tekoha, compreendido como lugar sagrado e epicentro religioso do grande território Kaiowá e Guarani. No dia 25 de novembro de 1983, foi assassinado em Campestre, uma das subdivisões do tekoha, o líder guarani Marçal de Souza (Tupã’i). A execução de Marçal ocorreu na porta de sua casa, três anos após seu célebre discurso ao papa João Paulo 2º representando a União das Nações Indígenas (UNI). Nesse contexto ocorre a expulsão que culmina nos atuais conflitos e nas condições então denunciadas por Marçal e outras lideranças.

Em 2005, após uma ação de retomada, a comunidade foi brutalmente atacada e despejada pelo Estado, o que resultou na morte de Dorvalino Rocha. Há registro de, pelo menos, outros quatro assassinatos desde os anos 1950. O mais recente foi o de Simeão Vilhalva, em 2015, quando foi decretada a Garantia da Lei e da Ordem (GLO), militarizando a região. Em 2002 a área foi declarada indígena, mas recursos dos fazendeiros paralisaram os procedimentos de efetivação da posse da terra aos indígenas.

Durante o período da pesquisa, o tekoha de Apyka’i (Dourados) encontrava-se em situação de acampamento por ter sido despejado em 2016 da área retomada para as margens da BR-463, onde Damiana Cavanha, ñandesy [rezadora] e liderança histórica, resistiu até o fim de sua vida, no dia 07 de novembro de 2023. Damiana e sua parentela iniciaram a reivindicação do território no início da década de 1990, erguendo acampamento no ano de 1999. Logo nos primeiros anos da década seguinte, entre 2003 e 2004, ocorreu a primeira retomada do território de Apyka’i, movimento que foi respondido com ameaças, ataques e expulsão das famílias para a beira da rodovia.

Ao todo, houve sete ocorrências de remoções forçadas da parentela de Damiana, alguns efetivados de forma ilegal à mando dos fazendeiros e outros pelo próprio Estado brasileiro. Nesse processo, 11 pessoas faleceram no local, entre crianças, adultos e idosos. As mortes incluem contaminação por agrotóxicos através de ataques químicos dos fazendeiros, como no caso da anciã Alzira Melita, de 90 anos, assim como atropelamentos criminosos – caso de Gabriel Lopes, assassinado por um caminhão bitrem carregado de cana de açúcar produzida em fazenda sobreposta a Apyka’i – e assassinatos por armas de fogo de pistoleiros e seguranças privados. Após a morte de Damiana, que no momento da pesquisa era a única moradora da área, o acampamento de Apyka’i foi desmontado.

Dado o cenário de violência apresentado acima, a pesquisa foi realizada com a participação de 17 entrevistadores indígenas que participaram da pesquisa desde a fase de validação do instrumento de coleta de dados até a coleta de campo, entre janeiro e abril de 2023. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de etnografia colaborativa com observação participante e registro de imagens, história oral e narrativas de interlocutores chave. A pesquisa qualitativa incluiu informações sobre o cultivo e uso de plantas medicinais, presença ou não da estrutura de Unidade Básica de Saúde (UBS) e de equipes de saúde da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) nos territórios.

Os pesquisadores indígenas receberam formação para aplicar um questionário com o auxílio de um aplicativo de celular criado pela Rede PENSSAN para esta pesquisa. Após a coleta, os dados foram organizados em tabelas descritivas e discutidos com todos os pesquisadores indígenas para a validação dos resultados encontrados, qualificação do instrumento de coleta para pesquisas futuras e ampliação da compreensão sobre os desafios da pesquisa e da realidade de cada local. Para este capítulo, serão

analisados apenas os dados quantitativos referentes aos módulos saúde e doença do questionário que contém informações sobre: autopercepção de saúde e percepção de melhora da saúde ao retomar a vida no território; doenças autorreferidas; tratamentos de doenças; internação nos últimos 12 meses; uso de medicamentos ou plantas medicinais; exposição e/ou doença causada por agrotóxicos.

A pesquisa abrangeu 480 domicílios por meio de entrevista com uma pessoa responsável ou de referência pela casa, desde que maior de 14 anos. Foram incluídos 100% dos domicílios dos territórios de Guaiviry (52), Ypo'i (98), Kurusu Ambá (100) e Apyka'i (1 família). A coleta de dados no território Ñanderu Marangatu, pela grande extensão, foi realizada a partir de uma amostra aleatória de 229 (44,6%) de um total de 516 domicílios, distribuída espacialmente por todas as 9 subáreas do território.

Quadro 1. Territórios, municípios, número de famílias levantadas pelas próprias comunidades e número de famílias pesquisadas. Mato Grosso do Sul, 2023.

Território	Município	Nº de famílias	Nº de famílias pesquisadas
Kurusu Ambá	Coronel Sapucaia	100*	100
Ypo'i	Paranhos	98	98
Guaiviry	Aral Moreira	52	52
Ñanderu Marangatu	Antônio João	516**	229
Apyka'i	Dourados	1	1
Total		770	480

* Kurusu Ambá é dividido em três acampamentos: Acampamento 1: 17 famílias; Acampamento 2: 44 famílias; e Acampamento 3: 39 famílias.

** Ñanderu Marangatu é dividido em 9 subáreas: 1. Campestre; 2. Cedro; 3. Marangatu; 4. Soberania; 5. Casa Branca; 6. Piriqui; 7. Primavera; 8. Fronteira; e 9. Itaquiraí.

Em todos os territórios estudados o atendimento das equipes de saúde não é permanente. No caso de Guaiviry, por exemplo, a equipe de enfermagem visitava a comunidade apenas uma vez por semana,

enquanto profissionais da medicina e nutrição realizavam a visita uma vez ao mês. A entrega de medicamentos e a pesagem das crianças menores de cinco anos ficava a cargo da Agente Indígena de Saúde (AIS). No caso de território Apyka'i, às margens da BR-463, a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) da Sesai fazia visita apenas uma vez ao mês à família de dona Damiana, que era apenas uma família no momento da coleta dos dados. A equipe volante da Sesai dividia este atendimento a outros 12 territórios de retomada ou acampamento ao longo do mês, no Polo Base de Dourados (Vicente et al., 2022). Em Ñande Ru Marangatu, uma única UBS atende as 516 famílias, a maioria distantes da unidade, com difícil acesso, ficando também a cargo de sete AIS as pesagens, entrega de medicamentos e demais serviços.

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 27/12/2022, com parecer de número 5.837.0075 e CAAE: 61729422.4.0000.5160.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 revela que quase 80,0% dos entrevistados autodeclararam sua saúde como sendo boa ou muito boa e que retomar o tekoha melhorou a condição de saúde. Nos cinco territórios estudados, as comunidades estão assentadas há aproximadamente 10 anos, o que demonstra que o tempo vivendo no tekoha pode indicar a conquista de condições melhores de saúde, quando comparado com os resultados da pesquisa de 2013 (Franceschini, 2016), que mostrou que o acesso a políticas públicas era muito restrito, assim como a fome e a insegurança alimentar eram exorbitantes². Desse modo, na pesquisa atual, verificou-se que a percepção de melhora na saúde pode estar relacionada à possibilidade de produção de roça e retomada dos

² Ver pesquisa no link: <https://fianbrasil.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Fian-Portugues-WEB-Single-Pages-Small.pdf>

modos de ser e viver, reorganizando sociocologicamente as parentelas (Luz *et al.*, 2023). A maioria das pessoas entrevistadas vieram de contextos de reservas indígenas (38,3%), o que confirma que voltar para o *tekoha*, saindo do confinamento e da superlotação das reservas - onde não há espaço para plantio e exercício das práticas tradicionais - passa a promover saúde e reaproximar com a cosmopolítica e as divindades Kaiowá e Guarani.

Tabela 1. Caracterização dos domicílios em relação à saúde autorreferida e percepção sobre a condição de saúde ao retomar o *tekoha*, nas cinco áreas de retomada Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul, 2023.

Variáveis	Territórios					
	Guaiviry	Kurusu Ambá	Ypo'ĩ	Ñande Ru Marangatu	Apyka'ĩ	Total
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Saúde autorreferida						
Boa ou muito boa	42 (80,8)	70 (70,0)	57 (58,2)	208 (90,8)	1 (100,0)	378 (78,8)
Regular	9 (17,3)	29 (29,0)	38 (38,8)	20 (8,7)	0 (0,0)	96 (20,0)
Ruim ou muito ruim	1 (1,9)	1 (1,0)	3 (3,1)	1 (0,4)	0 (0,0)	6 (1,3)
Total	52 (100,0)	100 (100,0)	98 (100,0)	229 (100,0)	1 (100,0)	480 (100,0)
Retomar <i>tekoha</i> mudou condição de saúde						
Melhorou	49 (94,2)	89 (89,0)	65 (66,3)	178 (77,7)	0 (0,0)	381 (79,4)
Sem mudanças	0 (0,0)	7 (7,0)	31 (31,6)	40 (17,5)	0 (0,0)	78 (16,3)
Piorou	1 (1,9)	1 (1,0)	1 (1,0)	8 (3,5)	0 (0,0)	11 (2,3)
NS/NR	2 (3,8)	3 (3,0)	0 (0,0)	3 (1,3)	0 (0,0)	8 (1,7)
Não mora em retomada	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	2 (0,4)
Total	52 (100,0)	100 (100,0)	98 (100,0)	229 (100,0)	1 (100,0)	480 (100,0)

Em quatro, dos cinco territórios estudados, os entrevistados foram enfáticos em afirmar que estão expostos aos agrotóxicos cotidianamente (Tabela 2). O agrotóxico é lançado sobre as lavouras de soja e milho localizadas no entorno das retomadas, já que esses locais eram ou ainda são fazendas produtoras de grãos através de monoculturas. Os pesticidas contaminam as fontes de água, como nascentes e rios,

além do ar e das moradias das famílias, que são capazes de descrever sensorialmente, com detalhes, qual o gosto e o cheiro do agrotóxico, como relatado por uma das pesquisadoras indígenas de Guaiviry. No trabalho de campo, em Ñande Ru Marangatu, na subárea de Casa Branca, os moradores nos mostraram os galões de agrotóxicos descartados ilegalmente às margens da rodovia e utilizados pela comunidade como recipiente para captação de água do rio quando da insuficiência da água armazenada nas caixas abastecidas pelo caminhão pipa.

Tabela 2. Caracterização da exposição e adoecimento por contato com agrotóxico, nas cinco áreas de retomada Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul, 2023.

Variáveis	Territórios					
	Guaiviry	Kurusu Ambá	Ypo'i	Ñande Ru Marangatu	Apyka'i	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Morador exposto à veneno da lavoura*						
Não	24 (46,2)	36 (36,0)	71 (72,4)	216 (94,3)	1 (100,0)	348 (72,5)
Sim	27 (51,9)	64 (64,0)	27 (27,6)	10 (4,4)	0 (0,0)	128 (26,7)
NS/NR	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (1,3)	0 (0,0)	4 (0,8)
Total	52 (100,0)	100 (100,0)	98 (100,0)	229 (100,0)	1 (100,0)	480 (100,0)
Se sim, doenças por contato com veneno lavoura*						
Sim	26 (96,3)	58 (90,6)	19 (70,4)	2 (18,2)	0 (0,0)	105 (81,4)
Não	1 (3,7)	6 (9,4)	8 (29,6)	9 (81,8)	0 (0,0)	24 (18,6)
Total	27 (100,0)	64 (100,0)	27 (100,0)	11 (100,0)	0 (0,0)	129 (100,0)

Legenda: * Dados referentes aos últimos 12 meses antecedentes à entrevista.

Das 128 pessoas expostas diretamente a agrotóxicos nos últimos 12 meses antecedentes à pesquisa, 81,4% identificaram apresentar sintomas/doenças por contato com o veneno da lavoura (Tabela 2). Nesse sentido, ao perguntarmos acerca de tratamento de doenças no ano anterior à pesquisa, sintomas como dor de cabeça (16,0%), feridas na pele (8,3%) e vômitos (7,9%) foram citados (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização das doenças, tratamentos de saúde e uso de medicamentos nas cinco áreas de retomada Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul, 2023.

Variáveis	Territórios					
	Guaiviry	Kurusu Ambá	Ypo'i	Ñande Ru Marangatu	Apyka'i	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tratamentos de saúde*						
Nenhum	30 (57,7)	53 (53,0)	77 (78,6)	129 (56,3)	0 (0,0)	289 (60,2)
Dor de cabeça	14 (26,9)	23 (23,0)	1 (1,0)	39 (17,0)	0 (0,0)	77 (16,0)
Pressão alta	4 (7,7)	10 (10,0)	11 (11,2)	47 (20,5)	1 (100,0)	73 (15,2)
Gripe/tosse	2 (3,8)	38 (38,0)	2 (2,0)	22 (9,6)	0 (0,0)	64 (13,3)
Ferida na pele	0 (0,0)	22 (22,0)	2 (2,0)	16 (7,0)	0 (0,0)	40 (8,3)
Vômito	0 (0,0)	20 (20,0)	0 (0,0)	18 (7,9)	0 (0,0)	38 (7,9)
Diarréia (xiri)	0 (0,0)	22 (22,0)	0 (0,0)	15 (6,6)	0 (0,0)	37 (7,7)
Diabetes (açúcar no sangue)	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	17 (7,4)	0 (0,0)	18 (3,8)
Pneumonia	0 (0,0)	13 (13,0)	0 (0,0)	2 (0,9)	0 (0,0)	15 (3,1)
Outros	0 (0,0)	3 (3,0)	5 (5,1)	4 (1,7)	0 (0,0)	12 (2,5)
Asma (chiado no peito)	0 (0,0)	6 (6,0)	2 (2,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	9 (1,9)
Covid-19	1 (1,9)	1 (1,0)	0 (0,0)	7 (3,1)	0 (0,0)	9 (1,9)
Doença fruto de feitiço	1 (1,9)	2 (2,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	4 (0,8)
Desnutrição	0 (0,0)	3 (3,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	4 (0,8)
Doença do coração	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,4)
Tuberculose	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,4)
Usa medicação de uso contínuo						
Não	9 (17,3)	53 (53,0)	57 (58,2)	111 (48,5)	0 (0,0)	230 (47,9)
Sim, só remédios de “caixinha” (ou injeção)	37 (71,2)	8 (8,0)	34 (34,7)	30 (13,1)	0 (0,0)	109 (22,7)
Sim, ervas	3 (5,8)	3 (3,0)	5 (5,1)	62 (27,1)	0 (0,0)	73 (15,2)
Sim, remédios e ervas	3 (5,8)	36 (36,0)	2 (2,0)	21 (9,2)	1 (100,0)	63 (13,1)
NS/NR	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (2,2)	0 (0,0)	5 (1,0)
Total	52 (100,0)	100 (100,0)	98 (100,0)	229 (100,0)	1 (100,0)	480 (100,0)
Se sim, para que problema/doença						
Pressão alta	4 (7,7)	13 (13,0)	8 (8,2)	64 (27,9)	1 (100,0)	90 (18,8)
Anticoncepcional	16 (30,8)	10 (10,0)	28 (28,6)	22 (9,6)	0 (0,0)	76 (15,8)
	22 (42,3)	23 (23,0)	5 (5,1)	20 (8,7)	0 (0,0)	70 (14,6)

Diabetes (açúcar no sangue)	1(1,9)	0(0,0)	0(0,0)	40(17,5)	0(0,0)	41(8,5)
Doença do coração	0(0,0)	5(5,0)	0(0,0)	19(8,3)	0(0,0)	24(5,0)
Reumatismo ou doença dos ossos	0(0,0)	7(7,0)	1(1,0)	2(0,9)	0(0,0)	10(2,1)
Anemia	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	7(3,1)	0(0,0)	7(1,5)
Sofrimento mental/ depressão	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(1,3)	0(0,0)	3(0,6)
Medicação contra feitiço	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,2)
HIV/AIDS	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,4)	0(0,0)	1(0,2)
Algum morador internado *						
Não	46(88,5)	89(89,0)	91(92,9)	179(78,2)	1(100,0)	406(84,6)
Sim	6(11,5)	11(11,0)	6(6,1)	50(21,8)	0(0,0)	73(15,2)
NS/NR	0(0,0)	0(0,0)	1(1,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,2)
Total	52(100,0)	100(100,0)	98(100,0)	229(100,0)	1(100,0)	480(100,0)

Legenda: NS/NR: Não Sabe ou Não Respondeu; *Dados referentes aos últimos 12 meses antecedentes à entrevista.

Outro tratamento de saúde nos últimos 12 meses, citado por 73 pessoas (15,2%) foi a hipertensão arterial, seguida de gripe/tosse (13,3%) e diarreia (7,7%). Diabetes foi referida como tratamento em 3,8% dos/as entrevistados/as. Quando questionados sobre a utilização de medicamentos de uso contínuo, a pressão alta apareceu com uma frequência maior (para 18,8%; 90 pessoas), bem como o diabetes (8,5%; 41 pessoas). Medicamentos para tratar doença do coração foi referido por 5,0% (24) das pessoas entrevistadas.

A literatura acerca da prevalência de doenças crônicas entre povos indígenas é escassa; entretanto, o primeiro e único Inquérito de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado entre 2008-2009 já demonstrava uma preocupação em relação a estas doenças entre as mulheres. Na ocasião, das 6.692 mulheres em idade fértil entrevistadas, 1,4% apresentaram valores de glicemia sugestivos de diabetes mellitus (Coimbra Junior *et al.*, 2013).

Em pesquisa realizada com povos Guarani, Kaiowá e Terena da Reserva Indígena de Dourados-MS, dados similares a presente pesquisa

foram encontrados: das 385 mulheres avaliadas, 7,0% apresentaram glicemia capilar casual alterada sugestiva de diabetes mellitus (Freitas et al., 2016). Em relação à hipertensão arterial, na mesma pesquisa, 37,7% das mulheres entrevistadas apresentaram pressão arterial superior à pressão sistólica $\geq 140\text{mmHg}$ e/ou pressão diastólica $\geq 90\text{mmHg}$. Tanto a pesquisa de Freitas, Souza e Lima (2016) como a nossa não realizaram diagnósticos de hipertensão arterial, entretanto, os dados levantados indicam que há alta prevalência da hipertensão nas comunidades indígenas do MS.

Diversos estudos relacionam o diabetes e a hipertensão arterial, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis aos processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais sofridas pelos povos indígenas ao longo dos séculos (Coimbra Junior et al., 2003), sobretudo, comportamentais, em relação a alterações na sua forma de subsistência, consumo de alimentos ultraprocessados (Leite, 2012).

No caso das retomadas estudadas, especificamente, as principais fontes de alimentos são as roças, cestas básicas de alimentos e alguns alimentos comprados em mercados. A distância das áreas de retomada das cidades faz com que a base da alimentação dos indígenas seja o arroz e feijão, provenientes, majoritariamente, das cestas básicas recebidas por mais de 84,0% das famílias estudadas (Luz et al., 2023).

Tabela 4. Caracterização dos domicílios em relação ao cultivo de plantas medicinais e produção de medicamentos tradicionais nas cinco áreas de retomada Kaiowá e Guarani no Mato Grosso do Sul, 2023.

Variáveis	Territórios					
	Guaiviry	Kurusu Ambá	Ypo'i	Ñande Ru Marangatu	Apyka'i	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cultiva plantas medicinais						
Sim	42 (80,8)	66 (66,0)	34 (34,7)	124 (54,1)	1 (100,0)	267 (55,6)
Não	10 (19,2)	34 (34,0)	63 (64,3)	105 (45,9)	0 (0,0)	212 (44,2)
NS/NR	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,2)
Total	52 (100,0)	100 (100,0)	98 (100,0)	229 (100,0)	1 (100,0)	480 (100,0)
Faz remédios com plantas medicinais						
Sim	48 (92,3)	51 (51,0)	87 (88,8)	185 (80,8)	1 (100,0)	372 (77,5)
Não	4 (7,7)	49 (49,0)	11 (11,2)	43 (18,8)	0 (0,0)	107 (22,3)
NS/NR	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,2)
Total	52 (100,0)	100 (100,0)	98 (100,0)	229 (100,0)	1 (100,0)	480 (100,0)

Retornar ao tekoha também permite retomar a autonomia nos modos de produzir autocuidado pessoal e comunitário. Do total de famílias entrevistadas, mais da metade (55,6%) cultiva plantas medicinais e 77,5% fazem remédio com as plantas encontradas dentro ou fora dos territórios (Tabela 4). O uso de plantas medicinais para prevenção e tratamento de doenças entre os povos indígenas são práticas que dependem do espaço para coleta, plantio e de reprodução do modo de vida. As ervas, folhas, raízes, tubérculos e outras matérias orgânicas sozinhas, são usadas em tratamento em 15,2% dos/as entrevistados/as, ou associadas aos “remédios de caixinha” (medicamentos) em 13,1% (Tabela 3). O plantio e a produção de remédios à base de plantas nos tekoha demonstra a autonomia dos povos Kaiowá e Guarani na manutenção de práticas de saúde tradicionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como apresentamos, as famílias envolvidas nos movimentos de retomada vivenciam a situação paradoxal de percepção da melhora da saúde a partir da recuperação do *tekoha*, apesar de permanecerem expostas às violentas investidas dos fazendeiros e sujeitas às omissões e ofensivas estatais, as quais fragilizam suas condições de vida. A retomada do território tradicional e saída da situação de confinamento, voltando a ter espaço para plantar e exercer os seus modos de vida e cuidado, são capazes de produzir a melhora da saúde. Os dados (quantitativos e qualitativos) da pesquisa apontam que o território é fator considerado determinante para saúde Kaiowá e Guarani, corroborando o entendimento de que a ocupação do *tekoha* e a produção de saúde são indissociáveis para esses povos (Pereira, 2016; Benites, 2021; Faria & Martins, 2023). No caso dos territórios estudados, é expressiva a autopercepção da melhoria da qualidade da saúde a partir da retomada do *tekoha*.

Nesse mesmo sentido, a percepção da saúde pelos Kaiowá e Guarani encontra obstáculo nas imposições colonialistas que incidem em seus corpos e territórios de várias maneiras, por exemplo, através da exposição aos agrotóxicos, impedimento de acesso às fontes de água e a limitação do cultivo de alimentos e plantas medicinais. Esses são elementos que impõe uma grave situação de saúde aos Kaiowá e Guarani que se soma às ameaças, violações e violências por parte dos fazendeiros, à precária oferta de serviços de saúde nos territórios e à morosidade na demarcação das Terras Indígenas por parte do Estado.

A possibilidade de promoção da qualidade de vida e da saúde, como apontam as organizações indígenas em consonância com os dados e interlocução desta pesquisa, reside na garantia da ocupação e permanência das comunidades indígenas em seus territórios originários. A experiência sociocosmológica do *tekoha* viabiliza a produção autodeterminada das

práticas tradicionais de cuidado e reprodução dos modos próprios de vida Kaiowá e Guarani, compondo caminhos de reparação para os adoecimentos e agravos à saúde gerados pelas incidências colonialistas sobre os corpos e os territórios. Para tanto, é necessário o reconhecimento dos territórios originários e de seus elementos constituintes como produtores de saúde. Sem isso, ainda permanecerão, cruel e criminosamente, as mazelas historicamente vivenciadas pelos Kaiowá e Guarani.

REFERÊNCIAS

- Altini, E., Rodrigues, G., Padilha, L., Moraes, P. D., & Liebgott, R. B. (2013). A política de atenção à saúde indígena no Brasil: breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Brasília, DF: CIMI.
- Aty Guasu. (2012) A vida mísera dos povos Guarani-Kaiowá despejados dos seus territórios antigos: despejo não. Rio Brillhante (MS), 31 jan. 2012. Disponível em: <http://atyguasu.blogspot.com/2012/01/a-vida-miserada-dos-povos-guarani-kaiowa.html>. Acesso em: 08 abr. 2020.
- Benites, T. (2014). Rojerokyhina ha roikejevytekohape (Rezando e lutando): o movimento histórico dos AtyGuasu dos Ava Kaiowa e dos Ava Guarani pela recuperação de seus tekoha (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.
- Benites, E. A busca do teko araguayje (jeito sagrado de ser) nas retomadas Territoriais Guarani e Kaiowá. 2021. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2021.
- Brand, A. (2004). Os complexos caminhos da luta pela terra entre os Kaiowá e Guarani no MS. Revista Tellus, 4(6), 137-150.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2019). Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: Relatório de Situação - Mato Grosso do Sul. Brasília-DF. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_relatorio_MS_4_ed.pdf
- Brasil. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. (2017). Tekoha: Direitos dos povos Guarani e Kaiowá: visita do Consea ao Mato Grosso do Sul. Brasília: [s.n.], 126 p. BRASIL.
- Cavalcante, T. L.V. (2013). Colonialismo, Território e Territorialidade: a luta pela terra dos Guarani e Kaiowa em Mato Grosso do Sul. Tese (Doutorado em História) – UNESP, Assis-SP.
- Chamorro, G., & Combés, I. (2015). Povos indígenas em Mato Grosso do Sul: história, cultura e transformações sociais. Dourados: Editora UFGD.
- Coimbra Junior, C. E.; Santos, R. V.; Escobar, A. L. (2003). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, ABRASCO. E-book (259 p.).

- Coimbra Junior, C. E., Santos, R. V., Welch, J. R., Cardoso, A. M., de Souza, M. C., Garnelo, L., & Horta, B. L. (2013). The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*, 13, 1-19.
- Faria, L. L., & Martins, C. P. (2023). "Terra é Vida, Despejo é Morte": Saúde e Luta Kaiowá e Guarani. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 43, e245337, 1-17.
- Franceschini, T. (2016). O Direito Humano à Alimentação Adequada e à Nutrição do povo Guarani e Kaiowá: um enfoque holístico – Resumo Executivo / Thaís Franceschini – Brasília: FIAN Brasil, 87 p.
- Freitas, G. A. D., Souza, M. C. C. D., & Lima, R. D. C. (2016). Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 32.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2022). *O Brasil indígena: uma nova foto da população indígena*. Acesso em: 18 out. 2023. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/064782af14b576fd33c7557bdfaf720c.pdf
- Leite, M. S. (2017). Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre importância e a situação atual. In: Garnelo L, Ponte AL, organizadores. *Saúde Indígena: Uma Introdução ao Tema*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão/ Unesco. p. 157-183.
- Martins, C. P. (2014). "Nada sobre nós sem nós": aprendizados a partir do apoio na articulação entre o HumanizaSUS e a Saúde Indígena. In: R. Pineiro et al. (org.), *Experiênci(ações) e práticas de apoio no SUS: Integralidade, áreas programáticas e democracia institucional*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Melià, B. (1990). A terra sem mal dos Guarani. *Revista de Antropologia*, 33, 33-46.
- Mota, J. G. B. (2012). Movimento étnico-socioterritorial Guarani e Kaiowá no estado de Mato Grosso do Sul: disputas territoriais nas retomadas pelo Tekoha-Tekoharã. *Revista NERA*, 15(21), 114-134.
- Pereira, L. M. (2016). Os Kaiowá em Mato Grosso do Sul: módulos organizacionais e humanização do espaço habitado. / Levi Marques Pereira. – Dourados, MS: Ed. UFGD. 127p.
- Pontes, A. L. M., Machado, F. R. S., Santos, R. V., & Gomes de Brito, C. R. (2019). Diálogos entre indigenismo e Reforma Sanitária: bases discursivas da criação do subsistema de saúde indígena. *Saúde em Debate*, 43(8), 146-159. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S811>.
- Silveira, N. H. (2022). Considerações sobre saúde indígena no Brasil a partir de alguns estudos antropológicos fundadores. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 17(1), e20210003. doi: 10.1590/2178-2547-BGOELDI-2021-0003.
- Vicente, R. D. M., Moreira, N. F., Moreira, C. C., Simonelli, C. G., & Luz, V. G. (2022). Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, e00110321.

RECONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DE MATO GROSSO DO SUL, BRASIL

Daniel Scopel
Raquel Dias-Scopel

INTRODUÇÃO

Consoante com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) reconhece que a participação social é fundamental para o sucesso do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e institui instâncias colegiadas para seu exercício. Desse modo, é principalmente através dos conselhos locais, conselhos distritais e das conferências nacionais de saúde indígena que se realiza o *controle social* na saúde indígena (Brasil, 2002).

Desde a proposição da PNASPI, diversas barreiras têm se imposto à participação social indígena. Na última década, por exemplo, observou-se expressivo antagonismo político-ideológico em torno do tema, como ressaltou Verдум (2021), com o processo de ruptura política, em 2016, interesses político-econômicos conservadores mostraram-se contrários à ampliação da participação social indígena nos processos decisórios da gestão pública. Com a gestão Bolsonaro, 2019-2022, o desmonte das políticas de participação social indígena recrudescceu por meio de uma agenda política anti-indígena. A partir de 2023, com a gestão Lula, houve

uma mudança radical em relação ao governo anterior, com a proposta de reconstrução das políticas públicas de participação social indígena, inclusive, com a criação do Ministério dos Povos Indígenas.

Este capítulo analisa dados etnográficos sobre a participação social no Conselho Distrital de Saúde Indígena Mato Grosso do Sul (CONDIS-MS). Trata-se de pesquisa etnográfica conduzida desde 2018. Foram realizadas entrevistas em profundidade com conselheiros de saúde indígena, observação participante e análise de documentos. É necessário registrar que Dias-Scopel participa como conselheira no CONDISI-MS desde 2018, indicada para ocupar vaga prevista para representantes de instituições de ensino e pesquisa³.

Estudos etnográficos sobre a participação social nos conselhos de saúde indígena ainda são poucos e concluem que a participação social de conselheiros indígenas encontra uma série de barreiras (Langdon & Garnelo, 2004; Langdon & Cardoso, 2015; Teixeira & Garnelo, 2014; Diehl & Langdon, 2018; Athias, 2004; Dias-Scopel et al., 2021, 2023; Scopel et al., 2015; Scopel & Dias-Scopel, 2021). Sem negar que a participação social na Saúde Indígena apresenta diversas contradições e ambiguidades, este texto busca analisar os conselhos de saúde indígena como espaços legítimos de luta e de protagonismo político. A maior participação social nos espaços colegiados contribui para uma reconfiguração das relações assimétricas de poder entre indígenas e não indígenas de maneira a consolidar os interesses indígenas na melhoria da qualidade dos serviços de atenção e ampliar as estratégias de promoção da saúde para os Povos Indígenas.

3 A pesquisa conta com aprovação no CONEP (CAAE N. 80821424.3.0000.5162)

O CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA FRENTE AO PERMANENTE PROCESSO DE GENOCÍDIO ESTRUTURAL

O SasiSUS foi proposto de modo a adequar as diretrizes do SUS às especificidades do cenário socioepidemiológico vivenciado pelos Povos Indígenas (Brasil, 2002), um cenário que resulta de séculos de colonialismo, de racismo e de exclusão social (Ribeiro, 2000). Para melhor compreender o cenário da atenção à saúde indígena, abordamos a problemática a partir do que denominamos de genocídio estrutural. Por genocídio estrutural, entendemos o permanente processo histórico de exclusão e extermínio, que foi iniciado com o colonialismo de povoamento, mas que continua através de discursos e formações institucionais orientados por uma lógica colonial de eliminação dos povos originários (Wolf, 2006). Ao recuperarmos o conceito de genocídio estrutural, queremos enfatizar que a lógica de eliminação promovida pela sociedade de colonos, como ideologia estruturante do colonialismo de povoamento, promove a naturalização das condições de vulnerabilidade e das mortes provocadas pelas epidemias e pelas diversas formas de violência impostas pela sociedade de colonos (Dias-Scopel *et al.*, 2023).

No Mato Grosso do Sul (MS), atualmente, a população indígena totaliza 116.346 pessoas que fazem parte de oito etnias distintas (IBGE, 2023). A atividade econômica extrativista no MS notoriamente tem produzido acelerado e violento processo de degradação ambiental e conflitos territoriais entre fazendeiros e indígenas (Abrasco, 2024).

O MS é expressivo polo econômico ligado ao agronegócio com cerca de 83% da área do estado ocupada por grandes fazendas (Santos *et al.*, 2021). Questões políticas e econômicas relacionadas aos interesses locais configuram as relações assimétricas de poder entre indígenas e demais setores da sociedade. A violência estrutural contra os Povos Indígenas

no MS possui raiz no conflito permanente com os fazendeiros na disputa pelos territórios tradicionalmente ocupados pelos indígenas. O processo é flagrante, principalmente, em ocupações conhecidas como “retomadas”. As retomadas são territórios indígenas cujo reconhecimento por parte do governo é precário em função de obstáculos legais, morosidade e omissões processuais. A violência armada promovida por fazendeiros é notória nas retomadas (CIMI, 2021, 2022)⁴.

Mesmo nas Terras Indígenas oficialmente reconhecidas, as condições de reprodução biossocial dos Povos Indígenas encontram-se ameaçadas. Algumas terras indígenas oficialmente reconhecidas se tornaram inviáveis aos modos tradicionais de sustento, por serem pequenas e próximas a ambientes degradados ou urbanizados. Nestes casos, serviços públicos como saneamento básico e habitação se tornam prioridade nas pautas de reivindicação indígenas.

A naturalização das situações de vulnerabilidade e da violência estrutural tem implicações diretas sobre a atuação política indígena com reflexo sobre as pautas elencadas pelas lideranças indígenas. Da mesma forma, as assimetrias de poder entre indígenas e demais setores da sociedade regional influem em como se conformam e se legitimam as arenas e as estratégias políticas, inclusive, no âmbito da participação social em saúde.

O PAPEL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE INDÍGENA

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (Brasil, 2002) preconiza a implementação de conselhos de saúde que devem contar com representantes dos usuários indígenas. Conforme

⁴ Enquanto escrevemos, temos notícia de mais um conflito armado entre indígenas em fazendeiros, com vítimas indígenas em MS. Veja: <https://folhacg.com.br/geral/representante-do-ministerio-dos-direitoshumanos-chega-a-ms-para-acompanhar-conflito-entre-indigenas-e-fazendeiros-em-douradina/>

a PNASPI, os conselhos de saúde indígena devem avaliar a qualidade dos serviços prestados e definir as ações prioritárias. A composição dos Conselhos Distritais é paritária: 50% das vagas são para representantes dos usuários indígenas indicados pelos Conselhos Locais; 25% de representantes dos trabalhadores da saúde e; 25% de representantes de governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços (Brasil, 2020). Diversos trabalhos têm apontado que os conselhos de saúde indígena não alcançaram um nível ideal de participação social em duas décadas da PNASPI indicando que prevalecem pautas operacionais dos DSEI-MS e tendências tecnocratas no funcionamento dos colegiados (Athias, 2004; Teixeira, 2017; Teixeira & Dias da Silva, 2019; Diehl & Langdon, 2018).

Apesar das contradições que envolvem a participação social indígena nas instâncias colegiadas do controle social em saúde, o papel dos conselheiros indígenas de saúde é importante para a operacionalização do SasiSUS e, mais ainda, para a defesa dos interesses dos indígenas frente aos demais atores sociais que intervêm nos serviços de atenção à saúde. Além disso, os conselhos de saúde indígena são tanto órgãos colegiados da administração como arenas políticas legítimas para reivindicações e para o diálogo interétnico de modo que a atuação dos conselheiros indígenas de saúde pode contribuir para que as diretrizes da PNASPI sejam mais bem compreendidas por todos e para que se alcance resultados concretos de melhoria das condições de vida dos Povos Indígenas.

Para os conselheiros indígenas do CONDISI-MS, o controle social é resultado da luta política: “o CONDISI é uma conquista dos caciques e lideranças que lutavam para isso” (trecho de Ata do CONDISI). Nesse sentido, o CONDISI-MS não é visto como uma concessão benevolente do poder estatal, mas valorizado como fruto da luta política das lideranças indígenas das gerações anteriores, uma percepção que apoia a

necessidade de coesão em torno de interesses em comum, considerando que tal conquista está sempre sob ameaça.

Apesar da visão de que a criação e a manutenção dos conselhos de saúde indígena são resultado da luta política permanente, os conselheiros indígenas de saúde têm consciência de que a atuação dos conselheiros é limitada por questões estruturais. Frequentemente denunciam que: “os indígenas são vistos pelos não indígenas como incapazes” (trecho de Ata do CONDISI), ou seja, que a atuação dos conselheiros e seu conhecimento está permanentemente em confronto com perspectivas racistas dos não indígenas em um processo constante de invalidação sistemática pelo racismo estrutural.

Conforme Menéndez (2024), o racismo é o maior obstáculo à efetivação dos serviços de atenção à saúde indígena em toda a América Latina. Para o autor, o racismo é mecanismo ideológico de reprodução do processo de subalternização por meio de um contínuo “proceso de inferiorización, de exclusión y de racialización de la población nativa” (Menéndez, 2024, p. 2).

Para nós, a problemática em torno da participação social indígena no campo das políticas de saúde e, em específico, no controle social, requer considerar em primeiro plano assimetrias de poder que persistem entre indígenas e não indígenas e que expressam as contradições do processo histórico mais amplo de exclusão social, violência e genocídio estrutural ainda em curso.

A RECONSTRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONDISI-MS

A partir de 2019, com o início da gestão Bolsonaro, o rumo das políticas de saúde indígena foi influenciado por temas polêmicos tais como da municipalização dos serviços de atenção primária, o cancelamento

da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e a tentativa de extinção dos conselhos de saúde indígena, não deixando dúvidas quanto aos interesses da gestão federal em promover uma agenda anti-indígena. Tal agenda concentrou-se no desmonte do aparato institucional que passou a ser ocupado por pessoas que defendiam pautas do agronegócio e da mineração, setores notoriamente comprometidos com as tentativas de exploração dos territórios e da mão de obra indígenas (Urquiza & Prado, 2016; Veron & Guimarães, 2020; Rodrigues, 2020; Benites *et al.*, 2021; Amado & Duprat, 2021; Dias-Scopel *et al.*, 2023).

À crise sanitária da pandemia de covid-19 somou-se uma crise política no âmbito federal resultado dos diversos conflitos provocados pelo direcionamento negacionista de Bolsonaro e seu grupo político com grave impacto sobre a saúde dos Povos Indígenas (Caponi, 2020; Segata, 2022; Pontes *et al.*, 2021, Dias-Scopel, 2021). Na administração federal, prevaleceram as teses do negacionismo científico que resultou na militarização do Ministério da Saúde, medida que não buscou a eficiência dos serviços no combate à crise sanitária, mas o desmonte das estruturas organizacionais existentes e o afastamento intencional das funções institucionais do órgão. Além da notória crise política na gestão da saúde provocada por Bolsonaro durante a pandemia, a sua gestão notabilizou-se por ser acusada de promover práticas de genocídio contra os povos indígenas com omissões intencionais e morosidade no enfrentamento da crise sanitária (APIB, 2020; Scopel *et al.*, 2021; Guimarães, 2021; Oliveira, *et al.*, 2021; Moura *et al.*, 2021; Benites *et al.*, 2021; Rosa, 2021).

Em Mato Grosso do Sul, a tentativa de militarização do DSEI-MS também trouxe impactos negativos à saúde dos Povos Indígenas. Durante a crise sanitária da pandemia de covid-19, a SESAI nomeou um coronel aposentado alinhado à agenda anti-indígena e às teses negacionistas para

o cargo de coordenador do DSEI-MS. Com poucos meses de atuação, o militar aposentado foi acusado de implantar uma gestão autoritária contra profissionais de saúde indígenas e promover racismo contra conselheiros indígenas de saúde (Scopel & Dias-Scopel, 2021; Dias-Scopel *et al.*, 2023). A gestão do militar intensificou as tendências tecnocratas da administração e desmobilizou o CONDISI-MS. A coordenação valeu-se da pandemia para suspender as reuniões do conselho. Para agravar a situação, o gestor foi acusado de pressionar o presidente do conselho para que tomasse decisões monocráticas em favor das propostas do DSEI-MS sem a avaliação do plenário. Apesar do clima desfavorável e sem as reuniões regulares, o trabalho do CONDISI-MS manteve-se ativo por meio da atuação individual dos conselheiros em seus próprios territórios, que se valeram do cargo para propor ações junto a prefeituras e outras instituições locais para o enfrentamento à crise sanitária (Dias-Scopel *et al.*, 2021, 2023). Alguns conselheiros participaram de protestos e ofereceram denúncias de abuso de poder e omissão contra o coordenador do DSEI/MS. Os protestos tornaram insustentável a permanência do militar no cargo, sendo demitido oito meses após assumir o cargo. Durante 2022, o desmonte promovido contra órgão colegiado de controle social ficou evidente, pois o CONDISI-MS não realizou reuniões.

Em 2023, com o início do governo Lula, os Povos Indígenas experienciaram uma mudança radical na gestão federal sem precedentes com a criação do Ministério dos Povos Indígenas na estrutura de governo. Vários indígenas assumiram função na administração pública federal, inclusive, na pasta da saúde. Pela primeira vez, um indígena foi nomeado coordenador da SESAI (Ricardo Weibe Nascimento Costa, da etnia Tapeba). No Mato Grosso do Sul, também um indígena assumiu a coordenação do DSEI-MS (Arido Alves Alcântara, da etnia Terena).

Em função de ajustes políticos, Arildo A. Alcântara foi substituído por Lindomar Ferreira, também da etnia Terena, ainda em novembro de 2023. A cerimônia de posse de Lindomar Terena foi realizada no auditório do Tribunal Regional do Trabalho sob clima de comemoração. Muitas pessoas compareceram, vindas de aldeias indígenas de todo o estado. Os discursos indígenas na posse ressaltaram as lutas históricas e a resistência política. Em sua posse, o novo coordenador do DSEI-MS reafirmou a necessidade de investimentos e enfatizou sua intenção de solucionar o problema de falta d'água nas aldeias.

Com os indígenas na coordenação do DSEI-MS, observou-se ênfase em ações para incentivar a participação social nos órgãos colegiados e o CONDISI-MS retomou as reuniões regulares. Em 2023, foram 03 Reuniões Ordinárias e 01 Reunião Extraordinária e, até meados de 2024, haviam sido realizadas 03 Reuniões Ordinárias demonstrando o empenho das lideranças indígenas em reconstruir os espaços de diálogo e de participação social na tomada de decisões.

A retomada das atividades do CONDISI-MS, em 2023, aconteceu com a posse de 28 novos conselheiros e a eleição de novo presidente e vice-presidente. Embora o pleno fosse de novos conselheiros, todos pareciam cientes dos obstáculos criados à participação social pela gestão anterior. Por isso, as falas na reunião de posse evocaram o papel dos conselheiros no trabalho coletivo de articulação das demandas das comunidades e com as da coordenação do DSEI-MS. O presidente eleito do CONDISI-MS citou que o momento era *“de superar as dificuldades, de reestruturar, reorganizar nosso DSEI para aproximar a comunidade do subsistema”*.

Ainda em 2023, a pauta do CONDISI-MS concentrou-se sobre a elaboração do Plano Distrital de Saúde Indígena para o quadriênio 2024 - 2027 (PDSI 2024 - 2027). O CONDISI-MS destacou-se como protagonista em

todo o processo de elaboração do plano. Coube ao CONDISI-MS, promover a capacitação para conselheiros locais para a reativação daqueles conselhos para que sua participação fosse ampla e efetiva. O presidente e secretário do CONDISI-MS atuaram diretamente no levantamento das demandas dos Conselhos Locais realizando verdadeira maratona de reuniões pelo estado. As reuniões dos conselhos locais contaram com ampla participação, inclusive, dos trabalhadores da saúde que atuam diretamente nos polos base. Todas as demandas foram sintetizadas em um único documento pela equipe do CONDISI-MS e classificadas por prioridade. Depois de aprovado pelo CONDISI-MS, o documento foi considerado um diagnóstico realista da situação atual do DSEI-MS.

Em 2024, a SESAI promoveu debate junto aos diversos conselhos distritais sobre mudanças na gestão do órgão em torno da proposta da participação da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS) na contratação de serviços. Com a proposta de mudança, uma série de rumores e críticas emergiram no contexto local principalmente sobre a continuidade da prestação de serviços dos trabalhadores indígenas que atuam no subsistema atualmente contratados por uma ONG conveniada. No que se refere à atuação do CONDISI-MS, a 95ª Reunião Ordinária ocorrida em agosto de 2024 foi considerada um marco, pois, segundo muitos relatos registrados durante a reunião, foi a primeira vez em que caciques e lideranças indígenas foram convidados a participar da consulta tendo subsidiado a deliberação do conselho. A reunião ocorreu no auditório da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul em Campo Grande em função do grande número de participantes. As falas indígenas durante o evento ressaltaram a importância da consulta aos Povos Indígenas nos termos da Convenção 169 da OIT e, principalmente, o trabalho do presidente e secretário do CONDISI-MS para viabilizar os recursos financeiros e logísticos que garantiram a participação dos caciques.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos esforços dos conselheiros indígenas, observa-se que o modelo médico hegemônico continua estruturando as relações sociais na saúde indígena em termos biomédicos e burocráticos, reproduzindo a lógica da eliminação do colonialismo de assentamento. Garnelo *et al.* (2003), observaram que os vários obstáculos situacionais que prejudicam o sucesso na participação social em conselhos de saúde indígena dizem respeito a desajustes e incompatibilidades entre a lógica da burocracia e “as formas próprias do exercício do poder político no mundo indígena” (p. 80). Isso nos leva a concluir que além da enorme diversidade no modo pelo qual o poder de decisão se constitui entre os vários Povos Indígenas existem, ainda, incompatibilidades impostas pela forma como os Povos Indígenas encontram-se subordinados à sobreposição da lógica burocrática e da lógica de eliminação do colonialismo de povoamento.

Em termos gerais, a exclusão da população – aqui nos referimos a toda a população e não apenas aos indígenas - dos processos de decisão que afetam os serviços de atenção à saúde segue uma tendência tecnocrática histórica, presente desde a instituição do primeiro Conselho Nacional de Saúde no Brasil, em 1937. Em quase todo o século XX, os conselhos de saúde serviram como aparato do Estado no qual predominava uma visão autoritária do Estado como agente controlador da sociedade. O modelo tecnocrático dos conselhos só passou a ser sistematicamente questionado com a emergência do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, na década de 1970, mas é somente com a redemocratização e a reestruturação do setor de saúde na forma do SUS, mais precisamente, a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, que a participação social se estabeleceu como novo paradigma na gestão do setor de saúde. Com a 8ª Conferência, o sentido atribuído ao papel do Estado no

controle social foi invertido e a sociedade civil passou a ser vista como agente interveniente e responsável por exercer controle sobre as ações de saúde promovidas pelo Estado (Brasil, 2013). Desse modo, é preciso reconhecer que, em termos gerais, a experiência brasileira de implementação e gestão do SUS, incluindo o princípio de controle social, assim como o SasiSUS, pode ser considerada como um esforço contínuo em se efetivar formas de participação popular em saúde que se estabeleçam contra as tendências autoritárias e tecnocráticas de gestão da saúde, podendo ser considerada também como um exemplo ímpar de governança decolonial (Ventura *et al.*, 2024).

A noção de participação social em saúde caracteriza avanço em direção a formas mais democráticas de gestão sendo preconizada de forma expressa como uma das diretrizes do SUS. Além disso, à luz da problemática dos processos de hegemonia/subalternidade/contrahegemonia (Menéndez, 2009, 2024), a participação social na saúde indígena deve ser compreendida como parte da luta por autodeterminação, cidadania e combate ao racismo estrutural.

Para nós, o confronto entre o modo como se estabelecem as práticas políticas indígenas e as tendências tecnocráticas da gestão expressam as contradições do processo histórico mais amplo de exclusão social, violência e extermínio ainda em andamento. Assim, a pesquisa etnográfica em torno da participação social nos conselhos de saúde indígena deve problematizar como a violência estrutural afeta o controle social deslegitimando as pautas indígenas e como as tendências tecnocráticas da administração favorecem a instrumentalização burocrática por meio da priorização da agenda proposta pelo corpo de técnicos dos DSEI, conforme observado por Athias (2004).

A pesquisa etnográfica sobre a participação social no CONDISI-MS tem demonstrado o empenho das lideranças indígenas em reconstruir os

espaços de diálogo e de participação na tomada de decisões que afetam a operacionalização da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A agenda política da reconstrução das políticas públicas proposta pela atual gestão federal emerge, no contexto do CONDISI-MS, como oportunidade para fortalecer os órgãos colegiados do controle social.

Consideramos que a etnografia da participação social nos conselhos de saúde indígena contribui para problematizar a naturalização das condições de vulnerabilidade e de violência estrutural iluminando uma série de questões, tais como: A participação social gera empoderamento dos atores sociais, promove exercício da democracia e da cidadania? Ou reflete as hierarquias e estruturas já dadas na sociedade nacional? Os Conselhos de Saúde Indígena são espaços para discussão e análise de temas estratégicos? Ou se dedicam prioritariamente a questões operacionais e administrativas? São um meio de transformação social? Ou reproduzem a estrutura burocrática e a ideologia hegemônica?

O contraste ideológico entre as propostas da atual gestão federal e a precedente mostram que a temática da participação social é relevante e que a saúde indígena é ainda um campo em construção. Nesse sentido, mais pesquisas etnográficas são necessárias, tanto para a formulação de novas hipóteses e delimitação de problemáticas relevantes, como para o estudo de questões aparentemente sedimentadas na antropologia. Da mesma forma, a antropologia pode contribuir com subsídios à proposição de políticas públicas mais sensíveis à realidade local, na medida em que se dispõe a amplificar a voz dos interlocutores, bem como a compreender criticamente o sentido de suas demandas em contextos de crescente complexidade.

REFERÊNCIAS

- Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. (2024). Território, ambiente e saúde dos povos indígenas: vidas e políticas públicas em contínuo estado de emergência. Relatório produzido pelo Grupo Temático Saúde e Ambiente, Abrasco, RJ.
- APIB - Articulação Dos Povos Indígenas Do Brasil; Partido Socialista Brasileiro (PSB); Partido Socialismo e Liberdade (P-SOL); Partido Comunista do Brasil (PcdoB); Rede Sustentabilidade (Rede); Partido dos Trabalhadores (PT); Partido Democrático Trabalhista (PDT). (2020). Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADFP) 709: 1 Petição Inicial (49818/2020).
- Athias, R. (2004). Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Langdon, J., Garnelo, L. (orgs.) Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa, RJ: Ed. Contracapa; 2004, 217-232.
- Benites, E., Monfort, G., Gisloti, L. J. (2021). Territorialidades originárias e a cosmologia Kaiowá e Guarani: auto-organização contra o agronegócio, os crimes socioambientais e a pandemia. Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 38-59.
- Brasil. Fundação Nacional de Saúde. (2002). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 40 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2013). Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 178 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020). PORTARIA Nº 3.021, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2020. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3021_13_11_2020.html
- Caponi, Sandra. (2020). Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. Estudos Avançados, 34:209–24. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>.
- CIMI - Conselho Indigenista Missionário. (2021). Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2020. Brasília: Cimi.
- CIMI - Conselho Indigenista Missionário. (2022). Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2021. Brasília: Cimi.
- Dias-Scopel, R. P., Scopel, D., & Langdon, E. J. (2017). Gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. Ilha Revista de Antropologia, 19(1), 183-216.
- Dias-Scopel, R. P., Scopel, D., & Langdon, E. J. (2017). Gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. Ilha Revista de Antropologia, 19(1), 183-216.
- Dias-Scopel, R., Scopel, D., Diehl, E. E. (2021). Participa o Indígena e Obstáculos ao Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 no Mato Grosso do Sul. In: Matta, G. C., Rego, S., Souto, E. P., Segata, J. orgs. Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil: Popula es

- Vulnerabilizadas e Respostas à Pandemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 137–48.
- Dias-Scopel, R., Scopel, D., Langdon, E.J. (2023). Toward a Broader View of Health in the Anthropocene: The COVID-19 Syndemic and the Clash of Cosmographies in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Medicine Anthropology Theory*: 10(2): 1-28.
- Diehl, E. E. e Langdon, E. J. (2018). Indigenous participation in primary care services in Brazil - Autonomy or bureaucratization?. *Regions and Cohesion*, v. 8; 54-76.
- Follér, Maj-Lis. (2004). Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: Langdon, E. J.; Garnelo, L. eds. *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. ABA/Contra Capa, Rio de Janeiro,.
- Garnelo, L., Macedo, G., Brandão, L. C. (2003). Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília; Organização Pan-Americana da Saúde, 120 p.
- Greene, S. (1998). The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency and Intermedicality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist*, Arlington, v. 25, n. 4, 634-658.
- Guimarães, S. M. F. (2021). O povo indígena Sanõma/Yanomami e a trilha de adoecimentos na pandemia da Covid-19. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 16-37.
- IBGE – Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. (2023). Tabela 9718 – População residente, total e indígena, por localização de domicílio e quesito de declaração indígena nos Censos Demográficos – Primeiros resultados do universo. Sidra: Banco de Tabelas Estatísticas, 2023. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9718#resultado>. Acesso em: janeiro de 2024.
- Langdon, E. J.; Garnelo, L. (2004). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: ContraCapa: Associação Brasileira de Antropologia.
- Langdon, E. J. (2018). Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. *Desacatos*, (58), 8-15.
- Langdon, E. J., & Cardoso, M. D. (2015). *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Menéndez, E. L. (2024). De hegemonías, subalternidades y posibles contrahegemonías: El caso de la medicina tradicional de los pueblos indígenas de México. *Salud Colectiva*, 20, e4843-e4843.
- Menéndez, E. L. (2009). *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec; 442p.
- Moura, A. D. M. De., Boaventura, L. D. C. L., & Neves, R. D. C. M. (2021). Povos indígenas no Rio Grande do Norte, direitos e ações em tempos de Covid-19. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 119-145.
- Oliveira, A. C. A., Araújo, D. D., Folhes, R. T., & Correa, K. N. F. (2021). Estratégias de visibilidade em contexto pandêmico: o mapeamento da pandemia da Covid-19 entre povos indígenas no Maranhão. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 98-118.

- Pontes, A. L. de M., Cardoso, A. M., Bastos, L. S., & Santos, R. V. (2021). Pandemia de Covid-19 e os povos indígenas no Brasil: cenários sociopolíticos e epidemiológicos. In: Mata, G. C., Rego, S., Souto, E. P., Segata, J. orgs. *Os Impactos Sociais da COVID-19 no Brasil: Populações Vulnerabilizadas e Respostas à Pandemia*, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 123-36.
- Ribeiro, D. (2000). *Os índios e a civilização* (7ª edição, 1ª reimpressão.). São Paulo. Cia das Letras
- Rodrigues, H. C. F. (2020). A Legitimação do Etnocídio pelo Estado Brasileiro: Sobre Medidas Anti-indigenistas do Governo Bolsonaro no Contexto Pandêmico. *Vukápanavo: Revista Terena*, n. 3, 277-286.
- Rosa, M. (2021). “Isso é uma emergência!”: panorama da mobilização da Articulação dos Povos Indígenas do Brasil (Apib) para o enfrentamento da Covid-19. *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, 60-97.
- Santos, A. de S., Amado, L. H. E. T., & Pasca, D. (2021). “É muita terra pra pouco índio”? Ou muita terra na mão de poucos? Conflitos fundiários no Mato Grosso do Sul. Relatório de pesquisa. ISA.
- Scopel, D., & Dias-Scopel, R. P. (2021). Covid-19, sindemia e violência estrutural: participação social e protesto na atenção primária aos povos indígenas no Mato Grosso do Sul, Brasil. *Espaço Ameríndio*, 15(2), 164-81.
- Scopel, D., Dias-Scopel, R., & Langdon, E. J. (2018). A cosmografia Munduruku em movimento: saúde, território e estratégias de sobrevivência na Amazônia brasileira.
- Scopel, D., Dias-Scopel, R., & Langdon, E. J. (2022). Community Health Workers in Central-Southern Amazonia: An Ethnographic Account of the Munduruku People of Kwatá Laranjal Indigenous Land. *Tipiti: Journal of the Society for the Anthropology of Lowland South America*, 18(1), 72-91.
- Scopel, D., Dias-Scopel, R., Neves, R. D. C., & Segata, J. (2021) Os povos indígenas e a covid-19. *Espaço Ameríndio*, 15 (2), 1-15.
- Scopel, D., Dias-Scopel, R. P., & Langdon, E.J. (2015). Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 12; 2559-2568.
- Segata, J., Grisotti, M., & Porto, R. (2022). COVID-19 in Brazil. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, vol. 19, 1-7.
- Teixeira, C. C. (2017). Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?. *Amazônica - Revista de Antropologia*, [S.l.], v. 9, n. 2, 716-733.
- Teixeira, C. C., & Dias Da Silva, C. (2019). Indigenous Health in Brazil: Reflections on Forms of Violence. *Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology*, vol. 16, 1-22.
- Teixeira, C. C., & Garnelo, L. org. (2014). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Terena, L. E., & Duprat, D. (2021). O genocídio indígena atual. *Jota.Info*, 17 mar. 2021.

Disponível em: <https://apiboficial.org/2021/03/18/artigo-o-genocidio-indigena-atual/>. Acesso em: 20 set. 2021.

Urquiza, A. H. A., & Prado, J. H. (2016). O impacto do processo de territorialização dos Kaiowá e Guaraní no sul de Mato Grosso do Sul'. *Tellus [S. l.]*, n. 29, 49-71.

Ventura, D., Martins, J., Leme, A. S., Pereira, P., Trivellato, P. R., & Viegas, L. (2024). Brazil should use its G20 leadership to support public health systems and promote decolonisation of global health. *bmj*, 386.

Verdum, R. (2021). El indígena por sí mismo: del social liberalismo al neoliberalismo conservador (2010-2020). In: Dufner D, Ponce B. orgs. *Participación política indígena y políticas públicas para pueblos indígenas en América Latina*. 1ed. La Paz: Fundación Konrad Adenauer; 2021 (1), 75-123.

Veron, V., & Guimarães, S. (2020) Sobre máscaras, fumaça e fogo doméstico: experiências das mulheres Kaiowá na pandemia da Covid-19. *Vukápanavo: Revista Terena*, n. 3, p. 115-27, out./nov.

Wolfe, P. (2006). Settler Colonialism and the Elimination of the Native. *Journal of genocide research*, 8 (4): 387 - 409.

ALÉM DA BIOMEDICINA: UM OLHAR SOBRE O HIV ENTRE OS GUARANI DE MATO GROSSO DO SUL

Indianara Ramires Machado
Carlos Eduardo Pereira Corbett
Maria de Lourdes Beldi de Alcântara

INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/AIDS continua sendo um dos maiores desafios para a saúde pública mundial (UNAIDS, 2022), afetando de forma desproporcional as comunidades indígenas, como é demonstrado pela situação dos Guarani na Reserva Indígena de Dourados no Brasil (Schnauffer *et al.*, 2023). Esse trabalho visa analisar os processos de adoecer das pessoas Guarani que vivem com HIV/AIDS.

Este estudo utiliza uma abordagem interdisciplinar fundamentada na Antropologia Médica para compreender a experiência vivida dos Guarani em relação ao HIV/AIDS, focando-se no conceito de “*illness*”. O conceito de *illness* reflete a experiência subjetiva da doença, ao contrário do conceito de “*disease*”, que a considera como uma entidade biológica independente. De acordo com Kleinman (1988) a experiência de adoecer é uma jornada culturalmente moldada que abrange muito mais do que a fisiopatologia da doença. A *illness* seria a resposta emocional, social e cultural à doença, e os processos de cura devem atender a todas essas dimensões. Dessa forma, a cura é tanto um processo biomédico, quanto uma ação de restituição social e reinterpretação da experiência da doença.



Em diversos trabalhos, Byron e Mary-Jo Good (1981) complementam essa ideia ao analisarem como o significado cultural dos sintomas afeta o tratamento e a interpretação do adoecimento. Os autores apresentam como, em diferentes culturas, as práticas de cura são influenciadas por narrativas locais de *illness*, que podem conter elementos espirituais, psicológicos e sociais. Dessa forma, a cura não se limita às intervenções biomédicas, mas também envolve o reconhecimento e a integração de significados culturais e relações sociais fundamentais para a experiência da doença e o processo de cura. A interação entre o adoecer e a cura, portanto, seria um processo que transcende a biologia e se estende a um contexto mais amplo, onde crenças, valores e relações sociais têm um papel crucial. Os autores Kleinman (1988) e Good (1981) concordam que compreender essas nuances é essencial para um tratamento eficaz e cuidados de saúde que sejam verdadeiramente holísticos; defendem uma medicina que não se limite ao corpo biológico, mas também atenda ao sofrimento humano em todas as suas formas, reconhecendo que a cura é um processo social e cultural que ocorre além dos limites estabelecidos pela biomedicina.

Ao aplicar esses conceitos ao contexto das vivências de pessoas Guarani com HIV/AIDS, é possível ver como os processos de cura podem ser entendidos e como refletem as experiências de *illness* e suas múltiplas trajetórias de recuperação e bem-estar. Este entendimento reforça a importância de abordagens de saúde culturalmente sensíveis às visões de mundo dos pacientes e às práticas curativas de suas comunidades.

À relativização do conceito de *disease*, soma-se a perspectiva crítica de diversos autores de que a biomedicina exerce um poder hegemônico global, mas cujas ressemantizações e hibridações são realizadas localmente (Farmer, 1999; Seppilli, 2011; Biehl, 2005, 2008). Farmer (1999) demonstra como as estruturas de poder globais influenciam a desigualdade na

saúde, enfatizando que as condições socioeconômicas são determinantes fundamentais para a disseminação de doenças e o acesso ao tratamento adequado; criando as “zonas de abandono social”, como aponta Biehl (2005) e sustentando que o abandono e a marginalização não são apenas consequência de negligência, mas também consequência de uma complexa rede de desigualdades econômicas e políticas que moldam os sistemas de saúde e a distribuição de recursos.

Dentro dessa ótica, a medicina ocidental hegemônica, centrada no método científico e respaldada na tecnologia, negligência os métodos tradicionais e indígenas de cura, o que resulta na negação da importância e integração dessas práticas. A ênfase dada à tecnologia e aos procedimentos padronizados tende a tornar a abordagem científica da medicina ocidental unidimensional e uniforme. Dessa forma, Seppilli (2011) sustenta a necessidade de uma relação mais harmônica e respeitosa entre os diversos sistemas de conhecimento médico; enfatiza a relevância da medicina indígena, reconhecendo sua eficácia e relevância dentro do contexto cultural local.

A integração das perspectivas crítico-interpretativas na antropologia médica revela um cenário em que a hegemonia médica ocidental é um fenômeno multidimensional que afeta a distribuição de recursos de saúde, e também a percepção e o valor de diferentes formas de conhecimento médico. Ao considerar os Guarani e sua experiência com o HIV/AIDS, é crucial reconhecer que as dificuldades para um cuidado de saúde não são apenas clínicas, mas também estão profundamente ligadas às desigualdades sociais e econômicas e aos preconceitos culturais. Esse reconhecimento é crucial para o desenvolvimento de estratégias de saúde que sejam efetivamente inclusivas, equitativas e adequadas às necessidades e práticas culturais de comunidades indígenas, como os Guarani.

Procuramos entender e compreender, como que o aparecimento do HIV dentro das Territórios indígenas transforma e ressemantiza a maneira como essa doença é vista pela biomedicina. São universos simbólicos que se entrecruzam, porém não na mesma dinâmica, na mesma velocidade e, principalmente, na mesma situação de poder. Há um diálogo assimétrico entre o entendimento ocidental e o universo simbólico Guarani. Universos multiculturais que são tratados, pela visão dominante, como unilaterais. Mas, isso tudo se caracteriza através de um processo de hibridação. Buscamos contribuir para o aperfeiçoamento de políticas e programas de saúde em situações de interculturalidade, em especial na população indígena. Existe uma necessidade de compreensão mais ampliada dos fatores relacionados a infecção pelo HIV e a AIDS. Isso, mesmo depois de tantas décadas após o surgimento do HIV/AIDS.

É evidente a inabilidade da sociedade para lidar com as desigualdades sociais, dissimetria de gênero, desequilíbrios de poder, diferenças étnicas e culturais. A medicina avança, todavia, outras áreas são deixadas de lado, não interessa? Diz respeito a populações marginalizadas? Diz respeito a populações invisíveis socialmente? Acomete populações que não têm tanta importância econômica e social?

As populações indígenas sofrem situações de risco e vulnerabilidade diferenciada, sem dúvida. A doença pode ser biológica, física, mas as representações sobre ela, e sobre seus tratamentos, são simbólicas, imaginárias. A não adesão (ou baixíssimo índice de adesão) aos protocolos de tratamento, tem relação com a compreensão sobre o processo de adoecimento e tratamento (sobre o imaginário desse processo). Nossa pesquisa trouxe elementos justamente para a compreensão desse sentido, dos entendimentos da população Guarani sobre o viver com HIV/AIDS, sobre a morte social, e numa população tão relegada à invisibilidade social.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado entre 2019 e 2020 na Reserva Indígena de Dourados, através de um estudo de mestrado de uma enfermeira indígena. Em 2020, 111 casos foram registrados pelo Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), dos quais 21 eram oriundos do Polo Base de Dourados e 12 da etnia Guarani. Destas, 8 estão presentes nesta pesquisa, sendo quatro da aldeia Jaguapirú e quatro da aldeia Bororó, as duas aldeias que compõem a Reserva Indígena de Dourados. Seis dos participantes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, desses, cinco eram pensionistas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), um realizava trabalhos informais, um atuava como profissional do nível superior e o outro atuava como serviços gerais. A participante da pesquisa mais nova, tinha 37 anos de idade, no momento da pesquisa, e a faixa etária máxima foi de 65 anos. Dos participantes do sexo masculino, um possuía 45 anos e outro 50 anos de idade.

Em relação a situação conjugal, quatro participantes declararam que tinham união estável, e desses, três tinham parceiros com diagnóstico positivo para HIV. Os demais negaram parceiros fixos ou alguma relação conjugal, no momento do diálogo para pesquisa. O tempo de acompanhamento desde o diagnóstico variou de cinco meses a 16 anos, todos relataram que faziam acompanhamento no SAE. Dos participantes da pesquisa, apenas um relatou que fazia uso regular da Terapia Antirretroviral (TARV), os demais relataram que deixaram de utilizar a medicação regularmente, em algum momento, nos anos de 2019 e 2020. Muito embora, os participantes da pesquisa estivessem em acompanhamento no SAE, apenas dois apresentaram carga viral indetectável em 2019 e 2020 e cinco apresentaram CD4 menor que 350 células/mm³.

As aproximações com os participantes foram realizadas por meio de “conhecidos”, em decorrência da pesquisadora ser enfermeira e indígena Guarani Kaiowá, a mesma faz parte da rede social desse coletivo. Mães, amigos/as e as agentes indígenas de saúde, ajudaram a pesquisadora na identificação e aproximação com as pessoas indígenas vivendo com HIV. O fato da pesquisadora ser filha de pais das etnias Guarani Kaiowá e Aruak Terena também ampliou essa vivência no âmbito sociocultural, a mesma é fruto de duas etnias e dois tipos de saberes. No entanto, isso não garantiu um vínculo imediato, o processo de confiança foi ocorrendo ao longo dos encontros, até chegar o momento de o interlocutor aceitar participar de fato da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A incidência de HIV/AIDS na comunidade Guarani é melhor entendida através da lente epidemiológica proposta por Paul Farmer (1999), que integra as dimensões socioeconômicas e culturais ao estudo da doença. Isso questiona a dominância do modelo biomédico tradicional, que frequentemente não consegue abordar as complexidades da não adesão ao tratamento (Seppilli, 2011). Além disso, a análise da adesão ao tratamento ganha profundidade com a aplicação do conceito de hibridismo (Bhabha, 1998). Esse conceito descreve como as culturas se entrelaçam, criando novas identidades e espaços de diálogo, o que é refletido na forma como os Guarani forjam por meio do diálogo, pleno de tensão e conflito, as práticas médicas tradicionais com as biomédicas, desenvolvendo métodos de cura que são verdadeiramente representativos de sua identidade cultural e das exigências práticas do tratamento da doença. Segundo o autor, o hibridismo é o processo pelo qual culturas, ou seja, redes simbólicas, interagem num ambiente de conflito/tensão nas tentativas de criar/recriar novas identidades/pertencimentos e espaços de negociação, contrariando as narrativas de pureza e autenticidade cultural.

A coleta das narrativas foi feita através da metodologia etnográfica da pesquisa-ação, que é um enfoque participativo que combina a observação detalhada típica da etnografia com a intervenção ativa da pesquisa-ação. Esta abordagem de pesquisa envolve o pesquisador em contato com a comunidade ou grupo em questão, registrando e documentando comportamentos, práticas e interações sociais (etnografia), ao mesmo tempo em que colabora com os participantes para identificar problemas, desenvolver soluções e implementar mudanças (pesquisa-ação).

O projeto teve a autorização do Conselho Local de Saúde Indígena do Polo base de Dourados, Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDSI), a anuência do Distrito Sanitário Especial de Mato Grosso do Sul, e foi aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa revelou que a transmissão do HIV/AIDS permanece, com um aumento de infecções na região sul, onde a população Guarani é predominante. Dos 111 casos acompanhados pelo DSEI-MS, foi possível observar que grande parte dos casos ocorreu com o Povo Guarani, representando 83 (74,7%) dos casos do DSEI-MS, principalmente com o subgrupo Guarani Kaiowá, sendo responsável por 53 (55,8%) dos casos no estado, seguido do Povo Terena com 26 (23,4%) em 2020. Este padrão indica um risco iminente de uma epidemia. É imperativo intensificar os testes diagnósticos, assegurar acesso e prevenir a disseminação do HIV.

No entanto, o principal risco de morte foi amenizado pelo implemento da terapia antirretroviral (TARV). A terapia tem sido considerada um marco, tendo como consequência a elevação da

expectativa de vida, a diminuição das internações por doenças oportunistas e a diminuição da mortalidade (Marin, 2003).

Com a introdução da TARV, a AIDS começou a ser encarada como uma doença crônica, especialmente nos países com acesso efetivo à medicação (Baer & Roberts, 2002; Brasil, 2008; Hays *et al.*, 2000). A cronicidade da doença trouxe novos desafios, exigindo a adaptação de práticas diárias de tratamento para as pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA). Os principais objetivos da TARV são minimizar a morbidade e mortalidade e melhorar a qualidade de vida através da supressão viral, ajudando a retardar ou prevenir a imunodeficiência. Os resultados do tratamento, como a redução da carga viral e a recuperação ou manutenção da função imunológica, são vinculados a melhorias significativas na saúde física e na capacidade dos indivíduos soropositivos de prosseguirem com seus projetos de vida (Bastos, 2006).

No entanto, as pesquisas mostram que para alcançar uma supressão viral efetiva, é necessário aderir ao regime terapêutico em 95% ou mais das doses prescritas. A adesão insuficiente pode levar ao desenvolvimento de resistência viral, um problema destacado em estudos de Paterson *et al.* (2000), Philips *et al.* (2005) e Smith (2004).

Pelos dados sociodemográfico e achados clínicos dos oito interlocutores, verifica-se a não adesão (6/8) ao tratamento biomédico proposto a contagem chamada LT-CD4+. Isso pode ser um indicativo de que não há ingestão do medicamento. Em alguns casos, a contagem de LT-CD4+ pode ser útil, mas, em outros, pode ser que a pessoa não goste da medicação. Sendo assim, verificou-se que seis interlocutores apresentaram contagem de LT-CD4+ abaixo de 350 céls/mm³ nos últimos exames realizados próximos a entrevista para pesquisa entre 2019 e 2020.

A adesão ao tratamento antirretroviral nos contextos reais da vida dos Guarani ilustra o contraste entre a realidade vivida das pessoas com

HIV. A adesão ao tratamento, sob ótica idealizada, seria a aplicação exata e sem falhas das instruções médicas — uma perfeita congruência entre o comportamento do paciente e as prescrições médicas.

Contudo, na vivência cotidiana dos Guarani com o HIV/AIDS, a adesão ao tratamento não segue rigidamente o modelo ideal, mas adapta-se às realidades socioculturais e individuais dos pacientes. As variações na adesão refletem não apenas escolhas pessoais, mas também a interação complexa entre as limitações impostas pela *illness*, as dinâmicas de poder, as condições socioeconômicas e as práticas culturais de saúde. Sendo assim, nota-se um hiato entre os protocolos ideais biomédicos e as práticas dos pacientes, indicando que o processo de adesão é uma negociação permanente (Koenig et al., 2004; WHO, 2003; Langdon, 2001).

As narrativas coletadas, descritas com “CX” para não identificar os participantes, desvelam um contexto de pluralismo terapêutico notável, onde a gestão da *illness* se desdobra por meio de um espectro que engloba tanto os tratamentos biomédicos quanto as abordagens curativas tradicionais indígenas.

Minha perna fica cansada, não como, me dá agulhada no corpo todo, depois eu comecei a beber e tomar banho com Pohã Nhãñã (medicação tradicional a base de ervas), passou de mim isso aí, até agora. Só que ainda dá um pouco isso, parece que uma agulha cutuca meu pé, depois passo remédio caseiro e passa (...) mas, eu não tenho medo (...) no postinho (Posto de saúde) falaram pra me cuidar, mas, eu tomo remédio, eu tomo a noite, tomo com água, dá fome. (CX1)

Esta descrição de CX1 não se confina a uma prática única de tratamento, mas revela uma estratégia integrada que ressoa com as percepções e a cosmogonia Guarani. Outro relato evidencia um regime terapêutico que parece cíclico às sensações corporais:

Eu tô tomando sim, um dia sim, um dia não, do jeito que te expliquei né, eu tô tomando um dia sim, um dia não, né, e sei lá menina, eu me sinto bem, não tenho pressão alta, não tenho pressão baixa, eu não tenho aquele diabete. (CX2)

Eu acredito na cura, depois que comecei a tomar remédio, eu não experimentei ficar mais de um mês sem o remédio pra ver como é, isso que é depender do remédio, só o remédio mesmo. (CX3)

Adicionalmente, os participantes da pesquisa relataram e revelaram um processo de hibridismo ontológico, dos oito participantes, cinco participantes declararam práticas pentecostais e tradições Guarani, uma participante associou-se ao candomblé e um com as práticas Guarani. Somente uma narrativa não apresenta qualquer referência ao hibridismo ontológico. A adesão ao tratamento antirretroviral, portanto, emerge como um fenômeno que vai além da conformidade farmacológica, entrelaçando-se com escolhas e comportamentos derivados do momento histórico e cosmogônico vivenciado pela comunidade Guarani da Reserva Indígena de Dourados:

Eu tenho um amigo que ele é HIV também, ele me abraça e chora e diz 'pelo amor de Deus, não deixe de tomar seu remédio', eu falei porquê? 'Não deixe de tomar seu remédio, porque se ficar sem seu remédio se vai morrer', eu falei eu sei que algum dia eu vou morrer. Depois que eu entrei na igreja, aceitei Jesus de coração, assim de alma, aí eu aprendi como que respeito é bonito né, e é bom na vida gente, eu aprendi dentro da igreja (...) Deus me ensinou a ser educada (...) vencedora né, ah eu lutei né, chegar até aqui, eu venci até aqui, consegui passar barreiras, eu lutei tanto, pra mim chegar até aqui né, passei tanta humilhação mas eu venci, graças a Deus, eu venci, hoje eu tô aqui em pé, pra contar meu testemunho para todo mundo, eu não tenho vergonha de fala não, falei pra ela, esse pecado eu não tenho, vergonha, não tenho memo, passei, passei, tô viva, agora não sei mais o que vou ter na minha vida, não sei, só Deus sabe, que eu vou conseguir mais na minha vida, tô aqui em pé, né, graças a Deus. (CX2)

Seja como Deus quiser, se o Senhor falar vou curar ele cura, se ele falar não vou curar vai ficar assim, eu vou ficar também, né, pode ter certeza que eu acredito no milagre (...) eu tô bem, agora eu vou ter que mexer as coisas da nenê (filha que possui esquizofrenia), vou tentar aposentar ela (...) tô namorando, terminei com aquele, era muita humilhação ir na cadeia ver ele (...) acabou que eu terminei, acho que ele entendeu, meu namorado todo final de semana vem aqui, ele quer me ajudar, mas, eu sou orgulhosa. Eu já falei pra ele que tenho HIV, até agora estamos bem, vamos ver, né, ele não é daqui ele trabalha aqui, é do Maranhão. (CX4)

O Agente de Saúde sabe que tenho (...) quando tinha 15 anos, eu tinha acabado de casar com uma mulher (...) eu fiquei doente, aquilo era macumba, cantaram em mim e eu me curei, tiraram tipo uma brasa de mim, antigamente tinha isso, ele mostrou a doença que tirou de mim, 12 tipos de doenças já tiraram de mim (...), mas hoje eu não posso ficar sem remédio, não posso. Eu não sei explicar se eu peguei ou foi um feitiço, nem em meu sonho eu consegui enxergar. (CX5)

Em um contexto em que a diversidade cultural interage com práticas de saúde, o conceito de adesão ao tratamento é reconfigurado para incorporar as especificidades culturais que se alinham aos valores, crenças e práticas prevalentes em uma determinada comunidade. Essa abordagem desafia a hegemonia da biomedicina, sugerindo um modelo de cuidado de saúde que são inerentemente híbridos e real. Conforme Bhabha (1998), esse modelo é representativo do “terceiro espaço”, um ambiente intermediário que permite surgir novas formas e práticas terapêuticas. Neste espaço, as narrativas autoritárias e hegemônicas são desestabilizadas, possibilitando que indivíduos marginalizados negociem seus significados e representações culturais e articulem suas ontologias/epistemologias e práticas terapêuticas de forma dinâmica; promovendo reações e ações de resistência contra as estruturas de poder monolíticas na biomedicina, defendendo um espaço onde as estratégias de saúde

podem ser cocriadas, respeitando a complexidade e a individualidade das experiências de *illness* e suas expressões culturais.

Fazendo a interlocução com os relatos das pessoas Guarani sobre como ocorreu a transmissão do HIV/AIDS na comunidade Guarani, se evidencia que se desvia substancialmente do estereótipo ocidental que frequentemente associa a doença às práticas homossexuais, o que historicamente tem sido uma fonte de estigmatização. Nos relatos Guarani, a transmissão do HIV é contextualizada em uma gama mais ampla de situações que transcendem a orientação sexual, redefinindo assim a noção de estigma neste contexto cultural.

Por exemplo, uma pessoa relata um incidente de contaminação que ocorreu por meio de um ferimento acidental, e não como resultado de uma relação sexual:

Eu furei meu dedo com agulha, isso aí antes de casar com um cara que já tinha HIV. (CX2)

Outra, vincula a transmissão a um ato de violência doméstica, um vetor de transmissão que não está associado a práticas sexuais específicas:

Eu acho que eu peguei essa doença, de tanto meu falecido marido me bater. (CX6)

Além disso, a comunicação entre parceiros sobre a doença é apresentada como complexa e multifacetada:

Ele passou isso anos, melhorou, sarou aí veio o início da tuberculose (...) dois anos depois, eu fiquei com essa dúvida, eu fui fazer o exame e descobri o que eu tinha. (CX7)

Um relato adicional ilustra a resistência ao uso de preservativos, desafiando a norma de prevenção:

Eu não tinha antes, mas, eles me chamaram depois que eu fiquei com ele (...) tem que usar camisinha ela falou para mim, eu falei pra ela, eu não vou usar camisinha. (CX1)

As vivências narradas podem ser aproximadas à definição de estigma da Organização Mundial da Saúde (OMS), que o caracteriza como uma “associação desonrosa entre uma pessoa ou grupo de pessoas e uma condição, qualidade ou status específico”, levando a consequências como preconceito, rejeição, exclusão/auto exclusão e discriminação. A OMS reconhece que o estigma é um processo social que transforma indevidamente a pessoa estigmatizada a um estereótipo negativo, desconsiderando sua integralidade como ser humano (OMS, 2021).

No entanto se faz necessário acrescentar a esse conceito de estigma, o contexto moral e cultural que segundo Yang et al. (2007), é fruto de um processo social com múltiplas dimensões; envolvendo significados culturais, estados afetivos, papéis e tipos ideais. Uma dialética social de interpretação e resposta que garante efetivamente que a marginalização seja perpetuada, uma vez que outros respondem a um indivíduo estigmatizado como alguém já sobrecarregado de vergonha, ambivalência e baixo estatuto. Ao integrar a visão Guarani na definição de estigma, deve-se reconhecer que o estigma não é apenas uma questão de percepção pessoal, mas uma experiência que se entrelaça com as camadas mais profundas da identidade e da vida comunitária Guarani.

Para os Guarani, o estigma associado ao HIV/AIDS pode ser entendido como um desalinhamento com os valores comunitários, crenças espirituais e a harmonia social que são fundamentais para a sua cosmovisão. O estigma, portanto, não só marginaliza a pessoa dentro do tecido social, mas também perturba a conexão espiritual e emocional que têm com seu ambiente e ancestrais, o que é crucial para a sua noção de

bem-estar e identidade. Este enfoque mais abrangente e culturalmente enraizado do estigma revela as implicações profundas que tem para a pessoa afetada, indo além do impacto social direto para influenciar a sua integração e papel dentro da cosmovisão Guarani.

Contudo, as narrativas de pessoas Guarani vivendo com HIV/AIDS demonstram que ao estigma em relação a pessoa com HIV/AIDS representa a morte social:

eu não sei o que ela fez (filha) fez com a prima dela lá, uma devia pra outra, aí quando eu vi ela começou a xingar minha filha (...), aí eu falei, se vocês devem uma para outra, porque não fica quites, pronto, aí morreu, aí ela (prima) virou e falou pra mim “se cala boca sua doente” me xingou feio assim, aquilo lá me machucou (...) sua doente, aidético, isso até hoje dói em mim, só que entregro na mão do Senhor. (CX4)

No afastamento imposto pela comunidade, que não se limita a uma questão de saúde física, mas afeta a capacidade do indivíduo de participar plenamente da vida social e comunitária:

Tem muita fofoca por aí (...) falam atoa, eles não querem vir em casa, dizem que não querem tomar tereré (bebida típica Guarani) comigo, que estou com uma doença muito feia, eu não ligo pra essas coisas, não ligo, não pode ter inveja. Agora, as pessoas da minha família, não! A gente toma mate, come junto, usa a mesma panela, a mesma colher, a gente come junto, nós tamo de boa! Aqui na minha família. (CX1)

Através da violência física, sendo tanto uma expressão de *illness* pela dor e trauma físico quanto pela exclusão social e familiar que muitas vezes acompanha tais atos:

Eu apanhei muito dos meus filhos. (CX2)

Primeiro as minhas filhas me rejeitaram, compraram prato separado, colher separado, copo separado, tem pessoas que conversaram com ela que não era assim para fazer, nem tererétereré, eu não posso mais tomar com elas (...) agora mudou algumas coisas, pessoas conversaram com ela. (CX3)

Minha família me abandonou, então isso eu, provavelmente pode acontecer, porque a gente não tá, haver disso né (não está imune disso), porque querendo não é família né, então ele vê, por outro lado, ele vê o HIV, AIDS como uma pessoa doente, eles não dão apoio, eles vê uma pessoa doente, não é igual ao hipertenso, diabético, câncer, é totalmente diferente, e existe esse preconceito, querendo ou não, então pra você não receber esse preconceito, então eu preferi ficar comigo mesmo, são poucas pessoas, que sabem assim, da saúde e da onde hoje eu trabalho. (CX8)

A morte social, dentro deste contexto, é um aspecto crítico da *illness* que é profundamente influenciado pelas normas socioculturais e pelas expectativas comunitárias. Os Guarani enfrentam não apenas os desafios físicos do HIV, mas também a complexidade da experiência de *illness* em suas vivências, onde o estigma pode levar a uma exclusão que é funcionalmente semelhante à morte. Portanto, o estigma pode ser visto como um exemplo de como as normas culturais e as relações sociais influenciam a percepção e o manejo de doenças. A “morte social” observada nos relatos é um reflexo direto da interseção entre a saúde e o tecido social, demonstrando como a saúde e o bem-estar pessoal são profundamente enraizados nas relações comunitárias e na estrutura social. A rejeição evidenciada nos relatos é indicativa de como a *illness* pode afetar a identidade e o status social do indivíduo no grupo. Por exemplo, uma mulher descreve que o estigma reforça o isolamento social e outro interlocutor narra o isolamento imposto pela comunidade, por medo da doença:

O isolamento acaba trazendo a tristeza, isso leva aos pensamentos como o suicídio, comigo por enquanto não aconteceu, mas, pode vir acontecer, eu sei que eles vão me isolar, é complicado porque a gente não quer que a família sabe, eu tiro por mim, não quero que o agente de saúde saiba de mim, o que dá para fazer e procurar mais vezes o posto (Posto de saúde) de saúde, se não tá bem vai no posto de saúde. (CX8)

eles não querem vir em casa, dizem que não querem tomar tereré comigo. (CX1)

CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROPOSTAS PARA POLÍTICAS PÚBLICAS

Para os Guarani, o estigma atribuído ao indivíduo com HIV/AIDS implica na marginalização e isolamento da pessoa. Para além do indivíduo, a doença é percebida como perturbação na conexão espiritual e emocional do doente com seus ancestrais e com seu território, expressando um desalinhamento com os valores comunitários, crenças espirituais e a harmonia social. Isso afeta o bem-estar e identidade da pessoa Guarani com implicações profundas para sua integração e papel sociais desde a cosmovisão Guarani.

Kleinman (1988) e os Good (1981) enfatizam a necessidade de entender a *illness* dentro de seu contexto cultural, sugerindo que políticas públicas eficazes devem incorporar compreensões locais do adoecer e da cura. As políticas públicas de saúde devem, portanto, ser adaptadas para respeitar e integrar os significados e práticas culturais dos Guarani, indo além da simples tradução de práticas biomédicas.

Acrescenta-se que, as políticas públicas devem impactar sobre as desigualdades socioeconômicas na saúde e sobre condições estruturais que perpetuam a vulnerabilidade, como bem afirma Farmer (1999). No caso

dos Guarani, isso inclui investimentos em infraestrutura de saúde, educação intercultural em saúde e a garantia de acesso universal a cuidados de saúde e a medicamentos antirretrovirais. No entanto, esse acesso universal deve realçar a importância de reconhecer a medicina tradicional indígena, como bem apresenta Seppille (2011), sugerindo que as políticas de saúde devem promover um diálogo entre sistemas médicos e reconhecer o valor das práticas indígenas. Isso pode incluir a formação de profissionais de saúde que sejam culturalmente competentes e a implementação de programas que integrem as práticas tradicionais com os tratamentos biomédicos. As políticas públicas devem ser desenhadas para alcançar aqueles que estão à margem da sociedade e garantir que nenhum indivíduo/pessoa/comunidade seja esquecido pelo sistema de saúde.

As políticas públicas devem ser flexíveis o suficiente para apoiar a inovação e a adaptação das práticas de saúde que são cocriadas pelas comunidades indígenas, valorizando assim a autonomia e a sabedoria desses povos, que as políticas públicas promovam a colaboração entre a biomedicina e a medicina tradicional indígena, respeitando a autonomia cultural e o conhecimento local. Resultando em políticas públicas dinâmicas e inovadoras, permitindo a emergência de práticas híbridas de saúde que reflitam a interculturalidade das comunidades Guarani.

REFERÊNCIAS

- Baer, M. R., & Roberts, J. (2002). Complex HIV treatment regimens and patient quality of life. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 43(2), 115.
- Bastos, F. I. (2006). *Aids na terceira década*. Editora Fiocruz.
- Bhabha H. (1998). *O local da cultura*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1998.
- Biehl, J. (2005). *Vita: Life in a zone of social abandonment*. University of California Press.
- Biehl, J. (2008). Antropologia do devir: psicofármacos - abandono social - desejo . *Revista De Antropologia*, 51(2), 413-449. <https://doi.org/10.1590/S0034-77012008000200002>

- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Manuais; n. 84)
- Farmer, P. (2001). *Infections and inequalities: The modern plagues*. University of California Press.
- Good, B. J., & Good, M.-J. D. (1981). The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. In C. A. Kleinman & B. J. Good (Eds.), *Culture and the clinical process* (pp. 165-196). Mouton Publishers.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. New York, Cambridge University Press.
- Hays, R. D., Cunningham, W. E., Sherbourne, C. D., Wilson, I. B., Wu, A. W., & Cleary, P. D. (2000). Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: Results from the HIV cost and services utilization study. *American Journal of Medicine*, 108, 714-722.
- Kleinman, A. (1988) *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- Koenig, S. P., Leandre, F., & Farmer, P. E. (2004). Scaling-up HIV treatment programmes in resource-limited settings: the rural Haiti experience. *Aids*, 18, S21-S25.
- Langdon, E. J. “A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. Etnográfica.” *Revista do Centro de Estudos de Antropologia Social* 5.2.
- Marin, B.V. (2003). HIV Prevention in the Hispanic community: Sex, culture and empowerment. *Journal of Transcultural Nursing*, 14, 186-192
- Mauss, M. Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: *Sociologia e antropologia*, v. II. São Paulo: Edusp; 1974.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021). HIV/Aids. Washington DC; [citado 10 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hivaida>.
- Orlandi, E. (2011) *Discurso e Texto: formação e circulação do sentido*. Campinas, SP: Pontes.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., ... & Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of internal medicine*, 133(1), 21-30. Phillips, P., Bonner, S., Gataric, N., Bai, T., Wilcox,
- P., Hogg, R., ... & Montaner, J. (2005). Nontuberculous mycobacterial immune reconstitution syndrome in HIV-infected patients: spectrum of disease and long-term follow-up. *Clinical infectious diseases*, 41(10), 1483-1497.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). (2022). *Estatísticas 2022* [citado 27 dez. 2022]. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>.

- Seppilli, T. (2011) Saúde e antropologia: contribuições à interpretação da condição humana em ciências da saúde. *Interface*, v.15, n.38, p.903-914.
- Schnauffer, E. C., *et al.* (2023). Prevalence of HIV-1 infection and associated characteristics in a Brazilian indigenous population: a cross-sectional study. *The Lancet Regional Health–Americas*, 25.
- Smith, G., & Holman, R. P. (2004). The prozone phenomenon with syphilis and HIV-1 co-infection. *Southern Medical Journal*, 97(4), 379-383.
- Weber, M. T., Finkelstein, A., Uddin, M. N., Reddy, E. A., Arduino, R. C., Wang, L., ... & Schifitto, G. (2022). Longitudinal effects of combination antiretroviral therapy on cognition and neuroimaging biomarkers in treatment-naive people with HIV. *Neurology*, 99(10), e1045-e1055.
- World Health Organization. (2003). Nutrient requirements for people living with HIV/AIDS.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social science & medicine*, 64(7), 1524-1535.

A CONTRIBUIÇÃO DA ETNOGRAFIA À ATENÇÃO DIFERENCIADA NA SAÚDE INDÍGENA

Ari Ghiggi Jr
Esther Jean Langdon

INTRODUÇÃO

Implementado em 1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) estabeleceu um novo modelo de gestão e de atenção baseado no princípio de *atenção diferenciada*. Fazendo parte do Sistema Único de Saúde (SUS), é guiado pelos mesmos princípios: acesso universal, equidade, controle social e participação comunitária, mas o que diferencia o SasiSUS é a demanda para que os serviços de saúde respeitem e se articulem com os conhecimentos e práticas dos povos indígenas. A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), promulgada em 2002, consolidou o discurso de atenção diferenciada, afirmando a cidadania indígena e necessidade de adequação das ações em saúde promovidas pelo Estado às especificidades socioculturais indígenas. A PNASPI define o modelo de atenção diferenciada como “contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política para superação dos fatores que tornaram tal população vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (Brasil, 2002, p. 13). Na PNASPI, respeito e articulação com as práticas indígenas são componentes norteadores das ações nos serviços de saúde:

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às



concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (Brasil, 2002, p. 18).

Atenção diferenciada é uma concepção de fundo que liga a necessidade de respeito à pluralidade de processos de saúde e doença ao estímulo à participação social. Dessa perspectiva, é necessário que os profissionais de saúde reconheçam que seus pacientes indígenas estão contínua e autonomamente articulando suas próprias práticas terapêuticas com os serviços oficiais. É inegável que a política de saúde indígena representa um marco histórico e um instrumento retórico importante para reconhecer os saberes e práticas indígenas (Ghiggi Jr, 2023; Langdon, 2022). Mas, aproximar o discurso político de sua efetivação na prática exige uma mudança de postura dos profissionais de saúde nos contextos interculturais em que trabalham. Mesmo depois de 20 anos, o entendimento da atenção diferenciada ainda esbarra em dúvidas, ambiguidades e diversos problemas estruturais que refletem a forma como os serviços oficiais de saúde se relaciona com os usuários indígenas.

Este capítulo explora a contribuição da abordagem etnográfica para promover serviços de saúde mais adequados ao princípio da atenção diferenciada. Considerando que as estratégias comunicativas da biomedicina frequentemente se limitam ao que os profissionais de saúde identificam como importante, a abordagem etnográfica pode contribuir para estimular o diálogo em contexto intercultural na medida em que a autonomia e o protagonismo indígenas são considerados centrais para a solução dos problemas de saúde. A partir de 30 anos de pesquisas etnográficas entre os Kaingang da Terra Indígena Xapecó

(TIX)⁵, exploramos a pluralidade de recursos terapêuticos utilizados pelos indígenas e como a etnografia pode contribuir para desenvolver um olhar e ouvir mais sensíveis ao contexto intercultural por parte de profissionais de saúde do SasiSUS.

Assumpção (2022) chama atenção para a imprecisão no conceito atenção diferenciada, pois não existe qualquer orientação no texto da PNASPI sobre como realizá-la. Falta clareza do que ela deve se diferenciar e não se explica de forma direta como deve ser praticada. Portela-García (2010), na sua etnografia sobre a atenção à saúde oferecida aos Kaingang diagnosticados com diabetes e hipertensão, constatou polissemia e ambiguidades em torno do termo entre os membros da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). Entre as queixas dos profissionais em relação sobre atuação no contexto indígena estavam as dificuldades cotidianas enfrentadas por conta da “cultura indígena”, que minava a adesão dos pacientes aos procedimentos terapêuticos oficiais. Também argumentavam que a atenção diferenciada não era necessária, porque naquele contexto os Kaingang já teriam perdido suas características culturais originais. Além do atendimento clínico, priorizavam a educação dos pacientes indígenas para as formas corretas de utilização de medicamentos, da prática de exercícios físicos e o comparecimento em reuniões de orientação dos programas oferecidos para a população em geral.

Em termos gerais, as pesquisas etnográficas têm observado que os profissionais de saúde tendem a assumir uma posição comunicativa hegemônica na interação com usuários indígenas, ignorando sua perspectiva dos processos de saúde e enfermidade e agência para

5 O primeiro autor vem realizando diversas pesquisas etnográficas na TIX desde 2004, sobre práticas de autoatenção e serviços oficiais de saúde, acompanhando casos específicos de enfermidade e os itinerários terapêuticos percorridos para sua solução assim como diálogos com um amplo conjunto de pessoas reconhecidas como terapeutas ou curadoras pelos Kaingang. A segunda autora desenvolveu e coordenou diversos projetos de pesquisa etnográfica, desde os anos 1980, entre os Kaingang de Santa Catarina e orientou várias gerações de estudantes de antropologia em suas pesquisas em saúde indígena.

procurar outras terapias (Portela-García, 2010; Rosalen, 2018; Ghiggi Jr & Langdon, 2013; 2014; Guimarães, 2015). Tanto as campanhas de educação em saúde quanto a consulta médica se apoiam num modelo clínico que se sustenta em estratégias comunicativas unidirecionais e informacionais e onde os papéis de profissional e usuário são assimétricos, distanciados e bem definidos (Tannen & Wallat, 1998; Ribeiro *et al.*, 2007; Garnelo, 2001; Nations, 1996; Briggs, 2005). Deste ponto de vista o profissional atua como o emissor do discurso autorizado sobre saúde frente a um receptor desinformado e passivo.

Diferente da metodologia de pesquisas experimentais das ciências naturais ou da prática de clínica médica, a pesquisa etnográfica procura compreender a realidade cultural e social. Neste processo, o *olhar* e o *ouvir* sensíveis são os princípios que guiam o entender etnográfico através de relações mais simétricas e do diálogo interétnico, gerando a relação intersubjetiva caracterizada pela partilha de sentidos, experiências e conhecimentos entre sujeitos (Cardoso de Oliveira, 2000). É desta perspectiva que temos desenvolvido nas pesquisas entre os Kaingang algumas questões relevantes para a prática dos profissionais de saúde e a diretriz da atenção diferenciada, entre elas: como os Kaingang percebem, organizam e procuram resolver seus problemas de saúde no contexto de pluralismo médico? Quais são as opções terapêuticas disponíveis, sejam estas tradicionais ou não? Quando procuram e como são as interações com os serviços biomédicos?

PLURALISMO MÉDICO NA TIX

A TIX está localizada nos pequenos municípios de Ipuauçu e Entre Rios, oeste de Santa Catarina, próxima aos centros urbanos regionais de Chapecó e Xanxerê. A população, aproximadamente de 6 mil habitantes

(Funai apud Isa, 2023), é atendida pelo SasiSUS através de 6 postos de saúde e uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. A etnia Kaingang representa a 3ª maior população indígena do Brasil (IBGE, 2023), localizada desde o estado de São Paulo até o Rio Grande do Sul. Os Kaingang em geral estão distantes da imagem genérica e romantizada de indígenas selvagens e isolados. Relacionam-se há séculos com outras etnias indígenas e com a sociedade envolvente via colaboração ou conflito. Por causa da grande redução de seus territórios ancestrais, a maioria dos Kaingang, ao menos em termos de subsistência, depende das relações cotidianas com a sociedade envolvente: seja para acesso a programas sociais e serviços públicos ou para conseguir recursos via trabalho formal ou informal. No caso de Xapecó, muitos têm decidido viver de forma definitiva nas cidades, ampliando as redes de relações para além dos limites da terra indígena. A situação sanitária dos Kaingang reflete a história de relações com a sociedade envolvente, perceptível no abandono de práticas tradicionais de subsistência e mudanças no regime alimentar e de atividades físicas.

Os Kaingang, como outros grupos indígenas, têm desenvolvido muitas práticas de cuidados para assegurar que a pessoa possa se desenvolver corporal e moralmente dentro do grupo social. Tais práticas de cuidados são reconhecidas como “práticas de autoatenção”, ao enfatizar a autonomia dos grupos indígenas no desenvolvimento de estratégias para prever ou curar o que eles percebem como problemas de saúde (Menéndez, 2003). Para os Kaingang, as práticas de autoatenção são tanto preventivas como curativas, envolvem dietas e restrições alimentares, banhos, elaboração de chás com os *remédios do mato* e até mesmo a automedicação alopática (Diehl, 2001). Os saberes e práticas relacionadas aos *remédios do mato* são conhecimentos de como utilizar plantas para feitiço de chás ou outras preparações para tratamento de

doenças e prevenção de outros infortúnios. Para os indígenas mais velhos trata-se de um saber construído na transmissão intergeracional que remete à *tradição* indígena (Ghiggi Jr, 2018).

As mulheres se destacam no grupo familiar, pois são elas que, na maioria das vezes, protagonizam e conduzem as práticas de saúde. São elas que avaliam o estado de saúde dos enfermos, decidem que rumos e escolhas seu grupo doméstico deve seguir nos desdobramentos dos processos de saúde, enfermidade e atenção, principalmente, se devem ou não procurar o posto de saúde (Ghiggi Jr, 2022). Nos casos em que a enfermidade perdura por muito tempo, a capacidade de articulação e engajamento das mulheres em relações de troca e sociabilidade é determinante para apoiar a circulação dos indígenas por novos recursos terapêuticos – inclusive na obtenção de recursos básicos para subsistência.

A pluralidade de recursos acionados nos itinerários terapêuticos pelos Kaingang da TIX foi descrita por Ghiggi Jr (2015) como redes terapêuticas emergentes que envolvem a atuação de diferentes agentes, instituições, eventos, rituais e práticas para além dos serviços oficiais de saúde. Dentre os referenciais importantes para a população local estão os *Kuiãs*, os xamãs Kaingang ligados ao que os indígenas chamam de *tradição*. Segundo Veiga (2006), o *Kuiã* pode entrar em contato através do sonho com os espíritos-guias animais, *iangré*, e através deles obter informações acerca de diagnósticos e procedimentos a serem empregados no tratamento ou prevenção de qualquer tipo de problema, individual ou coletivo. Somente ele é capaz de atuar sobre o *susto*, uma enfermidade onde o espírito deixa o corpo durante o sonho e visita outros lugares, inclusive o *Numbê*, a aldeia dos mortos, e não volta ao corpo. Ao *Kuiã* cabe sonhar e resgatar o espírito.

Na TIX, outras categorias importantes de terapeutas ou curadores são as *benzedeiras* e as *curandeiras*. As *benzedeiras* realizam o benzimento,

um breve ritual que envolve imposição das mãos sobre uma pessoa enferma enquanto profere uma oração suplicando o auxílio de algum santo padroeiro. Possuem conhecimento sobre *remédios do mato*, podem receitar alguns chás e aplicar técnicas diversas para a remissão de moléstias específicas, como *rendidura*, *amarelão* e *míngua*. Os *curandeiros* agregam as práticas das benzedadeiras e possuem um saber guiado por espíritos de outros curandeiros já falecidos ou algum santo do catolicismo popular. Estes guias são incorporados voluntariamente em rituais denominados *mesas* onde realizam diagnósticos e encaminham tratamentos. Em casos de enfermidades graves e persistentes, os curandeiros podem incorporar seus guias para realizar *cirurgias espirituais*.

Na TIX, as religiões cristãs figuram como importantes para o estabelecimento de paradigmas sobre o que é uma vida saudável ou sobre a cura de aflições (Ghiggi Jr e Wiik, 2022), um papel frequentemente ignorado pelos profissionais que trabalham nos postos de saúde, por ir além do que é reconhecido por eles como formas tradicionais de atenção. O cristianismo na TIX divide a população entre católicos, praticantes de uma versão *popular* que se distancia dos cânones oficiais, e os *crentes* ou *evangélicos* de diversas denominações – como Assembleia de Deus, Só o Senhor é Deus, O Brasil para Cristo, Deus é Amor, Rei da Glória, Noiva de Jesus, Rosa de Saron.

Para os evangélicos, os processos de saúde, enfermidade e atenção obedecem à lógica de batalha de Deus contra o mal. Segundo os indígenas, a *doutrina* evangélica diz respeito a uma moralidade associada a uma série de regras que incidem sobre aspectos da corporalidade e do comportamento social. As doenças em geral são causadas por *desvios* destas normas, que permitem a atuação de espíritos malignos no corpo do desviante para enfraquecer sua aliança com Deus.

Na lógica dos crentes, a *oração* é uma prática individual cotidiana que consiste em agradecimentos ou pedidos suplicados em voz alta a Deus, dentre os quais pode estar a solução de enfermidades ou infortúnios em geral. A oração pode ser intensificada nos *cultos*, rituais conduzidos por *pastores* que alternam momentos de *pregação*, *testemunhos* e música de *louvor* a Deus. Os cultos reforçam seus ideais morais, estabelecem as relações hierárquicas das igrejas e salientam a onipotência de Deus para curar toda e qualquer enfermidade. Experiências de enfermidade são rememoradas e compartilhadas publicamente em forma de *testemunho* em diversos momentos dos cultos. Os agentes evangélicos possuidores de *dons espirituais* servem de instrumento para manifestação de Deus e do Espírito Santo no seu corpo para interferir na esfera secular. O *dom da cura*, por exemplo, permite que seu possuidor identifique no corpo dos enfermos a presença dos espíritos malignos causadores da sua aflição e realize orações para afastá-los.

As práticas católicas são associadas aos santos, como nossa Senhora Aparecida, São Sebastião ou São João Maria, este último é figura central para os Kaingang católicos. Segundo os Kaingang, São João Maria é um astuto peregrino que possui a qualidade de transitar pela terra e fazer eclodir na paisagem nascentes de água potável. As águas de São João Maria são fontes sagradas com propriedades curativas, por vezes utilizadas no preparo de infusões com remédios do mato mais eficazes. Nas águas são realizados *batizados*, *rezas de terço*, *procissões* e *festas* em homenagem ao santo como pagamento de *promessas*.

Outro eixo de práticas terapêuticas utilizadas pelos Kaingang na localidade é a *Pastoral da Saúde/Criança*, um organismo de ação social ligado à Confederação Nacional dos Bispos no Brasil (CNBB) que desenvolve ações na comunidade indígena, como a limpeza e proteção

de fontes de água potável, plantio de hortas de legumes, verduras e ervas medicinais, além de produzir a “farmácia de fitoterápicos”, com tinturas, sabonetes, pomadas e xaropes para enfermidades leves. As Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria Auxiliadora que atuam na localidade já possuem ou estão no processo formação. Na prática, articulam com os Kaingang coordenando as atividades e formando líderes comunitárias e no acompanhamento de gestantes e pesagem de crianças de até seis anos em conjunto com a EMSI.

Os serviços oficiais de saúde representam referenciais terapêuticos importantes no cotidiano da população da TIX. O posto de saúde na aldeia Sede, o maior dos cinco postos da TIX conta com atendimentos de médicos generalistas, odontológicos, nutricionais, triagem de emergências, distribuição de medicamentos, vacinação e atividades educativas ligadas a programas do SUS. Os postos de saúde das aldeias periféricas possuem estrutura menor e contam com a atuação permanente apenas dos indígenas técnicos de enfermagem e dos Agentes Indígenas de Saúde. A TIX também conta com algumas viaturas para deslocar a EMSI para as aldeias menores e os pacientes indígenas para postos de saúde maiores ou hospitais da região. De forma geral, a rede do SUS é percorrida pelos Kaingang quando precisam ser encaminhados para os hospitais públicos das cidades próximas para realizar procedimentos de emergência ou exames, ou para locais distantes quando necessitam de serviços de níveis secundário e terciário.

Do ponto de vista dos indígenas, as práticas das diversas formas de atenção presentes na TIX são complementares e não são vistas como opostas às práticas biomédicas. Da mesma forma, os saberes tradicionais e as práticas relacionadas ao cristianismo fazem parte de um conjunto mais amplo de recursos que podem ser acionados

nos processos de auto atenção, uma miríade de conhecimentos, emergentes e dinâmicos, que podem ser articulados autonomamente para resolução de suas aflições.

As pesquisas têm demonstrado que os profissionais de saúde veem as demais formas de atenção existentes na TIX como distantes e contraditórias à prática biomédica. Como mencionado no início em referência a pesquisa sobre diabetes e hipertensão (Portela-Garcia, 2010), a diversidade de percepções e práticas são negadas nas interações entre profissionais e usuários indígenas. Em vez de articulação, os profissionais continuam seguindo os protocolos biomédicos sem adaptações ao contexto intercultural em que trabalham e às diretrizes de atenção diferenciada (Langdon *et al.*, 2006; Diehl & Langdon, 2018; 2020).

Em nossas pesquisas etnográficas sobre abuso de álcool entre os Kaingang (Ghiggi Jr e Langdon, 2013; 2014) percebemos que a população da TIX reconhece alguns problemas específicos relacionados ao uso destas substâncias, utilizando a categoria acusatória *bêudo* em referência aos indivíduos que subvertem as formas localmente adequadas de beber e se comportar quando se bebe. O *bêudo* é reconhecido pela sua *performance* corporal pública no andar cambaleante, gritos, xingamentos, rosnados associados ao consumo exagerado de bebidas alcoólicas. A simples permanência do *bêudo* nos espaços centrais das aldeias é muito mal-vista, mas, a preocupação maior é com a possibilidade das suas atitudes desencadarem episódios reais de violência.

Estas pesquisas também demonstraram que os Kaingang utilizavam práticas de autoatenção para controlar ou reverter estas situações indesejadas. As *lideranças indígenas* atuavam para controlar a circulação das bebidas no interior da TIX, proibindo sua venda cotidiana e permitindo a comercialização de cerveja somente nos eventos de baile

e campeonatos de futebol. Também, agiam punindo quem praticava atos violentos ou amarrando ao tronco quem demonstrasse que estava alcoolizado nas áreas centrais das aldeias. Os crentes também representavam uma força de atuação direta contra o abuso de bebida alcoólicas através da conversão de indígenas e a adoção da prática da abstinência presente na *doutrina* religiosa.

Na época, a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas não figurava entre as preocupações dos membros da EMSI. Percebemos que utilizavam uma ideia genérica e de senso comum, e não um diagnóstico médico, sobre a ocorrência de muitos casos de “alcoolismo” entre os indígenas da localidade. Entre as diversas ações em saúde que desenvolviam, buscavam explicar educativamente sobre os males que as bebidas alcoólicas causavam na precarização dos processos nutricionais, o estímulo a doenças como hipertensão e hepatite, e a interferência negativa nos tratamentos com medicamentos alopáticos.

A iniciativa de desenvolver um programa institucional de enfrentamento aos “problemas relacionados ao uso de álcool”, em 2010, foi proposta pela FUNAI, numa articulação com a EMSI e uma Organização Não-Governamental sediada no Paraná. Tratava-se da implementação de um modelo de ajuda mútua a partir do método Hudolin, voltado à sobriedade e abstinência por parte de indivíduos “alcoólatras” auxiliados pelas suas famílias. O programa, entretanto, não buscou compreender a perspectiva local sobre os problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas e não reconheceu as formas locais de auto atenção utilizadas no seu enfrentamento. Em pouco tempo o programa foi abandonado por falta de adesão da comunidade e em decorrência de impasses entre os facilitadores indígenas e não indígenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O entender etnográfico permitiria que o profissional de saúde que atue em contexto intercultural desenvolva a atenção diferenciada como prática. Não se trata de realizar uma pesquisa antropológica ou se tornar especialista na cultura da população local, mas exercitar as “faculdades do entendimento” (Cardoso de Oliveira 2000, p. 17), de forma a sensibilizar o olhar e o ouvir, para compreender e reconhecer a pluralidade de conhecimentos e articulações dos pacientes indígenas com as opções terapêuticas e que os serviços da medicina oficial representam apenas um eixo de recursos entre outros disponíveis. Uma postura simétrica com relação aos indígenas e suas práticas é a base do entender etnográfico, que deve ser também para a construção de práticas de atenção diferenciada. Conhecer a realidade vivenciada pelas famílias e suas ações diversas permite entender que os sujeitos estão imersos em redes de relações sociais. A prática de atenção diferenciada apoiada na comunicação simétrica permite a articulação com as redes e práticas de seus usuários sem abandonar o conhecimento profissional.

Articular com o protagonismo indígena significa reconhecer que suas noções e preocupações de saúde são muito mais amplas para seus pacientes indígenas que o saber biomédico. Eles articulam as opções terapêuticas e interpretam o atendimento e recomendações biomédicas a partir das suas próprias avaliações de seus estados de saúde, negociações e escolhas no desenrolar do processo de saúde e doença. Respeitar a autonomia indígena no processo de articulação com os serviços de saúde significa partir da perspectiva dos indígenas na experiência de utilização dos recursos terapêuticos.

O entender etnográfico parte da construção de relações horizontais com o outro. A experiência e exercício destas relações se dão no diálogo

e ajudam na superação do modelo clínico baseado na comunicação unidirecional informacional, um incentivo aos profissionais a abandonar a posição de assimetria que suas atitudes assumem na relação aos saberes e práticas utilizadas pelos indígenas. Isto não significa que os profissionais devam abandonar a prática da biomedicina, mas entender que seu papel é limitado no encontro intercultural por ser uma dentre outras formas de atenção disponíveis.

Assumpção (2017, 2017a) pesquisou entre equipes de saúde do Projeto Xingu e percebeu que os médicos que trabalhavam há muito tempo entre os indígenas adaptavam seus protocolos para contemplar o que chamaram de clínica ampliada. Tentaram ampliar o conceito de saúde e de bem-estar junto às comunidades, considerando os aspectos subjetivos dos sujeitos doentes e suas práticas, sem se afastar dos conhecimentos biomédicos. Passaram a presenciar pajelanças, procedimentos diversos empregados pelos indígenas, o trabalho das parteiras e os conhecimentos dos raizeiros. Reconheciam a autoridade de cura dos pajés e respeitavam a prioridade de seu processo de ação terapêutica e condicionavam suas decisões clínicas a partir do que o pajé estivesse fazendo. Na sua pesquisa sobre os médicos cubanos atuando nos EMSI do baixo Oiapoque, Assumpção (2022) observa que estes passaram a ter uma experiência de convivência mais direta com o cotidiano da comunidade e estabeleceram novas práticas comunicativas nas consultas, provavelmente devido a sua formação específica e longa experiência com a estratégia Saúde da Família.

As experiências destes profissionais mostram possibilidades de colocar atenção diferenciada na prática através de relações mais simétricas entre indígenas e profissionais de saúde. O vínculo com a comunidade, o diálogo e a escuta, permitem uma flexibilidade negociada ao compartilhar códigos comunicativos no encontro intercultural. O respeito à autonomia

indígena também é fundamental, pois, é uma forma de reconhecer as estratégias de resistência no longo doloroso processo de exclusão vivenciado no Brasil.

REFERÊNCIAS

- Assumpção, K. (2017). Sobre obstrução intestinal, ingá e o espírito do veado: algumas reflexões sobre a relação interétnica entre indígenas e profissionais do Projeto Xingu. *Equatorial: revista do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social* 4(7):45-63.
- Assumpção, K. (2017a). Quem previne e quem cura? As traduções negociadas entre profissionais de saúde não indígenas no Médio Xingu. *Amazonica: Revista de Antropologia* 9(2): 678-698.
- Assumpção, K. (2022). Entre humanizar lo diferente y diferenciar a los humanos: apuntes sobre el programa Mais Médicos en la zona indígena del bajo río Oiapoque. In: Julio Portocarrero; Alexander Huerta-Mercado; Ariel David Ferreira; Ari Ghiggi Jr.. (Org.). *Más allá de lo terapéutico: aproximaciones etnográficas al estudio de la salud indígena en las tierras bajas de América del Sur*. 1ed. Peru: Cisepa-PUCP, v. 1, p. 158-173.
- Brasil. (2002). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2ª Ed. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde.
- Briggs, C. (2005). *Perspectivas Críticas de Salud y Hegemonía Comunicativa: Aperturas Progressistas, Enlaces Letales*. *Revista de Antropología Social*. Vol 14, 101-124.
- Cardoso de Oliveira, R. (2000). *O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever*. In: *O Trabalho do Antropólogo*, São Paulo: Editora Unesp.
- Diehl, E. E. (2001). *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- Diehl, E. E., & Langdon, E. J. (2018). Indigenous participation in primary care services in Brazil: Autonomy or bureaucratization? *Regions and Cohesion* 8(1):56-78.
- Diehl, E. E., & Langdon, E. J. (2020). An interdisciplinary approach to the studies of medicines. In *Medicamentos, cultura y sociedad*. Colección Antropología Médica, 34 org. Johanna Frölich Zapata, Cecilia García, Oriol Romaní. Taragona, Publicaciones URV. pp. 51-76.
- Garnelo, L. (2001). *Projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena: Uma Experiência de Educação e Comunicação em Saúde Indígena* In: Vasconcelos, EM (Org.). *A Saúde nas Palavras e nos Gestos*. pg 237-260. SP: Ed. HUCITEC.
- Ghiggi Jr, A. (2015). *Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da Terra Indígena Xapecó*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Ghiggi Jr, A. (2018). *Trayectorias y articulaciones de una sanadora kaingang en Santa*

- Catarina, Sur de Brasil. *Desacatos*, (58), 34-49.
- Ghiggi Jr, A. (2022). Protagonismo de las mujeres kaingang en itinerários terapéuticos en el sur de Brasil. In: Portocarrero, Julio; Huerta-Mercado, Alexander; Ferreira, Ariel David; Ghiggi Jr., Ari (orgs.). *Más allá de lo terapéutico: Aproximaciones etnográficas al estudio de la salud indígena en las tierras bajas de América del Sur*. Lima: Cisepa/PUCP.
- Ghiggi Jr, A. (2023). Cultura e atenção diferenciada: dos documentos oficiais à atuação de profissionais de saúde na Terra Indígena Xapecó. In: Maluf, Sônia Weidner; Diehl, Eliana Elisabeth; Nieto Moreno, Juana Valentina (orgs.). *Uma Antropologia da Práxis: homenagem a Jean Langdon*. Florianópolis, Eitora UFSC.
- Ghiggi Jr, A., & Langdon, E. J. (2013). Controle Social como Autoatenção: Estratégias Kaingang diante os abusos das Bebidas Alcoólicas. In *Processos de alcoolização indígena no Brasil: perspectivas plurais*. Maximiliano Loiola Ponte de Souza, org. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- Ghiggi Jr, A., & Langdon, E. J. (2014). Reflections on intervention strategies with respect to the process of alcoholization and self-care practices among Kaingang indigenous people in Santa Catarina State, Brazil. *Cad. de Saúde Pública*, 30(6)1250-1258.
- Ghiggi Jr, A., & Wiik, F.B. (2022). O Sagrado e a Saúde: Intermedicalidade, Sobreposições Êmicas e Agência entre os Kaingang no Oeste Catarinense. In: Oliveira, EA (org.). *Diálogos Contemporâneos sobre Corpo(s), Sujeito(s) e Saúde: Perspectivas Cruzadas*. Salvador: Segundo Selo.
- Guimarães, S. (2015). O Sistema medico Sanumá-Yanomami e sua interação com as práticas biomédicas de atenção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública* vol.31, n.10, pp. 2148-2156.
- Ibge - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). <https://indigenas.ibge.gov.br/estudos-especiais-3/o-brasil-indigena/povos-etnias>
- Isa – Instituto Socioambiental. Terra Indígena Xapecó: Povos e Demografia. <http://ti.socioambiental.org/pt-br/#!/pt-br/terras-indigenas/3906>
- Langdon, E. J. (2022). Articulaciones en Salud Indígena: Problematicando la Política de “Atención Diferenciada” en Brasil. In: *Más allá de los terapéuticos. Aproximaciones antropológicas a la salud indígena amazónica*. Org. Julio Portocarrero, Lima: Sería CISEPA PUCP. 259-284.
- 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 (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul). *Cadernos de Saúde Pública* 22(12): 2637-2646.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de excusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(3): 185-207.
- Nations, M. (1996). “I’m not dog, no!”: Cries of resistance against cholera control. *Social Science and Medicine* vol.33, n. 4, pp. 1007-1024.
- Portela García, S. C. (2010). Diabetes e hipertensão arterial entre os indígenas Kaingang da aldeia Sede, Terra Indígena Xapecó (SC): práticas de autoatenção em um contexto

de intermedicalidade. 2010. 133 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

Ribeiro, B. T., Lira, S. de A., Guimarães, M. & Jouët-Pastré, C. (2007). The Acquisition of voice in clinical settings: Identity shifts in a narrative of a Brazilian immigrant woman. In: Oral and Written Narrative and Cultural Identity. F. C. Fagundes e I.M.F. Blayer (Ed.). New York: Peter Lang.

Rosalen, J. (2018). Tarja preta: um estudo antropológico sobre ‘estados alterados’ diagnosticados pela biomedicina como transtornos mentais nos Wajãpi do Amapari. Tese de Doutorado, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. doi:10.11606/T.8.2019.tde-17092019-141715.

Tannen, D., & Wallat, C. (1998). Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: Exemplos de um exame/consulta médica. In. Ribeiro, B.T. e P.M. Garcez, (org.). Sociolinguística Interacional: Antropologia, Linguística e Sociologia em Análise do Discurso. Porto Alegre, Editora Age. pp. 120-141.

Veiga, J. (2006). Aspectos Fundamentais da Cultura Kaingang. Campinas: Curt Nimuendajú.

ENTRE PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA, ESTRATÉGIAS POLÍTICAS E DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE INDÍGENA BRASILEIRA

Cristina Dias da Silva

INTRODUÇÃO

Uma ideia se consolidou entre a(o)s antropóloga(o)s na primeira década após a implantação do modelo distrital na saúde indígena no Brasil, a partir de 2000: a de que o processo cotidiano de assistência à saúde dos povos indígenas ocorria mediante situações de constrangimento de vários tipos. Profissionais de saúde sem formação para atuar segundo os preceitos instituídos pela legislação vigente, pouco sensíveis às demandas indígenas, frequente interpretação das culturas indígenas como obstáculos ao atendimento, uso de formas de autoridade benevolente, tais como tutelar a fala do outro ou desmerecer ou desconsiderar suas crenças, valores, ideias e perspectivas são elementos bastante comuns na literatura antropológica (Athias & Machado, 2001; Garnelo, 2003; Marques, 2003; Buchillet, 2004; Langdon & Garnelo, 2004; Magalhães, 2006; Smiljanic, 2008; Teixeira, 2009; Dias Da Silva, 2010).

Ainda que o próprio texto da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) elencasse ações preconizando mudanças, adaptações e reformulação das perspectivas, fomentando os dispositivos legais de reconhecimento da diversidade cultural indígena, a forma como

a gestão cotidiana da saúde indígena e sua burocracia institucional se constituíam reproduzia em distintos níveis as lógicas de ação e classificação típicas do campo das políticas públicas em saúde. Tal conflito conduziu muitas de nossas reflexões, considerando o campo de estudos sobre saúde indígena no Brasil, sobre a urgência de se considerar a diversidade cultural como um paradigma em si, e não como uma perspectiva complementar à perspectiva biomédica no interior do subsistema de saúde indígena.

Por tais razões, pensar espaços políticos propícios para o exercício das diferenças entre as culturas indígenas e as práticas ocidentais foi um tema que sedimentou o debate sobre a saúde indígena, tendo se desdobrado em duas agendas importantes de investigação. Uma que permite compreender a dimensão dos processos saúde-doença a partir das noções de saúde, doença, corpo e pessoa, constituindo parte dos esforços de refletir sobre a diversidade cultural como um paradigma. E somada a esta, um estranhamento sistemático às práticas estatais, a contextualização histórica das relações de poder e um olhar etnográfico para as hierarquias profissionais e institucionais e para as dinâmicas de poder oriundas dos cenários de produção cotidiana das políticas de saúde para os povos indígenas (Garnelo & Wright, 2001; Langdon & Garnelo, 2004; Cardoso, 2004; Teixeira, 2018; Dias Da Silva, 2021a, 2021b). Aos poucos, certos objetos de análise ganharam ênfase como, por exemplo, o processo de formação e o espaço de atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (Dias-Scopel, 2005; Langdon *et al.*, 2006; Langdon & Diehl, 2007; Garnelo *et al.*, 2009; Novo 2010, Dias Da Silva, 2017), considerado um dos pilares para o desenvolvimento do controle social na saúde indígena (Garnelo & Sampaio, 2003, 2005).

Os desafios impostos aos sujeitos e espaços relacionados de maneira direta e indireta ao controle social refletiam as tensões políticas

em um cenário cuja articulação do âmbito distrital com o âmbito federal não era simples de ser manejado e incluía situações muito diversas nas cinco regiões brasileiras. Várias demandas apresentadas pelos Conselhos Locais e Distritais de Saúde não chegavam a ser incorporadas em sua integridade nas Conferências Nacionais (Teixeira; Dias Da Silva, 2013; Vieira *et al.*, 2013). A tensão constituída no interior da política universal de acesso à saúde estava vinculada aos espaços de interlocução com as diversidades culturais indígenas e, portanto, da pluralidade como elemento fundamental da política pública de saúde, mas não apenas. Os itinerários burocráticos da participação e do controle social começam a despontar como objeto de investigação na saúde indígena, uma vez que a própria noção de estado e de organização política passa a ser vista como um problema/objeto a ser descrito e considerado, conforme vem discutindo ao longo dos anos Teixeira e Dias da Silva (2013, 2015 e 2019), isto é, a partir do estranhamento metodológico das formas e performances do estado (Abrams, 1988).

Durante a pesquisa de doutorado que conduzi na região do alto Rio Tapajós, em 2008 e 2009, se vivia um momento de profundas adaptações decorrentes da criação dos DSEIS (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) alguns anos antes. Lembro-me da fala específica de uma liderança indígena Munduruku que questionou a presença de médicos em área, ressaltando que o trabalho das enfermeiras era melhor. A leitura inicial de tal comparação poderia nos levar erroneamente a ideia de que tal liderança ignorava as diferenças de formação profissional e suas atribuições. A convivência cotidiana, entretanto, me revelou que a sua fala dizia menos respeito ao desconhecimento do universo de formação dos profissionais de saúde e mais sobre a percepção de indesejadas hierarquias sociais no campo da saúde. Era uma crítica ao processo

político como um todo. Não eram apenas conhecimentos biomédicos que estavam em jogo, mas formas de interação e a possibilidade de trocar ideias e conhecimentos. Ao refletir sobre um possível campo de intermedicalidades, se tornou premente pensar o contexto de limites e possibilidades na desconstrução de hierarquias sociais na área da saúde, tanto enquanto área de conhecimento (biomedicina) como enquanto práticas governamentais em saúde. Sabemos, desde Foucault (2004, 1994), que a constituição histórica e política do campo da saúde, nos termos mais gerais da proposta oriunda das sociedades modernas europeias, foi amplamente fomentado mediante premissas epidemiológicas e tecnologias governamentais de assistência via controle dos corpos e dos territórios, desembocando em formações profissionais que se consolidaram na base de assimetrias sociais históricas, como por exemplo, ao considerarmos as relações de gênero na construção do saber científico médico (Rohden, 2001), assim como as classes sociais (Loyola, 1984; Boltanski, 1989), entre outros recortes possíveis. Nos desdobramentos deste debate, podemos ver o desenvolvimento das noções atuais de itinerários burocráticos ou cidadania burocrática para descrever as formas da participação social (Boccaro, 2015; Teixeira, 2017).

A revisão que se apresentará a seguir é uma tentativa de articular algumas das ideias já presentes no campo de estudos da saúde indígena na interface das conexões entre saúde e política. Tratar-se-ia de compreender as principais agendas e problemáticas que caracterizaram o debate sobre a saúde indígena na esfera da produção de conhecimento antropológico no Brasil nos últimos anos, a partir da análise de dissertações e teses produzidas entre 2011 e 2023. Em quais sentidos caminhamos nas análises sobre a relação entre povos indígenas e as políticas públicas de saúde a eles destinadas?

TESES E DISSERTAÇÕES SOBRE SAÚDE INDÍGENA: ARTICULAÇÕES ENTRE SAÚDE E POLÍTICA

Em consulta à página da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), fundação diretamente ligada ao Ministério da Educação, considerando seu banco de dados de amplitude nacional que reúne dissertações e teses, encontramos algumas evidências e tendências significativas para o debate sobre a saúde indígena na área de Antropologia.

Primeiro, alguns números que valem a pena termos em mente. Entre 2011 e 2023, foram defendidas 783 dissertações e 312 teses acadêmicas sobre saúde indígena, um total de 1095 trabalhos. Destes, 401 trabalhos pertenciam a grande área da saúde, capitaneada pela área de saúde coletiva, com metade do total (201 trabalhos). Já na grande área das ciências humanas, que nos interessa diretamente neste texto, somam-se 184 trabalhos, sendo que deste total, 47 pertencem à área de Antropologia, 38 à área de Sociais e Humanidades, 13 à área de Sociologia e 4 à área de Ciência Política. No âmbito deste texto, no concentraremos na análise das 47 produções, entre dissertações e teses, diretamente relacionadas à área de Antropologia.

Teixeira e Dias da Silva (2013) publicaram uma análise de dados relativos à produção de pesquisas em saúde indígena nos anos 1990 e 2000. O texto apontava para a diversificação, abrangência e consolidação da temática entre os programas de saúde coletiva, por um lado, e ciências sociais, por outro. Tal tendência também é notável para toda a segunda década. Os números cresceram: como vimos acima, segundo o banco de dados de dissertações e teses da CAPES, na saúde coletiva saltaram de 77 para 201, e na área das ciências sociais (Antropologia, Sociologia, Ciência Política, além de sociais e humanidades): passamos de 36 trabalhos contabilizados para 102. Se o crescimento dos números

é consistente e apresenta uma evolução notável desde a década de 1990, devemos também nos perguntar um pouco mais sobre a diversificação e abrangência de temáticas e conceitos abordados através da saúde indígena, buscando entender quais hipóteses ou problemas de pesquisa se fazem mais presentes em relação à área de Antropologia, foco do presente texto. Assim é que nos importa não tanto um comparativo quantitativo, mas sobretudo, de certo desdobramento de debates, dentre os quais, se destacam as análises focadas na interface entre instâncias estatais e saúde (Teixeira, 2018, p. 114). Um olhar mais apurado para estas teses e dissertações, defendidas no período entre 2011 e 2023 em programas de pós-graduação em Antropologia, revelam que a questão da saúde indígena se expandiu a partir da interface com os processos saúde-doença e da retórica do respeito à diversidade cultural, incorporando debates mais específicos sobre os itinerários burocráticos, políticos e institucionais, dentro dos quais os mecanismos de participação englobam as estratégias preconizadas pela política nacional de assistência, mas que de forma alguma se esgotam nela.

Assim, das doze teses consultadas, mais da metade versava sobre itinerários políticos nos conflitos em torno da saúde indígena. Araújo (2012) descreve o processo de construção político-cultural da implantação do distrito sanitário no Parque do Xingu, dando ênfase aos aspectos de negociação em torno da própria categoria de controle social e de participação social, segundo estratégias indígenas de adaptação aos novos termos de gestão da saúde indígena estabelecidas a partir do subsistema de saúde indígena.

A ideia de que as práticas de autoatenção dizem respeito a uma esfera mais ampla de questões, incluindo conflitos territoriais, violência política e violação de direitos humanos é uma faceta visível, por exemplo,

das teses de Scopel (2013) e Dias-Scopel (2014) sobre os Munduruku que residem no estado do Amazonas. Alcantara Neto (2016) discute a maneira como os Tapayúna de Mato Grosso eram interpelados e interpelavam os funcionários do posto de saúde e da escola local, a partir da noção de dupla ou múltipla-submissão, imprimindo uma perspectiva histórica e crítica que conecta os eventos da saúde e da educação através dos modos de conflitos instituídos entre agentes governamentais e o povo Tapayúna.

Domingues (2022), pesquisador indígena Xacriabá, produz importante pesquisa tematizando a história das lutas dos povos indígenas pela possibilidade de continuar o “bem viver” em face do convívio com os não indígenas. O autor destaca que não pretende discutir simplesmente as estratégias de saúde, como índices de mortalidade etc., mas antes, a própria história da atenção à saúde indígena, deixando entrever os limites e possibilidades de um campo de atuação política, dentro da qual os processos saúde-doença estão imersos. A linguagem estatística da epidemiologia é, portanto, englobada e colocada em perspectiva crítica em face das histórias indígenas.

Rodrigues (2021) enfatiza, por sua vez, o protagonismo dos Tupinambá (BA) em etnografia que mapeia as demandas por políticas de saúde a partir da noção tupinambá de cuidado, que inclui necessariamente elementos de uma organização social e política baseada na coletividade e no “fazer junto”. Já Oliveira (2023) destaca como a luta política pelo reconhecimento de terras é parte integrante do pensamento indígena Avá-guarani sobre sua saúde, sendo entendida como uma prática de autoatenção, englobando os conflitos pela terra como uma verdadeira crise de saúde e, portanto, como conexão fundamental para se pensar qualquer política de saúde a eles dirigida. Na mesma direção, Carneiro (2022) desenvolve em sua etnografia entre os Tapuya Kariri (CE), o

processo histórico de formação de lideranças em relação às dinâmicas territoriais, em conjunto com as práticas políticas e rituais que atravessam e instrumentalizam instituições como o posto de saúde e a escola.

Temos, portanto, um cenário de contribuições reflexivas que se consolidaram no período mais recente considerando este conjunto de teses: (1) a explicitação de conflitos sociais articulados com as questões de saúde, encaminhando as análises para uma dimensão da construção da cidadania dos povos indígenas, (2) a complexificação e adensamento do debate sobre a saúde indígena como política pública, redirecionando o olhar para itinerários burocráticos vinculados ao contexto da saúde; (3) um alargamento da perspectiva sobre a saúde indígena para além dos distritos sanitários, pois embora continuem sendo parte do cenário descrito nas etnografias, eles aparecem atravessados pela noção de terra, território e territorialidade indígenas e (4) certa perspectiva teórico-metodológica que engloba as instâncias administrativas-estatais ganhou maior destaque como parte integrante das análises sobre o processo saúde-doença vivido pelos povos indígenas.

No tocante às dissertações, cujo volume de trabalhos é maior, também percebemos a consolidação das reflexões sobre saúde como aspecto intrínseco das várias lutas políticas indígenas. Dentre os trinta e cinco trabalhos pesquisados, destacam-se a conexão entre saúde e política através de alguns temas: (1) a saúde mental, (2) a trajetória de lideranças indígenas masculinas e femininas, desdobrando-se em reflexões sobre gênero e atuação política de mulheres indígenas, (3) a articulação entre saúde e conflitos socioambientais e a (4) etnografia de documentos e instituições no e para além do campo da saúde.

O trabalho pioneiro de Edilaise Vieira (2018) se debruça sobre os agentes e as práticas de atuação nos cuidados a saúde mental no contexto

Yanomami, à luz de suas experiências como psicóloga indígena, através dos quais destaca os desafios da implementação de uma política de saúde mental na relação com psicólogos não indígenas, além do pouco entrosamento dos mesmos com conceitos indígenas importantes como, por exemplo, a noção de bem viver e a necessidade de se refletir sobre modos de ser indígena. Outra pesquisa que também aborda este tema, até então ausente na década anterior, é o trabalho de Castro (2019) que discute, a partir de etnografia sobre o DSEI Minas Gerais e Espírito Santo, o impacto das violações territoriais sobre a saúde dos povos indígenas, assinalando que as políticas para saúde mental devem considerar contextos históricos e socioculturais, incluindo os direitos territoriais e de participação social como elementos que se conectam diretamente com os processos saúde-doença.

Na linha das etnografias que colocam a produção de documentos em perspectiva, temos a pesquisa de Araujo (2021), que produz um interessante percurso de pesquisa ao narrar, através de uma etnografia documental baseada nas atas de reuniões do Núcleo Interinstitucional de Saúde Indígena de Roraima e em entrevistas, as experiências de mediação da liderança Clóvis Wapichana em sua luta por autonomia e protagonismo político de seu povo. Na mesma interface metodológica, Machado (2021) também explora o protagonismo político de outra liderança; perfazendo a construção da pessoa de Davi Kopenawa como sujeito a partir do contato interétnico, recorrendo a uma etnografia de documentos encontrados no Centro de Documentação Indígena de Roraima. Sguarezi (2022) apresenta, por sua vez, uma instigante etnografia sobre as relações dos Guarani e Kaiowá com os chamados documentos de branco (karaí kuatiá), tais como o Registro Administrativo de Nascimento Indígena (RANI) e o Registro Civil de Nascimento. A autora ressalta como o Estado brasileiro atua de

forma violenta ao não amparar especificidades culturais no interior desses dispositivos e, nesse sentido, sua pesquisa procura dar ênfase ao processo de confecção dos mesmos.

Turdera (2016) aponta limites e possibilidades dos encontros interétnicos do/no campo da saúde, ressaltando precariedades materiais e institucionais na relação com a diversidade cultural. Da mesma forma Aurora (2022) enfatiza o conceito de corpo-território em sua estreita e inalienável relação com a luta por direitos, no combate à violência perpetrada contra os povos indígenas e à discriminação de gênero, sobretudo no que se refere às formas de participação social. Pereira (2020) também faz um recorte específico de gênero, buscando evidenciar como as mulheres indígenas protagonizam os cuidados em saúde, em meio a limitações e constrangimentos derivados das precariedades materiais e assistenciais vividas no contexto do subsistema de saúde indígena em Amambai (MS).

Inserindo a temática ambiental nas questões relativas à saúde indígena, dois trabalhos se destacam. Domingues (2017) produz uma etnografia original mobilizando os sentidos políticos e cosmológicos da relação entre cachaça, sangue e concreto ao analisar a construção da Hidrelétrica de Belo Monte e os nefastos efeitos sociais que implicaram em significativa piora da saúde dos povos indígenas na região do Médio Xingu. Já Mendonça (2021) disserta sobre como o povo Tapuias Tarairiús, no Rio Grande do Norte, vem historicamente enfrentando problemas de saúde oriundos de questões socioambientais, tais como desmatamento, contaminação do subsolo, dentre outros, e para os quais a solução passa necessariamente pela demarcação de seu território tradicional junto à FUNAI. Considera também um conjunto de ações internas para intensificar as práticas de autoatenção, bem como promover o acesso a políticas públicas de saúde. Zotti (2016) reflete explicitamente em sua pesquisa

sobre a relação entre saúde e território para os Guarani e Kaiowá de Mato Grosso do Sul, destacando a concepção de corpo frio e leve não apenas como uma ideia-valor, mas como elemento central de um percurso de embates políticos pela garantia de direitos territoriais.

DESDOBRAMENTOS POSSÍVEIS PARA PENSAR A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A partir de revisão bibliográfica de dissertações e teses recentes produzidas na antropologia sobre saúde indígena, busquei argumentar sobre as interfaces visíveis entre processos saúde-doença e os usos e manejos políticos da noção de diversidade cultural. Evitando a noção de termos como interculturalidade de forma prescritiva, tornou-se fundamental refletir sobre o fenômeno mais amplo da qual a interculturalidade em saúde é uma parte, do ponto de vista teórico-metodológico: a indissociabilidade das questões pertinentes aos processos saúde-doença com os processos políticos de construção da participação social entre os indígenas, os itinerários burocráticos/políticos e, por conseguinte, o contexto de produção de hierarquias sociais que atuam como pauta das ações indígenas em relação a sua saúde (Dias Da Silva, 2021b) e a partir da qual também se destacam as estratégias indígenas de interlocução com os reveses da cidadania burocrática e a participação social como contraparte do próprio sistema político (Teixeira, 2017; 2018). Percebe-se a importância de considerar o manejo político da diversidade cultural em cada contexto.

Os estudiosos da saúde indígena no Brasil, considerando a área de Antropologia, se debruçaram ao longo dos anos recentes em muitas questões provenientes do início da implantação do modelo distrital no país, em 2000. Estão presentes os temas da relação conflituosa e hierárquica

entre a biomedicina e outros modelos e sistemas de cuidado, assistência e cura, seguido por análises críticas ao próprio texto da PNASPI e da necessidade de problematização e elaboração etnográfica dos conceitos de atenção diferenciada, articulação e interculturalidade em saúde, entre outros correlatos. Em um primeiro momento, entre 2000 e 2010, podemos dizer que o mote das análises foi o choque de perspectivas sobre o corpo, os processos de tratamento e de cura, assim como começava a despontar reflexões sobre os processos de participação social na produção cotidiana do subsistema de saúde indígena.

Em um segundo momento, último decênio, podemos perceber o alargamento de perspectivas para refletir sobre os conflitos na saúde indígena, arregimentando temáticas que estavam um pouco menos articuladas a esta agenda de pesquisas anteriormente, tais como a inclusão das lutas políticas indígenas por território e das demandas socioambientais e educacionais. A fusão com estes outros elementos que constituem o cotidiano dos povos indígenas no Brasil foi capaz de produzir alguma renovação deste campo de estudos, deslocando o debate do conceito de atenção diferenciada e afins e dando maior ênfase aos fenômenos observados de articulação das lutas políticas, tornando a saúde indígena como um tema catalizador de outras demandas históricas destas populações.

Assim é que novas articulações foram surgindo para pensar a saúde indígena, através (1) da interface explícita com os conflitos socioambientais e, portanto, na conexão entre produzir saúde e produzir território, (2) da correlação entre saúde e estratégias de reivindicação indígenas, trazendo à tona a história de vida de lideranças femininas e masculinas, (3) da adesão a uma perspectiva teórico-metodológica em torno de uma etnografia das instituições e documentos vinculados diretamente e/ou indiretamente ao

sistema de saúde, ampliando as possibilidades de reflexão sobre a relação entre estado e povos indígenas, tendo a saúde como mote.

A literatura antropológica analisada nos deu a possibilidade de capturar estratégias indígenas de luta contra as violações de direitos a que estão submetidas, podendo ser este, talvez, o capital mais importante que emana das recentes contribuições. O intuito maior neste texto foi aprofundar e compreender melhor contextos e processos sociais vinculados às práticas estatais em e para a saúde indígena. Por tal razão, a desconstrução de uma noção de estado como um ente externo, cristalizado e naturalizado em nossos discursos possui um lugar estratégico neste debate.

REFERÊNCIAS

- Abrams, Philip. (1988). Notes on the difficulty of studying the State. *Journal of Historical Sociology*, 1(1):58-89.
- Alcantara Neto, M. S. (2016). Educação formal e saúde alopática entre os Tapayúna (Kaykwakhratxi)'. (tese) Doutorado em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília.
- Araújo, Reginaldo S. (2012). Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: dilemas, conflitos e alianças a partir da experiência do Distrito Sanitário Especial do Xingu. 260f. Tese. (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.
- Araujo, F. I. D. (2021). Mediação e ação política na saúde indígena: a atuação de Clóvis Ambrósio Wapichana. (dissertação) Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal de Roraima, Boa Vista.
- 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*, Rio de Janeiro, 17(2): 425-431.
- Aurora, B. (2022). “Indígenas Mulheres: Corpo-território em movimento” (dissertação) Mestrado em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília.
- Boccaro, G. La (2015). Interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización. In: LANGDON, E. J., & CARDOSO, M. D. (Org.). Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, p. 195-216.
- Boltanski, L. (1989). As classes sociais e o corpo. Rio de Janeiro: Ed. Graal.
- Buchillet, D. (2004). “Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro”. In: LANGDON. J., & GARNELO. L. (Orgs.). Saúde dos povos

- indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA.
- Cardoso, M. (2004). Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: GARNELO, L., & LANGDON, J. (Orgs.). Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ Associação Brasileira de Antropologia.
- Carneiro, F. J. G. (2022). Em movimento e no movimento: estratégias políticas e identitárias Tapuya Kariri na Serra da Ibiapaba – CE. (tese) Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Castro, B. P. (2019). “Saúde mental”, territórios e participação em povos indígenas: uma etnografia das retóricas institucionais em instâncias estatais na saúde indígena de Minas Gerais e Espírito Santos. (Dissertação). Mestrado em Antropologia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Dias Da Silva, C. (2010). Cotidiano, saúde e política: uma etnografia entre profissionais da saúde indígena. (Tese) 276f. Doutorado em Antropologia Social. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília.
- Dias Da Silva, C. (2017). Como terceiros: reflexões entre agentes indígenas de saúde no alto Tapajós (PA). In: Carla Teixeira, Carlos Guilherme do Valle, Rita de Cássia Neves. (Org.). Saúde, mediações e mediadores. 1ed. Brasília: ABA Publicações, v. 1, p. 221-248.
- Dias Da Silva, C. (2021a). Uma crise permanente: reflexões sobre a política de saúde indígena a partir do caso do Alto Tapajós (PA). Revista Equatorial, v. 8, p. 1-20.
- Dias Da Silva, C. (2021b). Interculturalidade e atenção diferenciada: apontamentos para um debate sobre a política de saúde indígena brasileira em tempos de crise sanitária. Espaço Ameríndio. (UFRGS), v. 15, p. 146-163.
- Dias-Scopel, R. P. (2005). O agente indígena de saúde Xokleng: O mediador entre a comunidade indígena e os serviços de atenção diferenciada à saúde – Uma abordagem da antropologia da saúde. (Dissertação) Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Dias-Scopel, R. P. (2014). A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku’ (tese) Doutorado em Antropologia Social, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Domingues, W. C. L. (2022). Entre ouvir e escutar: uma história da saúde indígena no Brasil’ 215 f. (tese) Doutorado em Antropologia, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Domingues, W. C. L. (2017). Cachaça, Concreto e Sangue! Saúde, Alcoolismo e Violência: Povos Indígenas no Contexto da Hidrelétrica de Belo Monte’ 119 f. (dissertação) Mestrado em Antropologia, Universidade Federal do Pará, Belém.
- Ferreira, L. O. (2015). Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras. In: Esther Jean Langdon; Marina D. Cardoso. (Org.). Saúde Indígena - Políticas comparadas na América Latina. 1ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2015, v. 1, p. 217-246.

- Foucault, M. (1994). Dits et écrits. Vol. IV. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1980). O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Garnelo, L. (2003). Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro. Rio de Janeiro: editora Fiocruz.
- Garnelo, M. L., & Wright, R. (2001). “Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa”. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2): 273-284.
- Garnelo, M. L., & Langdon, E. J. (2005). “A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde” In: MINAYO, M.C.; COIMBRA, C. (Orgs.) Críticas e atuantes. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Garnelo, L., & Sampaio, S. (2003). Bases socioculturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1): 311-317
- 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, Rio de Janeiro, 21(4): 1217-1223.
- Garnelo L.; Rocha E.; Peiter P.; Sampaio S.; Santos E.; Pontes A. L., & Stauffer, A. (2009). Formação técnica de agente comunitário indígena de saúde: uma experiência em construção no Rio Negro. Trabalho, educação e saúde, 7(2):373-83.
- Langdon, E. J., & Garnelo, L. (Orgs.) (2004). Saúde dos povos indígenas. Reflexões sobre Antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA.
- 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. Cadernos De Saúde Pública, 22(12), 2637-2646.
- Langdon, E. J., & Diehl, E. E. (2007). Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. Saúde e Sociedade, 16(2),19-36.
- Loyola, M. A. (1984). Médicos e curandeiros. Conflito social e saúde. São Paulo: Difel.
- Machado, M. B. C. (2021). A construção do sujeito na zona de contato: uma reflexão sobre a trajetória de Davi Kopenawa. (dissertação) Mestrado em Antropologia Social. Universidade Federal de Roraima, Boa Vista.
- Magalhães, E. D. (2006). O Estado e a saúde indígena: a experiência do Distrito Sanitário Yanomami. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) SER/UNB.
- Marques, I. S. F. (2003). A política de atenção à saúde indígena: a implantação do Dsei de Cuiabá-MT. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- Mendonça, R. C. N. Q. (2021). Políticas de resistência e de saúde: um estudo sobre problemas de saúde e práticas de autoatenção na comunidade indígena Tapuias Tarairiús da Lagoa de Tapará – Macaíba/RN. (Dissertação) Mestrado em Antropologia Social, Universidade federal do Rio Grande do Norte, Natal.

- Novo, M. P. (2010). *Os Agentes Indígenas de Saúde do Alto Xingu*. Brasília: ABA/Paralelo 15.
- Oliveira, D. (2023). *Espíritos, Corpos e Território: Etnografia da crise e práticas de autoatenção entre os Avá-Guarani no Oeste do Paraná, Brasil* (tese) Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Pereira, L. (2020). *As políticas públicas para a saúde indígena e a política de saúde das mulheres kaiowá da reserva de Amambai, MS: aproximações e impasses* (dissertação) 124 f. Mestrado em Antropologia, Universidade federal da Grande Dourados, Dourados, Mato Grosso do Sul.
- Rodrigues, A. S. (2021). *Fazendo a vida junto: trajetórias e experiências de sujeitos Tupinambá de Olivença/BA no acesso à saúde* (tese) Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Rohden, F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Scopel, D. (2013). *Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de automação, xamanismo e biomedicina.* (tese) Doutorado em Antropologia Social. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Sguarezzi, I. S. (2022). *O acesso dos Guarani e kaiowá ao Karáí Kuaítiá.* (dissertação) Mestrado em Antropologia. Programa de Pós-graduação em Antropologia. Universidade federal da Grande Dourados, Dourados, Mato Grosso do Sul.
- Smiljanic, M. I. (2008). *Da observação à participação: Reflexões sobre o ofício do Antropólogo no contexto do Distrito Sanitário Yanomami*. Série Antropologia, Vol. 417. Brasília: DAN/UNB.
- Teixeira, C. C., & Silva, C. D. (2013). *Antropologia e saúde indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação*. Anuário Antropológico, v. 2012/1, p. 35-57.
- Teixeira, C. C., & Silva, C. D. (2015). *The construction of citizenship and the field of indigenous health: A critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity*. Vibrant (Florianópolis), v. 12, p. 351-384.
- Teixeira, C. C., & Silva, C. D. (2019). *Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence*. Vibrant (Florianópolis) v. 16, p. 1-22.
- Teixeira, C. C. (2009). *Políticas de saúde indígena no Brasil em perspectiva*. In: Silva, C. T., Souza Lima, A. C., & Baines, S. (Org.). *Problemáticas Sociais para Sociedade Plurais: Políticas Indigenistas, Sociais e de Desenvolvimento em Perspectiva Comparada*. São Paulo: Editora AnnaBlume.
- Teixeira, C. C. (2017). *Participação social na saúde indígena: a aposta contra a assimetria no Brasil?* Amazônica: Revista de Antropologia (Online), v. 9, p. 716-733.
- Teixeira, C. C. (2018). *Antropologia e saúde indígena – 60 anos da ABA*. In: SOUZA LIMA, A.C., BELTRÃO, J.F., LOBO, A., CASTILHO, S., LACERDA, P., & OSORIO, P. *A antropologia e a esfera pública no Brasil: perspectivas e prospectivas sobre a Associação Brasileira de*

Antropologia no seu 60º aniversário. Rio de Janeiro: E-Papers; Brasília: ABA Publicações.

Turdera, G. B. (2016). No meio do caminho saúde indígena havia o cuidado do estado. Havia o cuidado do estado no meio do caminho? Reflexões genealógicas etnográficas sobre produções de saúde na cidade de Dourados, Mato Grosso do Sul. (dissertação) Mestrado em Antropologia. Programa de Pós-graduação em Antropologia. Universidade federal da Grande Dourados, Dourados, Mato Grosso do Sul.

Vieira, H. T. G., Oliveira, J. E. L, & Neves, R. C. M. (2013). A relação de intermedialidade nos Índios Truká, em Cabrobó – Pernambuco. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.22, n.2, p.566-574.

Vieira, E. S. (2018). Nem injeção, nem xabori: reflexão sobre trabalhos de saúde. (Dissertação). Mestrado em Antropologia Social. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Roraima, Boa Vista.

Zotti, G. B. L. S. (2016). Saúde indígena: práticas de cura na tradição de conhecimento entre os Kaiowá e Guarani em situação de acampamento no cone sul de Mato Grosso do Sul. (Dissertação) 105 f. Mestrado em Antropologia Instituição de Ensino: Universidade Federal da grande Dourados, Dourados, Mato Grosso do Sul.

AS MEDICINAS INDÍGENAS E OS SERVIÇOS DE SAÚDE: ARTICULANDO A INTERCULTURALIDADE

Giovana Mandulão
Sílvia Guimarães

INTRODUÇÃO

Davi Kopenawa explica que os xamãs Yanomami dançam e cantam com os espíritos da floresta, com os *Xapiri*, que são seres auxiliares dos xamãs, protetores e mantenedores das florestas. Juntos xamãs e *Xapiri*, espantam a fumaça das epidemias permitindo que as plantas floresçam e que haja caça e outros alimentos. É por isso que os xamãs seguem as pegadas dos ancestrais e continuam dançando com os *Xapiri*, para deixar os *Xapiri* felizes e, assim, para que eles continuem cuidando de todos (Kopenawa & Albert, 2015, p. 201). Kopenawa explica que os *Xapiri* e os xamãs fazem um trabalho incansável para cuidar da floresta e das pessoas, para restabelecer a vida continuamente. Desse modo, sustentamos que o cuidado é prática central na medicina Yanomami e, também, de outros povos indígenas.

Este capítulo irá discutir conceitos centrais para efetivação de serviços oficiais de saúde indígena que dialoguem com as práticas indígenas, buscando pensar sobre a interculturalidade em saúde. Alguns desses conceitos são: a própria concepção de medicina indígena, de cuidado, de notório saber e de soberania do Bem Viver. Jósimo Puyanawa traz a importância da singularidade e peculiaridade que deveriam ser



observadas pelos serviços oficiais de saúde indígena ofertados através de políticas públicas:

[...] A saúde indígena (os serviços de saúde indígena) é frágil. Ela ainda não é pensada dentro dos padrões tradicionais, culturais, dos povos indígenas. Existem duas palavras que são muito fortes e importantes para nós e que, hoje, não são trabalhadas, não se navega muito dentro dessas profundezas, da densidade dessas palavras na vida que acontece nos serviços de saúde indígena. São essas: singularidade e peculiaridade. Essas duas palavras ainda faltam muito dentro do contexto da saúde indígena (2021, p. 03).

Atuar na singularidade e na peculiaridade é observar a qualidade de ser único, original, criativo na sua experiência de vida de cada coletivo indígena e de ser respeitado em sua dimensão própria. A proposta de Jósimo Puyanawa está em se ter serviços de saúde que se adequem, se abram para o diálogo, para o conhecimento das epistemologias indígenas e para as potencialidades que essas apresentam de produzirem soluções, novos caminhos de vida, não só para os indígenas, mas para todos os coletivos.

CONCEITOS E A ARTICULAÇÃO ENTRE DIFERENTES SABERES

O cuidado é um elemento base das medicinas indígenas. Cuidado, aqui, é acionado como uma forma de pensar e agir que mobiliza “ações práticas cotidianas ético-afetivas vitais que se envolvem com problemas inevitáveis de existências interdependentes” (Bellacasa, 2012, p. 198). O cuidado se refere a manter relações com uma ampla rede de seres, buscando evitar ou estabelecer estrategicamente o conflito. O foco central é controlar adoecimentos e mortes ou a desestruturação da vida social. Cuidar também é estabelecer boas relações sociais com os diversos seres da floresta evitando conflitos com os guardiões ou as guardiãs dos

animais. Por exemplo, caso você cace muitas queixadas, o guardião das queixadas pode se enfurecer e não permitir mais a caça ou lançar algum veneno contra você ou sua família, como explica Valdelice Veron para seu povo Kaiowá (Veron & Guimarães, no prelo).

Segundo Langdon e Wiik (2010), “os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consoantes com os grupos e as realidades sociais que os produzem”. Dessa forma, as práticas de cuidado indígenas, conformam-se como sistemas simbólicos, os quais não são fixos ou homogêneos. São, assim, sistemas de significados ancorados em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. Os indivíduos, como seres conscientes desses sistemas simbólicos, percebem e agem no mundo ao seu redor.

Josimo Puyanawa nos fala sobre as práticas de saúde do seu povo, ao analisar como o coronavírus inseriu-se na rede de interações e cuidados indígena. Narrando a chegada do novo vírus, ele aponta para o significado da falta de cuidado dos não-indígenas:

A narrativa da criação fala que aconteceu uma traição de uma mulher por nome de Dukawa, com um minhocão (nuñuwã), que saiu da terra. O marido ficou com muita raiva, preparou um veneno e derramou nas partes da mulher. A partir desse momento surgiram muitas cobras no mundo, que na nossa língua são denominadas de “bitsawata”. São serpentes venenosas ou almas invisíveis, agentes patogênicos invisíveis. Almas invisíveis e venenosas, ou serpentes venenosas e invisíveis. E eles falam que essas serpentes se espalharam pelo mundo. Os anciões, eles dizem que essas serpentes hoje podem ser esses inimigos invisíveis que nós estamos enfrentando, o coronavírus e outros malefícios. Esse é um dos informes das nossas narrativas. De acordo com os anciões Puyanawa, essas almas/serpentes venenosas invisíveis se espalharam pelo mundo e podem ser esse inimigo invisível que enfrentamos (2021, p. 2-3).

Jósimo Puyanawa segue explicando que essas serpentes estavam sempre pelo mundo, estavam quietas, mas a destruição das florestas promovidas pelos não-indígenas mexeu com elas e as acionaram, tornaram-nas ativas no ataque, o que provocou a epidemia da covid-19.

De acordo com Jean Langdon (2005), a “doença como processo não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos que tem dois objetivos pelos atores: (1) de entender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, e (2) se possível, aliviar o sofrimento. A interpretação do significado da doença emerge através do seu processo.” (2005, p. 119). Para Langdon (1994, p. 115) “o processo terapêutico é considerado como uma negociação de interpretações entre pessoas com conhecimento e posições de poder diferenciados”.

O itinerário terapêutico de um jovem Sanömá/Yanomami sofrendo essa experiência de adoecimento é revelador desse entrelaçamento de práticas médicas Yanomami e não-indígenas. Importante enfatizar, nesse caso, que os médicos e demais profissionais pouco se interessavam pelas informações dos xamãs Sanöma. Essa atitude revela a hegemonia do conhecimento médico não-indígena. Sobre esse trânsito do jovem Sanöma/Yanomami por entre sistemas médicos:

O adoecimento do jovem é diagnosticado e avaliado a cada momento (pelos xamãs) a partir dos sintomas e manifestações corporais e de postura do jovem diante de suas atividades cotidianas. Para os Sanumá, muitos elementos entram em jogo para descrever um adoecimento, como a experiência do sujeito, sua biografia, as relações da sua família e do coletivo mais amplo. Um mapeamento das relações mantidas com prováveis inimigos é feito, o rapaz ia para Boa Vista junto com outros microscopistas e ele não acreditava que o ataque teria sido feito por um desses outros rapazes; mas, por outras pessoas. A preocupação é registrar a causa, responder a questões como “por que eu” e “por que agora” e fazer esse mapeamento. Os medicamentos

usados pelo rapaz, em Boa Vista, minimizaram os sintomas, especialmente a dor (Guimarães, 201, p. 675).

Langdon (2001, p. 241) explica que “a experiência da doença é construída através dos eventos ocorridos no processo terapêutico e da interpretação destes eventos.”. Os sistemas médicos indígenas e outros são pluralistas, ecológicos e holísticos. A base das concepções e sensações são a sua própria inserção no mundo material, histórico, vivo e repleto de contradições. Deve-se ter em mente que essas formas de atenção não estão restritas, pois os sujeitos transitam e modificam esses sistemas, impondo a eles processos de transformação (Menéndez, 1994). Dentro desse universo indígena, as pessoas conformam suas práticas em um processo de recriação contínuo, quando vivem e trocam experiências e informações.

Por conseguinte, as práticas de cuidado indígenas conformam uma rede ampla que dinamiza e relaciona, efetivando trocas entre seres e coisas e em espaços e temporalidades diversas. Assim, podemos afirmar que as medicinas dos povos indígenas se configuram sistemas simbólicos através das diversas práticas de cuidado, corporificando palavras da tradição oral, lidando com a agência de humanos, plantas, animais e objetos, recriando cantos e rezas e manejando seus territórios.

A importância do território, como referência ao lugar de origem ou de pertencimento, está na raiz da formulação coletiva das identidades indígenas (Nogueira, 2009, p. 126). Seguindo a trilha do argumento de Mônica Nogueira (2009, p. 107), a autoidentificação de uma identidade coletiva indígena pressupõe o compartilhamento de experiências (sons, cheiros, símbolos, palavras, lugares, história), as quais relacionam a pessoa a práticas compartilhadas em coletivo presentes na memória do grupo. A diversidade de modos de ser nos territórios está ancorada em sentimentos de pertencimento, tanto como no conhecimento do bioma,

que repercute, por exemplo, no uso de determinadas plantas, no cuidado com a terra, suas águas.

Kabengele Munanga (1988) aponta que a identidade cultural de qualquer povo se apresenta como processo histórico que produz um sentimento de continuidade vivido pelo conjunto da coletividade. Assim, podemos afirmar que a história da transformação das plantas, das águas, dos animais liga as comunidades que habitavam e habitam um território a seu passado ancestral, e a repensar novas possibilidades de enfrentamento às narrativas coloniais em diferentes campos do conhecimento e ações para o futuro. Os territórios indígenas inseridos nos seis biomas brasileiros são espacialidades centrais nesse elemento histórico, são parte das comunidades indígenas que cuidam deles, no sentido de respeitá-los, de manterem uma relação ética com eles (suas plantas, relevos, hidrografia, ares, águas, clima, animais e minerais). O bioma é o lugar da identidade e das ciências indígenas, lugar onde emergem histórias de pessoas e coletivos. Acionamos o conceito de bioma, semelhante ao que Ytxaha Pankararu Braz (2023) realiza ao enfatizar o saber de To'a Kanina, mulher e liderança indígena do povo Pankararu, localizado no norte de Minas Gerais, que transitou por dois biomas, Caatinga e Cerrado, e aprendeu sobre o uso das plantas medicinais. Ytxaha Braz se inspira no movimento das mulheres indígenas da Anmiga que articulam corpos das mulheres indígenas com biomas, visando a proteção desses locais de conhecimento e produção de corpos.

Portanto, as práticas indígenas de cuidado se dinamizam em redes de interações entre diversos seres, configuram sistemas médicos indígenas de cuidado. O cuidado indígena é uma forma de pensar e se relacionar com o território e com os biomas, de buscar manter relações sociais não-conflituosas. As práticas de cuidado indígenas lidam com uma dimensão processual, pois saúde e adoecimento são experiências vividas e negociadas. E aqui iremos abrir um novo caminho de discussão que é

relacionar saúde com aquilo que o povo Kichwa, do Equador, chama de *Sumak Kawayay* ou Bem Viver, por conseguinte, ter saúde para os povos indígenas é ter Bem Viver. Bem Viver quer dizer viver com autonomia, ter a possibilidade de escolher se alimentar, se curar, se cuidar, se relacionar com os diversos seres. Bem viver, como um conceito, tem inspirado diversos povos indígenas da América Latina a pensar em formas de traduzir para os Estados Nacionais suas lutas cotidianas pela vida e exigir desses a garantia do direito à vida plena (Acosta, 2013). Ter vida plena se refere à vida no território e nos biomas, dos diversos seres que o habitam e que devem ter garantido o direito à vida:

O *Sumak Kawayay* (Bem Viver), em uma tradução literal, seria a vida em plenitude, a excelência, o melhor, o bonito. Mas, interpretado em termos políticos, trata-se da própria vida, uma mistura de ações e vontades políticas que significam mudanças para que não falte às pessoas o pão de cada dia, para que não existam essas desigualdades sociais de homens e mulheres. O *Sumak Kawayay* é o sonho, não apenas para os indígenas, mas também todos os humanos (Fala de Blaca Chancoso, indígena otavaleña, apud Acosta, 2016, p. 10).

Para André Baniwa, o Bem Viver trata sobre como organizar sua comunidade:

Descobrimos que o bem viver é um discurso que o Baniwa vive todos os dias. O *matsiakaro weemaka* é o modo de vida dos Baniwa. Tem que fazer bem a casa para morar bem. Tem que produzir bem a cestaria porque é a nossa alma. A pimenta, fazemos porque faz bem para nós. Tem que fazer escola para melhorar a vida dos Baniwa. Não é uma preocupação excessiva com dinheiro, é para trazer esse espírito de ficar bem. A questão é que bem viver é a busca constante; o mal interfere constantemente na vida da comunidade, então é uma luta. O que temos que fazer para viver bem? Por que eu tenho que trabalhar? Em que eu preciso colaborar com as outras pessoas? O bem viver

é amplo, não é uma matéria, um tema, ele é o sentido da vida. Você só consegue atingir o bem viver se atingir um conjunto de regras (Entrevista André Baniwa in: Menezes, 2020, p. 01).

RECONHECIMENTO DO NOTÓRIO SABER INDÍGENA

Aqui abrimos a discussão sobre a Soberania do Bem Viver em termos do reconhecimento do notório saber de alguns mestres e mestras indígenas na construção da legitimidade dos saberes tradicionais ou ciências indígenas, as quais são reconhecidas como ancestrais e se vinculam a um conhecimento sensível e sobre a experiência de vida nos diferentes territórios. Os povos indígenas detêm formas distintas de viver, conhecer e criar que possibilitam viver com autonomia e usufruir de seus diversos territórios, mantendo as florestas e preservando os rios, formas que se contrapõem ao modelo dominante desenvolvimentista e destrutivo dos não-indígenas.

Bem viver é uma expressão que tem sido usada por diversos povos na América Latina, como os povos Aymara, Quechua e Baniwa. Expressa a vida em plenitude ou expressa o melhor, o bonito da vida em comunidade e a relação respeitosa com a natureza. O Bem Viver apresenta um modelo de vida que confronta a mercantilização da vida pelo capital - onde tudo tem um preço. Assim, confronta a dependência, a exploração e a destruição. O Bem Viver aposta nas relações autônomas, renováveis e autossuficientes. Visa a articulação política da vida baseada nas relações comunitárias e solidárias. É o viver em aprendizado e convivência com os seres da floresta, fazendo-nos reconhecer que somos parte da natureza.

Estar com boa saúde é também ter o território, ter condições ambientais, sociais e cosmológicas que possibilitem o Bem Viver, ou seja, saúde e território estão conectados para os povos indígenas por toda América Latina. Os mestres e mestras indígenas que dominam um notório saber são

reconhecidos como guardiões ou guardiãs de conhecimentos ancestrais, que vão desde o manejo da floresta, os cuidados corporais, sobre os rios e tudo o que os envolve o território habitado. Há exemplos de mestres e mestras indígenas que, sendo reconhecidos como guardiães, têm sido contratados como professores universitários em Universidades públicas⁶.

Por conseguinte, por meio do reconhecimento do notório saber tradicional desses mestres e mestras (indígenas, quilombolas, líderes das religiões de matriz africana, artesãos e mestres das culturas populares em geral) estão sendo incluídos como docentes nas universidades. Na Universidade de Brasília, por exemplo, essa contratação acontece com a disciplina “Encontro de Saberes”, quando os mestres e mestras dos saberes tradicionais recebem remuneração igual ao de professores substitutos (com título de doutorado) a partir dos recursos disponibilizados pelo INCTI. Esse recurso provém de instâncias governamentais, que o disponibilizam para essa entidade, reconhecendo assim que os mestres e mestras dos saberes indígenas possuem conhecimento equivalente a um diploma de doutorado - e como tal, essa pessoa de grande sabedoria pode atuar como docente, seja como visitante, substituto ou temporário. Segue definição do conceito de Notório Saber que vem resguardando essas ações, no artigo de José Jorge de Carvalho (2021, p. 58-59).

⁶ Caso da Universidade de Brasília em parceria com o Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia de Inclusão no Ensino e na Pesquisa (INCTI). Essa instituição se consolidou em 2009, através do Programa dos Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT) criado pela Portaria MCT N° 429, de 17 de julho de 2008, quando foi selecionado no edital número 015/2008, publicado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia - MCT, por intermédio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG, com a Fundação Carlos Chagas de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ, e com a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP. Também no processo de Registro do Ofício de Raizeiras e Raizeiros do Cerrado como patrimônio cultural do Brasil foi celebrado termo de colaboração entre o Instituto Internacional de Educação (IEB) e o Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), com atuação de professoras/es doutoras/es da Universidade de Brasília, onde pesquisadoras e mestras dos saberes tradicionais, também, foram contratadas/os com recurso no mesmo valor das/os pesquisadoras/es doutoras/es da Universidade de Brasília.

Para operacionalizar o conceito de Notório Saber para os mestres tradicionais, propomos uma definição mínima de quem são os mestres oriundos de qualquer um dos grupos anteriormente mencionados, que devem incluir as seguintes características: a) os mestres e mestras são aqueles cuja senioridade é inequívoca, confirmada pela sua biografia, reveladora das evidências de seu reconhecimento, dentro e fora da sua comunidade; b) assumem a missão de ensinar o que sabem, e por isso têm discípulos, assistentes, seguidores ou aprendizes, todos eles plenamente formados e em condições de assumir futuramente o papel de novos mestres; c) são pesquisadores; e do mesmo modo que nós, pesquisadores acadêmicos, ampliam constantemente os saberes que dominam; d) dada a profundidade do seu saber, os mestres podem ser comparados aos nossos catedráticos ou professores eméritos. [...] É intrínseca ao mestre, portanto, a condição de maturidade do saber, o que o coloca no lugar de um patrimônio vivo da sua comunidade e mesmo da nação. E é desse lugar de tesouro vivo que mestre se torna irrepresentável: nem o docente universitário que atua como seu parceiro e nem o seu discípulo podem ensinar aquilo que o mestre tradicional ensina.

Ressaltamos, desse modo, a importância dos mestres/mestras indígenas do Notório Saber como formadores indígenas em suas comunidades na Soberania do Bem Viver. Formação que ocorre por meio da convivência com os mais velhos. A Soberania do Bem Viver se refere a um conjunto de conhecimentos essenciais para a vida indígena e é uma referência na efetivação de práticas interculturais. A vivência do processo formativo a partir da soberania do Bem Viver, permite aos indígenas participar das discussões de ações e processos de trabalho no âmbito dos serviços voltados para a saúde indígena, como enfatiza a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). A participação desses mestres nos processos de elaboração e efetivação das políticas de saúde é fundamental nas instâncias competentes. Também na valorização dos conhecimentos ancestrais indígenas no âmbito da saúde indígena.

As funções desempenhadas por qualquer equipe que atue na saúde indígena dependem prioritariamente de ter domínio sobre os saberes e práticas referentes aos territórios e modos de viver indígenas, os quais permitirão o cumprimento de articulações políticas e criação de processos de trabalho com a inserção da interculturalidade cuidadosa nas tomadas de decisões. As guardiãs/mestras e os guardiões/mestres dos saberes tradicionais e ancestrais indígenas que dominam conhecimento referente à Soberania do Bem Viver são as parteiras, raizeiras, pajés dentre outros.

Do ponto de vista de uma soberania do Bem Viver, esses mestres poderiam reforçar as atividades dos serviços de saúde e dos conselhos distritais de saúde. Como pesquisadoras e pesquisadores indígenas, seriam essenciais na implementação das ações voltadas ao fortalecimento das medicinas tradicionais e sua articulação com os serviços de saúde. Os Departamentos e Coordenações da Secretaria Especial de Saúde Indígena e os Distritos Sanitários Especiais Indígenas do Ministério da Saúde deveriam levar em consideração, de fato, a participação de profissionais indígenas com formação na Soberania do Bem Viver, além dos que são formados na academia ocidental, o que permitiria a inclusão da ciência do Bem Viver nos processos de trabalho, nas concepções e efetivação das políticas de saúde.

As experiências em andamento nas instâncias estatais brasileiras reconhecendo o Notório Saber criam um ambiente jurídico favorável para que as contratações no âmbito da SESAI e suas conveniadas valorizem as epistemologias indígenas e processos formativos que essas desencadeiam nas comunidades indígenas.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) indica que a estratégia criada de Distritos Sanitários Especiais Indígenas como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso

universal e integral à saúde deve atender as necessidades percebidas pelas comunidades e envolver a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações. Apresenta como uma diretriz central a atenção diferenciada que é, por sua vez, pautada nos princípios da interculturalidade.

Os guardiões e guardiãs dos Notório Saber indígena são as pessoas que vivificam as práticas de cuidado indígenas. Eles e elas ensinam sobre a Soberania do Bem Viver para todos e todas das comunidades, sobre como ter autonomia na busca sobre como cuidar e criar redes éticas de interação. A Soberania do Bem Viver configura-se por meio de uma série de práticas através das quais indígenas vivenciam em seus territórios ao lado desses guardiões e dessas guardiãs. São eles e elas que ensinam sobre os cuidados corporais, sobre os hábitos alimentares, sobre as regras de etiqueta, sobre as plantas medicinais, sobre como caçar, sobre como manejar a floresta, sobre os alimentos interditos, sobre as pinturas corporais que curam e fortalecem o corpo através de processos formativos que são particulares de cada povo indígena. Potencializar tais processos formativos, seus formadores e valorizar tais conhecimentos são os caminhos para a interculturalidade nos serviços de saúde indígena.

REFERÊNCIAS

- Braz, Ytxaha Pankararu. (2023). Rios da História de To'á Kaninã: Do Opará ao Jequitinhonha, Brasília- DF, Dissertação de mestrado. Mestrado em Sustentabilidade junto a Povos e Territórios Tradicionais/MESPT, Universidade de Brasília.
- Carvalho, J. J. (2021). Notório Saber para os Mestres e Mestras dos Povos e Comunidades Tradicionais: uma Revolução no Mundo Acadêmico Brasileiro. *Revista da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte*, v. 28, n. 1, p. 54-77, jan./abr.
- Guimarães, S. (2017). Entrelaçando narrativas na vivência de um adoecimento entre os Sanumá-Yanomami. *Amazônica: Revista De Antropologia (ONLINE)*, v. 9, p. 662-677, 2017.
- Kopenawa, D., & Albert, B. (2015). *A Queda do céu: palavras de um xamã yanomami*. SP: Companhia das Letras

- Langdon, E. J. (2005). "A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica". In: BARUZZI, Roberto G.; JUNQUEIRA, Carmen (Org.). Parque Indígena do Xingu: Saúde, Cultura e História. São Paulo: Terra Virgem Editora; cap. 04. p. 115-146.
- Langdon, J. (1994). "Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana". In: Santos, R. V.; Coimbra JR., Carlos E. A. (orgs.). Saúde e povos indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Langdon, J. (2001). A doença como experiência: o papel da narrativa na construção sociocultural da doença. *Etnográfica - Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia*, 5 (2).
- Langdon, J., & Wiik, F. (2010). "Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(03), maio-jun.
- Menéndez, E. (1994). "La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?". *Revista Alteridades*, 7, 71-83.
- Menezes, D. (2020). Entrevista André Baniwa "Sem organização, não há como acessar políticas públicas". Mongabay, 23 de março de 2020.
- Munanga, K. (1988). *Negritude - usos e sentidos*. Editora Ática série princípios 2a. Edição.
- Nogueira, M. C. R. (2009). *Gerais a dentro e a fora: identidade e territorialidade entre Geraizeiros do Norte de Minas Gerais*. Tese de doutorado em antropologia. Brasília: UnB.
- Puyanwa, J. (2021). A pandemia da Covid-19 e o povo indígena Puyanawa. *PÓS- Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, v. 16, n.2
- Veron, V., & Guimarães, S. (no prelo). The multiplication of the multiple, communalism and Indigenous Tensions in Brazil In: Smith-Morris, Carolyn & Abadía-Barrero, Cesar. *Countering Modernity: Communal and Cooperative Models from Indigenous Peoples*, ed. Routledge.

SERVIÇOS DE SAÚDE, PRÁTICAS TRADICIONAIS DE CURA E INTERCULTURALIDADE ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

Renato Athias

“Saber fazer os remédios para aprender e as doenças não aparecerem”

(Ana Amélia - Nhandecy do povo Guarani Kaiowá, ASCURI)

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

É importante salientar sempre que a resistência dos povos indígenas do Brasil e das Américas constituem, sem dúvida nenhuma, um dos fatos mais significativos da história das relações interétnicas da humanidade e que sempre houve antagonismo na relação que mantiveram com os estados nacionais no decorrer dos séculos de dominação. Ainda hoje, permanece o grande desafio para os povos originários das Américas de buscar novas estratégias e modelos interculturais de negociação com os governos perante posturas ainda coloniais. As relações entre a sociedade nacional e os povos originários foram se definindo em diferentes contextos sociopolíticos tendo, como pano de fundo, três dimensões presentes nos processos de formação dos estados nacionais nas Américas. A primeira, em direção da concentração econômica dos recursos em um modelo desenvolvimentista de expansão das fronteiras de exploração colonial; a segunda, estabelecida por meio do poder centralizador em todos os níveis



de atuação dos estados; e a terceira dimensão é pelo que chamamos de uma fictícia “unidade étnica” nacional.

As culturas indígenas atuais resultam de um processo dinâmico de reelaboração permanente, e os intercâmbios culturais não terão os mesmos efeitos, produzindo o que alguns cientistas sociais chamam de “hibridação” dando assim a entender que as culturas indígenas são de certa maneira “pluriculturais” (Canclini, 2009, p. 33). A noção interculturalidade, conceito este que nasceu entre os povos indígenas, a qual abordo nesse texto, seria, portanto, o produto da interação respeitosa entre culturas distintas, incluindo, aqui, a forma de uso dos recursos naturais nos sistemas produtivos indígenas e todas as idiosincrasias produzida nesses processos interacionais. Talvez aqui seja importante ressaltar que o conceito de interculturalidade vem cada vez mais sendo usado no âmbito dos serviços de saúde, seja entre os povos indígena ou em comunidades tradicionais, visando sobretudo mostrar a importância da cultura na organização dos serviços de saúde. Em outras palavras, a interculturalidade no âmbito da organização dos serviços de saúde tem objetivos de fortalecer uma perspectiva de coletividade, e não serviços de saúde baseados na individualidade que despolitiza as condições de vida dos povos originários, nem baseados por uma visão essencialista das culturas, que pouco atenta à experiência dos processos históricos que vivenciam. Portanto, não se deveria desvincular os conflitos e as transformações sociais da totalidade do processo histórico, nem tão pouco pensar as políticas públicas de oferta de serviços de saúde aos povos indígenas sem referenciá-las a esse todo (Boccaro, 2015, p. 197).

A “cultura é um recurso social, capaz de usar-se destrutiva ou racionalmente, de perder-se ou desenvolver-se” (Varese & Martin, 1993, p. 738), por isso afastou as perspectivas culturalistas que consideram cada

sociedade como um sistema de significados relacionados a uma ordem natural, mas cuja definição é dada pelas noções ocidentais do que seja a natureza (Langdon, 2014, p. 34). O paradigma culturalista nos impediu de compreender respeitosamente as formas locais do saber (Descola, 2002, p. 18).

Nesta apresentação, tal como afirma dona Ana Amélia Guarani Kaiowá citada acima, ou mesmo o Tukano Guilherme Maia (Athias et al., 2004), ambos insistem na definição de que a medicina indígena diz respeito a uma variedade de procedimentos terapêuticos, protocolos, tratamentos e práticas médicas que fazem parte do conhecimento tradicional. Cada povo indígena reconhece o próprio sistema de cuidados como específico e particular, com seus agentes e itinerários terapêuticos próprios, tendo diferentes entendimentos sobre o que é e como articular a medicina ocidental.

Em minhas investigações neste campo, observei que, em muitas situações interétnicas, os dois sistemas, o indígena e o oficial, não estão em conflito necessariamente (Athias, 2007). E, na realidade, essa situação é uma das condições para poder se falar em interculturalidade em saúde. Nos povos indígenas em que realizei pesquisa etnográfica, se reconhece a doença como uma experiência humana universal, e há modelos teóricos, técnicas e protocolos indígenas utilizados para enfrentar e solucionar os problemas relacionados com as doenças e a recuperação da bem-estar (Citarella, 1995; Langdon, 1996; Eliade, 2001; Ferreira, 2010). Esse ponto é relevante e referendado pelos estudos provenientes do campo disciplinar da antropologia da saúde, pois estes estudos têm insistido que saúde e cultura estão mutuamente imbrincadas, pois os conceitos de saúde e de doença nos remetem necessariamente às práticas culturais específicas de cada povo.

Tomando em conta os aspectos colocados acima, principalmente no campo da gestão existe de fato um grande desafio para os que

atuam na área dos serviços de saúde, em áreas de contato interétnico, desenvolver estratégias, modelos e linhas de ação que apontem para um desenvolvimento local em uma perspectiva intercultural. Pretende-se nesse texto, a partir da minha atuação como antropólogo na região do Alto Rio Negro elencar elementos centrais das medicinas indígenas que possam subsidiar um esboço de um modelo de atenção de saúde dentro de uma perspectiva intercultural, envolvendo, sobretudo, a preparação de profissionais para atuar nesse contexto (Ribeiro, 2014, p. 19).

SABERES, SAÚDE E INTERCULTURALIDADE

Apesar de existir um crescente interesse nos conhecimentos tradicionais por parte de profissionais de saúde, ainda se constata que tais saberes indígenas e as práticas tradicionais de cura estão limitados apenas aos estudos antropológicos sem um alcance significativo, principalmente nos centros formadores. Neste sentido, uma proposta de saúde intercultural ainda está em processo de discussão entre os profissionais que atuam atualmente nas áreas indígenas, pois se entende que uma proposta dessa natureza deve ter uma base programática em um modelo de atenção que considere as relações entre culturas que coexistem em um mesmo território geográfico e epidemiológico ou clínico.

Gostaria de comentar, a partir do filme *Tatatĩ Rape – O caminho da fumaça*, uma produção da ASCURI (Associação Cultural dos Realizadores Indígenas), filme que surge a partir do diálogo entre intelectuais indígenas e antropólogos sobre o tema da participação social em saúde com ênfase na articulação entre os saberes indígenas e os serviços oficiais. O filme insiste que esses saberes indígenas são construídos a partir da vivência comunitária, como saberes que são partilhados por todos da comunidade. Interessante notar como as falas dos Guarani-Kaiowá se relacionam com o

corpo dentro de um universo amplo relacionado à cosmologia Guarani e a uma epistemologia do corpo, muito presentes nos depoimentos do filme. Mas esse discurso indígena não é ainda considerado, por exemplo, nos processos formativos de profissionais de saúde que atuam atualmente em terras indígenas, pois se observa que os estudos sobre o tema das práticas tradicionais de cura, ainda, são apresentados através de um discurso médico que segue a lógica do mundo ocidental reproduzindo assimetrias, o que pode ser visto como um obstáculo para a compreensão de uma prática intercultural. Além disso, para falar das concepções de bem-estar, doenças e curas existentes entre os povos indígenas é necessário aproximar-se ao pensamento cosmológico, muitas vezes incompreensível aos profissionais de saúde (Dietz, 2017, p. 193).

Entre os povos indígenas no Brasil, percebe-se, através de depoimentos de pajés, praticantes e terapeutas indígenas da medicina tradicional um interesse em realizar intercâmbios de conhecimentos com a biomedicina ou medicina oficial. Esta situação é um pressuposto necessário para um diálogo intercultural sobre a saúde dos povos indígenas. No entanto, os mecanismos de aproximação ou espaços de diálogos por parte da medicina oficial em direção às medicinas indígenas são praticamente inexistentes na operacionalização das políticas públicas de atenção à saúde indígena realizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Como enfatizei acima, aprendi com os indígenas que os saberes e conhecimentos tradicionais são um conjunto muito diversificado de procedimentos práticos, experimentais e teóricos formando um patrimônio cultural que se transmite entre as gerações, baseados na observação da humanidade e nas relações sociais tendo as suas terras como base da produção de alimentos e da reprodução social, bem como o cuidado do

corpo, contra as doenças e os infortúnios. Nesse sentido, os territórios indígenas representam os espaços de elaboração e reelaboração dos saberes, conhecimentos, identidade étnica, redes de parentesco, linguagem e dos sistemas de comunicação. Um outro aspecto desse saber indígena situa-se na memória coletiva e na etno-história, na qual se evidenciam as normas de convivência, as relações de parentesco e a relação com outros povos, se expressando fortemente na forma de convivência. Esse conjunto precisa ser reconhecido como prioridade na relação com o Estado Nacional, pois se constitui como direito consuetudinário garantido pela Constituição Federal como indica o parágrafo 2 Artigo 49 da CF de 1988. Trata-se de uma condição necessária e incontornável aos profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde indígena. Os mitos, festas, ritos, religiosidade expressam a relação transcendental do saber indígena, dando base para os conhecimentos ambientais estruturados como forma de apropriação cognitiva resultado de respostas aos problemas que enfrentaram para a sustentabilidade de suas culturas.

A saúde tal como é concebida pelos povos indígenas, em geral, leva em consideração o bem-estar na totalidade do ser. No entanto, sem efetivamente, dar ênfase nos aspectos biológicos tal como se entende a partir de uma perspectiva da biomedicina, pois estes entendimentos diferenciados conformam, a nosso ver, os laços necessários para uma postura intercultural com relação a essas diferentes concepções. E será nesses espaços onde deveriam acontecer o diálogo entre os representantes dessas medicinas. Os povos indígenas, apesar da diversidade de suas culturas e tradições particulares de cada povo, apresentam alguns elementos de entendimento compartilhados. Vale dizer que quando falamos das práticas de cuidado estamos falando sobre como cada povo entende e reproduz a percepção do que é a doença. Já os serviços de

saúde oficiais referem-se ao corpo, como corpo biológico de acordo como a biomedicina entende. Portanto, para entender o cuidado com o corpo de uma perspectiva indígena, é necessário entender a anatomia e a fisiologia desde o ponto de vista da cultura de um determinado povo indígena.

Estamos afirmando que a noção da medicina indígena, ou as práticas tradicionais de curas, se apresenta como um sistema específico de cuidados com o corpo, está intimamente relacionada à um entendimento cosmológico de uma determinada cultura, e não se trata de um fenômeno fragmentado. Neste sentido, as diversas etiologias indígenas permitem entender as dinâmicas das práticas tradicionais de cura entre os povos indígenas e, sobretudo, apreender os diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Em termos gerais, para as medicinas indígenas, o bem-estar é compreendido como equilíbrio entre os seres em relação, como uma totalidade difícil de ser compreendida pelos não indígenas, a qual engloba as emoções, as epistemologias, os sistemas de inserção com as realidades das dimensões natural e sobrenatural, intimamente relacionadas com as formas de alimentação e as atividades de produção. O indivíduo tem relação com o seu grupo e com a ancestralidade, conforme modelos não ocidentais de parentesco, formas de comunicação, os processos de ritualização e práticas de cura. Por exemplo, a relação do grupo com a humanidade oferece possibilidades de interpretação de fatores ambientais que produzem entendimentos sobre o frio, o calor, os espíritos e as narrativas mitológicas.

Os sistemas de cuidado tradicional indígena estão eminentemente relacionados com um entendimento sobre uma cosmologia, segundo a qual a humanidade e natureza estão completamente imbricadas, fazendo parte de um mesmo sistema cognitivo, o qual se apresenta de uma forma pragmática com relação ao tratamento de curas e a intervenção

de especialistas de curas. As práticas, em geral, tentam buscar soluções aos problemas individuais e coletivos ao mesmo tempo. A base filosófica e da dialética das medicinas indígenas relaciona a natureza com uma vivência coletiva, e nesta se apresentam as chaves holísticas para explicar a presença humana nessa terra. As atividades terapêuticas nas medicinas indígenas situam-se em um campo bioenergético para atingir todas as dimensões constitutivas do ser humano. Nesse sentido, será necessário entender o patológico e o “normal” nos conhecimentos das diversas culturas indígenas.

Nas práticas tradicionais de cura entre os povos indígena o foco se situa, efetivamente, nos aspectos sociais e interacionais. Nesse sentido, as desarmonias se incluem no conjunto de síndromes que podem ou não corresponder a processos biológicos. Portanto, os princípios teóricos das medicinas indígenas exprimem claramente o valor da singularização e da individualização na hora de estabelecer um diagnóstico. Cada pessoa tem um nome próprio e requer um diagnóstico específico, personalizado. A sua individualização vem definida pela sua singularidade ancestral na relação com os demais (Athias, 2004).

CONCLUINDO

Considerando todos os fatores sociais e econômicos podemos resumir que as medicinas indígenas consideram e inter-relacionam o que poderíamos observar como o corpo, o espírito e a mente, segundo as quais se situa a mentalização energética dos princípios vitais imateriais que possibilitam o equilíbrio, a saúde e o bem-estar. O corpo e o espírito do corpo da pessoa e a mente representam uma unidade. Portanto é no corpo que se dão as manifestações dos espíritos do corpo. Nas medicinas indígenas compreende-se que a doença, as patologias encontram-se no

corpo, na mente e no espírito em unidade. As emoções se manifestam através do corpo físico. As curas realizadas por especialistas tradicionais tratam do corpo e do espírito do corpo como princípio vital, ao mesmo tempo, uma vez que fazem parte de uma unidade. Essa é uma diferença radical para com a biomedicina, com sua lógica cartesiana.

As ciências biológicas, sociais e da natureza não se apresentam distintamente para os povos indígenas, pois explicações dos fenômenos devem satisfazer ao entendimento de forma holística. Nesse sentido, encontram-se níveis de conhecimento derivados da tradição cultural, dos rituais e das práticas organizativas que têm seu significado concentrado em símbolos e na linguagem ritual. Com base nesses elementos se pode pensar e definir a interculturalidade em saúde como sendo a capacidade de transitar equilibradamente entre conhecimentos, cosmologias e práticas culturais diferentes com relação à saúde, a doença, a vida, a morte e o pós-morte.

Acredito que seja necessário, a partir dessas inúmeras experiências entre os povos indígenas, avançar em uma proposta de uma política intercultural em saúde para os DSEIs. O conceito de interculturalidade constitui um eixo temático central nas discussões sobre políticas e programas de saúde da organização dos serviços de saúde. A interculturalidade não pode ser vista como algo distante e sim como algo presente, como parte do momento atual, em que há clareza entre os atores envolvidos, de que existem obstáculos ao respeito aos sistemas de cuidados tradicionais indígenas. A grande questão é se, realmente, existe a possibilidade de adequações de uma abordagem intercultural no sistema médico oficial?

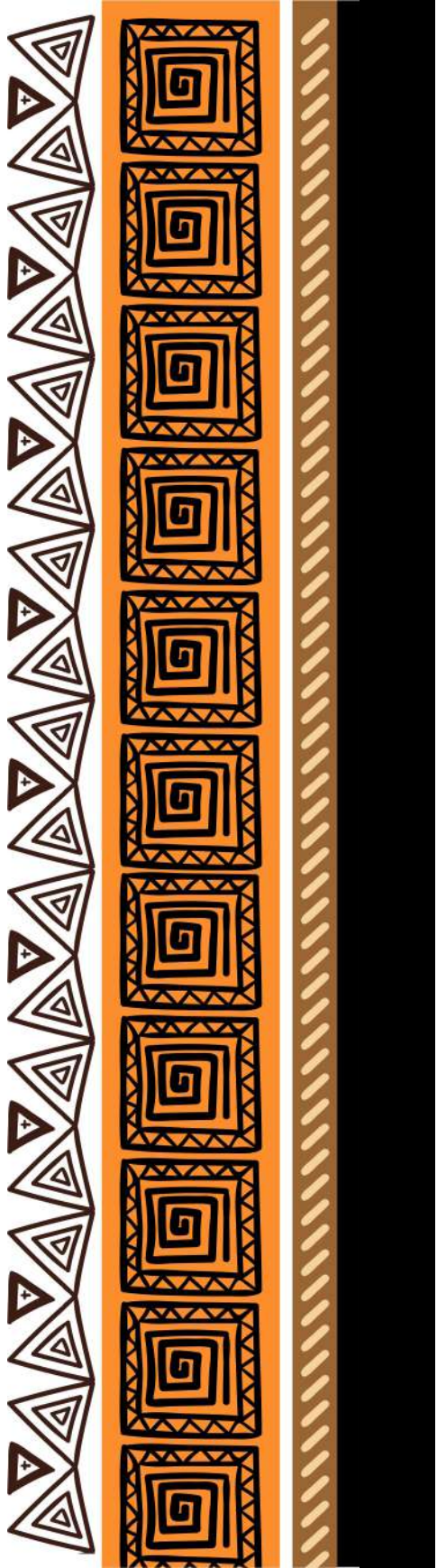
Para finalizar, acredito ser importante que se busquem alternativas, nos diversos territórios indígenas, para a efetivação de um diálogo intercultural entre especialistas indígenas e profissionais de saúde. Esse

diálogo possibilitará de fato uma abordagem intercultural e visará uma compreensão dos profissionais sobre os processos saúde e doença que se dão entre os diversos povos indígenas. Ainda a favor desse diálogo efetivo encontra-se a possibilidade de uma mudança estrutural no funcionamento do distrito possibilitando uma adequação de fato dos interesses dos povos indígenas e dos profissionais de saúde. Essa adequação pode dar a base para uma organização dos serviços de saúde mais respeitosa e a construção de uma nova prática em saúde, com relação às questões culturais dos povos indígenas. Assim como na construção e novas práticas de saúde, novas maneiras de produzir conhecimento e a formação em saúde implicam também aceitar desafios e muitos problemas, talvez sem respostas. Não temos uma fórmula mágica e nem sabemos o final dessa história, mas já é possível desvendar alguns caminhos a partir das diversas experiências que estão sendo desenvolvidas nos DSEIs.

REFERÊNCIAS

- Athias, R. et al. (2004) Pa'múri Masa – Revitalizado as culturas dos povos indígenas dos rios Papuri e Uaupés. SSL/FOIRN, link: <https://drive.google.com/file/d/1pzJix5qDoHykDNZ54qREOcpIrbizi1qM/view>
- Athias, R. (2007), Medicina Indígena no Rio Negro: Experiências de um Projeto, in (org.) L. Ourique FERREIRA and P. S. OSORIO, Medicina Tradicional Indígena em Contextos, Brasília: Funasa, 2007)101–110.
- Athias, R., A. Shankland and R. N. Silva. (2007b), Saber Tradicional e Participação Indígena em Políticas Públicas de Saúde, in Olhar Crítico Sobre Participação e Cidadania: A Construção de uma Governança Democrática e Participativa a Partir do Local, (Org.) J. Romano, M. Andrade and M. Antunes (São Paulo: Expressão Popular), 71–120.
- Boccaro, G. (2015). La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización. In: Langdon, E. J.; Cardoso, M. (org.). Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: EdUFS. p. 192-213.
- Canclini, N. G. (2009). “Teorias da interculturalidade e fracassos políticos”. In Diferentes, desiguais e desconectados: mapas da interculturalidade. / Néstor García Canclini; tradução Luiz Sérgio Henriques. pp.15-33. 3a ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ.
- Citarella, L. et al. (1995). Medicinas y Culturas en la Araucanía. Editorial Sudamericana. Stgo. Chile.

- Dietz, G. (2017) Interculturalidad: una aproximación antropológica. In, *Perfiles Educativos* vol.39 no.156, Ciudad de México abr./jun
- Ferreira, L. O. (2010). Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. 2010. 261 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.
- Gasche, J. (2001). Críterios e instrumentos de una pedagogia intercultural para proyectos de desarrollo en el medio bosquesino amazonico, Iquitos, Instituto de Investigaciones de la Amazonia Peruana (IIAP), mimeo
- Langdon, E. J. (2014). La negociación de lo oculto: chamanismo, medicina y familia entre los Siona del bajo Putumayo. Popayán: Editorial Universidad del Cauca, 2014.
- Oyarce, A., Ibacache, J., & Neira, J. (1996). Reflexiones para una Política Intercultural en Salud. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Puerto Saavedra 4 al 8 de Noviembre de 1996.
- Eliade, M. (2001). El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis. Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas - Febrero 1998 -Washington, D.C. - División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud - Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud
- Ribeiro, G. L. (2014), “La diversidad cultural como discurso global”, Balajú. Revista de Cultura y Comunicación, 1(1):17-54.



APRESENTAÇÃO DA SEÇÃO DE EPIDEMIOLOGIA

Renata Palópoli Pícoli
Everton Ferreira Lemos

É com satisfação que apresentamos a seção de epidemiologia dos povos indígenas, uma obra que reúne um conjunto de textos frutos de pesquisas realizadas em Mato Grosso do Sul, por doutorandos e pesquisadores do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, área de concentração: Epidemiologia, Identidade, Etnicidade e Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) em parceria com a Fiocruz Mato Grosso do Sul.

O conjunto de textos são relevantes para a compreensão dos desafios na garantia do direito à saúde dos povos indígenas no Brasil, com ênfase especial para os povos que vivem em Mato Grosso do Sul. Os capítulos, aqui reunidos, abordam diferentes aspectos das iniquidades sociais e de saúde, que afetam de modo desigual essas populações, lançando luz sobre os desafios enfrentados por essa população e fornecendo subsídios para políticas públicas mais justas.

Cada capítulo desta seção foi cuidadosamente elaborado a partir de estudos e análises que juntos, revelam um panorama complexo e multifacetado das condições de vida e de saúde dos povos indígenas de Mato Grosso do Sul. Convidamos os leitores a percorrerem as páginas que seguem, aprofundando reflexões relacionadas à problemática da oferta e acesso do pré-natal para as mulheres indígenas, das iniquidades étnico-raciais no acesso e

utilização dos serviços de saúde, da violência de gênero e da pandemia de covid-19 em comunidades indígenas.

O capítulo intitulado *Pré-natal de mulheres indígenas de Mato Grosso do Sul: reflexões iniciais a partir do inquérito estadual*, de autoria de Gislaíne Recaldes de Abreu, Renata Palópoli Pícoli e Verônica Grau Luz, aborda como os serviços de atenção ao pré-natal, apesar dos avanços das políticas de saúde no Brasil, ainda são insuficientes para atender as especificidades contextuais e socioculturais das mulheres indígenas. Os autores apontam reflexões sobre as desigualdades persistentes na oferta de serviços de pré-natal para as gestantes indígenas e que podem agravar a saúde materna e infantil da população indígena.

Abreu e colaboradores apontam para a necessidade de garantir o direito à saúde da gestante indígena e de aprimorar a oferta e qualidade da assistência pré-natal no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e nos serviços de referência da rede de atenção à saúde do SUS, considerando o contexto dos povos indígenas e a necessidade de um atendimento diferenciado à gestante indígena.

O capítulo *Iniquidades étnico-raciais nas internações infantis por condições sensíveis à atenção primária no Mato Grosso do Sul* de autoria Anny Danyelly da Costa Ribeiro, Inês Echenique Mattos, Zoraida Fernandez Grillo, Aline Araújo Nobre e Andrey Moreira Cardoso, aborda as iniquidades étnico-raciais nas internações infantis por condições sensíveis à atenção primária no estado do Mato Grosso do Sul, período de 2010 a 2019. Os autores apresentam as elevadas taxas de internação por doenças infecciosas, como gastroenterites e pneumonias, em crianças indígenas, especialmente na macrorregião de Dourados, evidenciando um contexto de vulnerabilidade social e

sanitária, caracterizados pela não garantia de direito à terra, e à saúde dos povos indígenas do estado, em especial para os que vivem na região da Macrorregião de saúde de Dourados.

Ribeiro e colaboradores sugerem que essas iniquidades refletem barreiras estruturais de acesso aos serviços de saúde e destacam a necessidade de medidas que considerem as especificidades étnico-raciais para mitigar os efeitos negativos dessas iniquidades.

O capítulo intitulado *Determinantes da violência física por parceiro íntimo na macrorregião de Dourados, Mato Grosso do Sul* de autoria de Glênio Alves de Freitas, Gláucia Elisete Barbosa Marcon, James Robert Welch e Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva aborda a violência física por parceiro íntimo (VIP) em comunidades indígenas, com dados alarmantes sobre a prevalência desse tipo de violência e suas consequências para o bem-estar e a saúde das mulheres indígenas.

Os autores chamam a atenção para a VPI na população indígena, ser uma questão complexa que deve ser analisada sob a luz das violações dos direitos dos povos indígenas e do contexto histórico e social nos territórios indígenas, que compõem os municípios da Macrorregião de Dourados. A modificação das relações tradicionais e o intenso contato com a população não indígena tem contribuído para a ocorrência de atos violentos dentro dos territórios indígenas.

Por fim, o capítulo intitulado *Covid-19 na população indígena do Mato Grosso do Sul* de autoria de Mariana Garcia Croda, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, Oswaldo Gonçalves Cruz, Enirtes Caetano Prates Melo, explora o impacto da covid-19 nas populações indígenas do Mato Grosso do Sul. Esta temática é de extrema relevância em um contexto em que a pandemia revelou e acentuou vulnerabilidades preexistentes e as iniquidades em saúde vivenciadas pelos povos indígenas do estado.

Croda e colaboradores sinalizam para as iniquidades no acesso aos diagnósticos da covid-19 como um fator que potencializou a propagação do vírus e a incidência da doença. Além das dificuldades no acesso aos serviços de saúde, em especial para os indígenas que vivem na região norte do estado, caracterizadas por barreiras geográficas e organizacionais nos atendimentos nos territórios indígenas e nos serviços de referência para o tratamento da covid-19. Os autores destacam que a análise da evolução da pandemia nestes territórios é imprescindível para proposta de intervenções que assegurem ações mais efetivas.

Esperamos que esta seção promova reflexões e sirva como um convite para o engajamento de profissionais, gestores e pesquisadores na busca por um sistema de saúde mais equitativo, que valorize e respeite a diversidade étnica e cultural do nosso país.

PRÉ-NATAL DE MULHERES INDÍGENAS DE MATO GROSSO DO SUL: REFLEXÕES INICIAIS A PARTIR DO INQUÉRITO ESTADUAL

Gislaine Recaldes de Abreu
Renata Palópoli Pícoli
Verônica Grau Luz

INTRODUÇÃO

Os progressos obtidos nas políticas de saúde pública no Brasil nas últimas décadas são inegáveis, com importantes avanços na expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (Paim *et al.*, 2011). Merece destaque a atenção pré-natal de risco habitual realizado pela APS, bem como seu impacto na redução da morbimortalidade materna e infantil (Leal *et al.*, 2020).

Entretanto, os avanços não se distribuíram de forma homogênea, persistindo desigualdades étnico-raciais que comprometem a saúde de mulheres e crianças indígenas, que vivenciam situações de vulnerabilização, com ampla magnitude dos desfechos maternos e infantis desfavoráveis (Garnelo *et al.*, 2019; Pícoli, Cazola & Lemos, 2017).

As desigualdades sociais vivenciadas pelos povos indígenas no Brasil corroboram diretamente para uma maior exposição dessa população aos inúmeros agravos à sua saúde, inclusive na área materna e infantil (Garnelo *et al.*, 2019; Pícoli *et al.*, 2017; Santos, Pontes & Coimbra, 2020). O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado em 2008 e 2009, evidenciou as iniquidades sociais e sanitárias



das mulheres indígenas, quando comparadas a outros segmentos da população brasileira, caracterizadas por baixos percentuais de assistência à saúde na gestação (Garnelo *et al.*, 2019).

No Mato Grosso do Sul (MS), os estudos sobre as condições de saúde de mulheres indígenas, no período gravídico puerperal, mostraram elevada taxa de detecção de sífilis em gestantes indígenas do estado (Tiago *et al.*, 2017), e risco de óbito de mulheres indígenas cerca de quatro vezes maior quando comparadas às brancas, no período 2010-2015 (Pícoli *et al.*, 2017).

Mato Grosso do Sul possui a terceira maior população indígena do Brasil, com um quantitativo de 116.344 indígenas (6,8% do quantitativo nacional de indígenas em 2022)⁷, sendo habitado majoritariamente pelos povos Guarani Ñandeva (que se autodenominam Guarani ou Avá Guarani), os Guarani Kaiowá (que se autodenominam Kaiowá) e os Terena. Além destes grupos, mais oito povos habitam o MS, são eles: Kinikinau, Kadiwéu, Ofayé, Guató, Chamacoco, Ayoreo, Cambá e Atikum (Chamorro & Combés, 2018).

É evidente que as lacunas de estudos que abordam a atenção pré-natal das mulheres indígenas de Mato Grosso do Sul, dificultam a compreensão das iniquidades étnico-raciais no campo da saúde e, conseqüentemente, o desenvolvimento de ações e políticas que respondam às necessidades de atenção à saúde destas mulheres, no período gravídico e puerperal.

A realização do Inquérito Estadual sobre a cobertura e qualidade do pré-natal de mulheres indígenas do estado de Mato Grosso do Sul (denominado Inquérito Estadual), constituiu um importante avanço na caracterização das condições de assistência pré-natal deste público. O Inquérito Estadual contemplou uma amostra de mulheres indígenas que

⁷ Fonte: Dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022. Informativo para a imprensa - Mato Grosso do Sul.

tiveram o seu parto em serviços hospitalares do Mato Grosso do Sul e se propôs a caracterizar a cobertura e a qualidade da Atenção Pré-Natal e Parto (APNP) ofertada à gestante indígena (Abreu *et al.*, 2024).

Deste modo, o presente capítulo propõe apresentar reflexões iniciais sobre as condições socioeconômicas, demográficas e de assistência pré-natal de puérperas indígenas atendidas nos serviços hospitalares de Mato Grosso do Sul, no período de 2021-2022.

MÉTODO

O Inquérito Estadual da cobertura e qualidade da atenção pré-natal e parto da mulher indígena, trata-se de estudo⁸, transversal, com puérperas indígenas que residiam em terras indígenas, reservas indígenas⁹, áreas de retomada ou comunidades urbanas do estado, que receberam atendimento em uma das doze unidades hospitalares e uma casa de parto normal, de dez municípios do estado de Mato Grosso do Sul, entre 21 de novembro de 2021 e 24 de agosto de 2022.

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a equação da amostra aleatória simples sem reposição, com correção para o tamanho populacional em que: n = tamanho da amostra; N = número de nascidos da raça/cor indígena, no estado de Mato Grosso do Sul em 2018, registrados no Sinasc (2.173 nascimentos); z = valor abscissa da distribuição Normal com nível de confiança 95%; e = erro amostral máximo aceitável de 5%; p = prevalência observada em estudos anteriores, foi adotada a prevalência de 58% de mulheres que realizaram pelo menos sete consultas pré-natal.

8 Foi realizado pela Fiocruz Mato Grosso do Sul e recebeu aprovação no Edital do Programa Inova FIOCRUZ, 01/2020 de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e de Gestão do Sistema e dos Serviços de Saúde (PMA).

9 Reservas indígenas no Mato Grosso do Sul (MS) são territórios demarcados compulsoriamente pelo Estado brasileiro (Serviço de Proteção ao Índio - SPI), entre os anos de 1915 e 1928. Diferimos de Terras Indígenas já que existem casos no MS de demarcação resultante da luta indígena, e não de demarcação compulsória.

Para responder aos objetivos do estudo, seria necessário incluir 320 mulheres indígenas. Além disso, prevendo a ocorrência de eventuais perdas, o tamanho da amostra foi acrescido em 20%, totalizando um mínimo de 384 entrevistas (Bussab & Morettin, 2013). Para a identificação dos municípios participantes do estudo, considerou o quantitativo de quatro (4) nascidos vivos de mulheres indígenas ao mês, no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) para o ano de 2018, por município de ocorrência e que o município sediasse um serviço do SASI-SUS.

Foram incluídas no estudo 467 puérperas indígenas que tiveram o parto e/ou tenham recebido atendimento pós-parto imediato, com filho(a) nascido(a) vivo(a) de qualquer peso ou idade gestacional e que portavam a Caderneta da Gestante ou Ficha Perinatal, durante sua internação hospitalar em um dos treze serviços hospitalares participantes do estudo.

Realizou-se entrevista com as mulheres indígenas no período de 24 a 48 horas após o parto, por meio de instrumento de coleta de dados (Entrevista com a Puérpera Indígena), a fim de investigar as características sociodemográficas, econômicas (etnia, idade, escolaridade e origem da renda) e caracterização dos domicílios (acesso à água, coleta e destino do lixo e saneamento básico).

Em seguida, foram registrados os dados secundários extraídos da Caderneta da Gestante e/ou Ficha Perinatal, também por meio de instrumento de coleta (Dados da Caderneta da Gestante), mediante autorização da mulher, para investigar as variáveis relacionadas ao pré-natal (idade gestacional no início do pré-natal, número de consultas realizadas, profissionais envolvidos na consulta pré-natal, tipo da unidade de saúde onde fez o pré-natal, registros de solicitação e resultados de exames), tendo como subsídio o instrumento do Relatório final do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos (Cardoso *et al.*,

2009), documentos oficiais (Brasil, 2012; Organização Mundial da Saúde, 2016). Os dados foram inseridos no software REDCap versão 6.17 por pesquisadores bolsistas e revisados sistematicamente por especialistas na área de atenção obstétrica. Os dados foram apresentados em tabelas descritivas contendo o número ('n') e a porcentagem das principais variáveis de interesse.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 10 municípios que possuem hospital de referência e que participaram desta pesquisa, atenderam puérperas indígenas moradoras de 21, dos 79 municípios do estado, sendo os três (3) com maior quantitativo de mulheres nesta pesquisa: Amambai (24%), Dourados (23,5%) e Miranda (14,5%). Dos quatorze (14) Polos Base do Distrito Sanitário Especial Indígena do MS (DSEI-MS), dez (10) apareceram como o local de referência no atendimento das mulheres.

O perfil sociodemográfico das puérperas indígenas demonstrou que, das 467 entrevistadas, 64,7% eram do povo Guarani e Kaiowá e 25,9% tinham idade entre 12 a 19 anos. Mais da metade das mulheres tinha baixa ou nenhuma escolaridade (52,0% possuíam apenas ensino fundamental e 10,3% nenhuma escolaridade). Em relação à origem da renda, quase um quarto (22,5%) vivia apenas com benefícios sociais provenientes do Programa Bolsa Família ou aposentadoria, sendo que apenas 18,6% se mantinham financeiramente com rendimento fixo, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico e econômico de puérperas atendidas nos serviços hospitalares do Mato Grosso do Sul, 2021-2022 (n=467).

Variáveis	N	%
Etnia		
Kaiowá e Guarani	302	64,7
Terena	159	34,0
Outras (Kadiwéu, Ofaié)	6	1,3
Idade (anos)		
12 a 19	121	25,9
20 a 34	307	65,7
35 ou +	39	8,4
Escolaridade		
Sem escolaridade/sem estudo	48	10,3
Ensino Fundamental	243	52,0
Ensino Médio	160	34,3
Ensino Superior	16	3,4
Origem da renda*		
Somente benefícios sociais**	105	22,5
Somente renda fixa	87	18,6
Benefício social e renda fixa	80	17,1
Somente renda variável	73	15,7
Benefício social e renda variável	67	14,4
Outras rendas	55	11,8

Fonte: elaboração dos autores (2024). Legenda: *Dado referente aos últimos 12 meses; **Benefícios sociais provenientes do Programa Bolsa Família ou aposentadoria.

De acordo com os dados desta pesquisa, identificou-se um perfil sociodemográfico e econômico similar a outras mulheres indígenas brasileiras. Segundo Freitas, Souza e Lima (2016), e outros relatórios realizados com povos indígenas do Mato Grosso do Sul (Consea, 2017; Luz et al., 2023), a escolaridade desta população é baixa e o número de filhos

costuma ser mais alto que o da população não indígena, dados também confirmados pelo Inquérito de Saúde e Nutrição de Povos Indígenas (Cardoso *et al.*, 2009).

Nas Reservas Indígenas, embora existam escolas, o número de escolas com ensino médio é muito pequeno, impossibilitando o avanço da escolarização para a maioria das pessoas, que nem sempre têm condições de se deslocarem até as cidades para seguirem estudando (Luz *et al.*, 2023). Culturalmente, também é comum as mulheres indígenas Kaiowá e Guarani estarem aptas a casarem a partir da menarca, o que muitas vezes faz com que jovens não sigam nos estudos.

As baixas escolaridades, geralmente, refletem em subempregos ou na falta de acesso a empregos, comum nos povos indígenas do Mato Grosso do Sul, sobretudo os Kaiowá e Guarani. Soma-se a isso, o cenário de preconceito histórico sul-mato-grossenses em relação aos povos indígenas, que limita ainda mais o acesso a empregos. A falta de creches nos territórios indígenas é outro agravante para a possibilidade das mulheres se ausentarem do cuidado aos filhos para trabalharem. Este cenário acirra a necessidade, sobretudo das mulheres, de acessarem os benefícios sociais governamentais.

As etnias encontradas nesta pesquisa são o reflexo do perfil dos povos majoritários do MS, que são os Guarani, Kaiowá e Terena que juntos, somam a maioria da população indígena do estado (Chamorro & Combés, 2018). Os Guarani e Kaiowá são o segundo maior povo do país, com cerca de 50 mil indígenas no MS (Franceschini, 2016).

A Tabela 2 revela que, em pouco mais da metade (52,9%) das casas das mulheres entrevistadas, a água para beber e cozinhar vem de torneiras dentro dos domicílios e, em 51,0% das casas, a água não é tratada. Tanto nas aldeias, territórios demarcados quanto em áreas de retomada ou

acampamentos a água ainda é um problema frequente entre os povos indígenas (Consea, 2017; Franceschini, 2016; Luz *et al.*, 2023).

Nas Reservas Indígenas, o acesso à água potável não é constante, existindo falta de caixas d'água, em alguns domicílios, problemas com as bombas que levam a água dos poços até as casas, dentre outros fatores (Consea, 2017). Nas retomadas, a maioria das famílias depende dos caminhões pipa das prefeituras para alimentar as caixas d'água, ou de fontes de água como rios e nascentes que ficam longe de suas moradias ou estão contaminadas com agrotóxicos (Luz *et al.*, 2023). Vale ressaltar que a água, assim como o saneamento básico, é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e que deve haver esforços para que este problema seja resolvido de maneira efetiva em todos os territórios indígenas do MS.

Devido à falta de coleta de lixo em 78,6% dos domicílios em áreas indígenas, pelas prefeituras, o lixo é queimado na grande maioria dos domicílios (72,0%). Em 16,9% dos domicílios das mulheres indígenas não existia nenhuma rede de esgoto ou fossa séptica como destino dos dejetos. Tais resultados corroboram os dados Inquérito de Saúde e Nutrição de Povos Indígenas, onde o saneamento básico foi apontado como insuficiente na maioria das aldeias visitadas, sendo destacado que mesmo onde foram construídos banheiros com fossa séptica nos domicílios, há falta de água para a descarga de dejetos (Cardoso *et al.*, 2009).

Tabela 2. Caracterização do acesso à água, coleta e destino do lixo e saneamento básico do domicílio das puérperas atendidas nos serviços hospitalares do Mato Grosso do Sul, 2021-2022 (n=467).

Variáveis	n	%
Fonte de água para beber		
Torneira dentro de casa	247	52,9
Torneira fora de casa	130	27,8
Torneira coletiva (fora de casa)	47	10,1
Poço artesiano	35	7,5
Outros	8	1,7
Tratamento da água		
Sem tratamento	238	51,0
Hipoclorito de sódio	149	31,9
Filtrada	58	12,4
Fervida	21	4,5
Decantada/coada	1	0,2
Existe coleta de lixo		
Não	367	78,6
Sim	98	21,0
Sem informação	2	0,4
Destino do lixo		
Queimado	336	72,0
Coletado	85	18,2
Enterrado	38	8,1
Outros	8	1,7
Destino dos dejetos (saneamento)		
Dentro de casa (latrina / sanitário)	183	39,2
Fora de casa (latrina / sanitário domiciliar)	178	38,1
Fora de casa (latrina / sanitário coletivo)	24	5,2
No mato	79	16,9
Outro	3	0,6

Fonte: elaboração dos autores (2024).

Os resultados evidenciaram que das 467 mulheres, 65,8% conseguiram iniciar o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, um pouco mais da metade (51,0%) realizou sete ou mais consultas, a maioria (85,7%) realizou seu pré-natal em UBS indígena e 57,4% foram assistidas por médico e enfermeiro (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização do pré-natal realizado por puérperas indígenas atendidas nos serviços hospitalares do Mato Grosso do Sul, 2021-2022 (n=467).

Variáveis	n	%
Idade gestacional no início do pré-natal		
1º trimestre	307	65,8
2º trimestre	124	26,6
3º trimestre	26	5,5
Sem informação	10	2,1
Nº de consultas realizadas no pré-natal		
1-3	51	11,0
4-6	170	36,4
7 ou mais	239	51,0
Sem informação	7	1,6
Profissionais envolvidos na consulta pré-natal		
Médico	19	4,0
Enfermeiro	174	37,3
Médico e enfermeiro	268	57,4
Sem informação	6	1,3
Local do Pré-natal		
Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI)	400	85,7
Unidade de Saúde da Família (USF)	62	13,3
UBSI ou USF e Unidade de Referência de Pré-Natal de Alto Risco	4	0,8
Atendimento Particular	1	0,2

Fonte: elaboração dos autores (2024).

Os resultados do presente estudo, quando comparados aos estudos realizados com a população não indígena no Brasil, mostraram que a cobertura

da assistência pré-natal apresenta indicadores menores que os encontrados para população não indígena. Pesquisa nacional mostrou que 75,8% das mulheres iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, e 73,1% compareceram a seis ou mais consultas (Viellas *et al.*, 2014) permanecendo importantes diferenças a depender da região do país. Entretanto, quando se trata da população indígena, os resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, mostraram que apenas 33,0% das mulheres indígenas iniciaram o seu pré-natal no primeiro trimestre gestacional e 16,0% realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (Garnelo *et al.*, 2019), resultados estes aquém dos encontrados na presente pesquisa.

Estudos sobre a temática do pré-natal com populações indígenas ainda são escassos e apontam lacunas na assistência pré-natal oferecida aos povos indígenas em diferentes contextos, destacando-se a presença de desigualdades sociais que apresentam estreita relação com as piores condições de acesso e de qualidade na assistência pré-natal (Mesenburg *et al.*, 2018).

Nesse cenário, mostra-se significativo o número de mulheres indígenas com dificuldades de acesso a um pré-natal de qualidade, com importantes diferenças na assistência recebida em vários países do mundo, inclusive no Brasil e no Mato Grosso do Sul (Mesenburg *et al.*, 2018; Garnelo *et al.*, 2019; Abreu *et al.*, 2024).

Para os exames laboratoriais registrados na Caderneta da Gestante, observou-se menor percentual de solicitação para a citologia oncótica cervical (0,6%), exame de fezes (3,2%) e urocultura (22,7%). Para a solicitação de exames de urina (EAS), glicemia de jejum e hemograma identificou-se os percentuais, 74,1%, 78,9% e 79,4%, respectivamente. Também chama atenção, o baixo percentual de registros de resultados de exames na Caderneta da Gestante, cujo exame de urocultura foi representado por 14,2%, hemograma por 69,4% e glicemia de jejum, por 78,3% (Tabela 4).

No I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, a solicitação de exames laboratoriais preconizados para a gestante foi baixa, não ultrapassando 53,0%, sendo os percentuais mais baixos do que os encontrados para mulheres não indígenas, inclusive para aquelas que residem em áreas de alta vulnerabilidade social e baixa cobertura como a Amazônia Legal e o Nordeste (Garnelo *et al.*, 2019).

Tabela 4. Distribuição dos registros de solicitação e de resultados de exames, na caderneta das gestantes de puérperas indígenas atendidas nos hospitais do Mato Grosso do Sul, 2021-2022 (n=467).

Exames	n	%
EAS Exame de urina		
Realizou exame	346	74,1
Teve anotação do resultado	294	85,0
Urocultura		
Realizou exame	106	22,7
Teve anotação do resultado	15	14,2
Exame de fezes		
Realizou exame	15	3,2
Teve anotação do resultado	12	80,0
Citologia oncótica cervical		
Realizou exame	3	0,6
Teve anotação do resultado	2	66,7
Hemograma		
Realizou exame	324	69,4
Teve anotação do resultado	273	84,3
Glicemia de jejum		
Realizou exame	366	78,3
Teve anotação do resultado	325	69,6
Ultrassonografia obstétrica		
Realizou exame	397	85,0
1 vez	216	54,4
2 a 3 vezes	153	38,5
4 vezes ou mais	28	7,1

Fonte: elaboração dos autores (2024).

A qualidade da assistência pré-natal é avaliada não somente pela idade gestacional no início do pré-natal e do número de consultas realizadas, mas também pelo acompanhamento da gestação por meio de exames laboratoriais. Nesse sentido, a importância da realização e anotação de resultados de exames laboratoriais na Caderneta da Gestante destaca-se como uma importante ferramenta para o acompanhamento e a prevenção de possíveis complicações e/ou diminuição de riscos para o binômio mãe e feto (Leal *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2019).

Na presente pesquisa, a maioria das mulheres indígenas entrevistadas residia em territórios indígenas localizados em área rural, fato este que pode exercer influência nas dificuldades de acesso aos serviços de saúde dos municípios responsáveis pela oferta de exames, que podem estar correlacionadas aos problemas de logística de transporte das gestantes indígenas das aldeias, pelas equipes dos Polos Base, para os municípios de referência para a realização dos exames.

Entre os fatores que podem estar relacionados à restrição de oferta de exames de rotina do pré-natal para as gestantes indígenas, destaca-se os desafios de integração do SASI-SUS com os gestores de saúde municipais na pactuação do quantitativo da oferta de exames do pré-natal para este grupo de mulheres.

É importante chamar a atenção para a incompletude de registros de exames na Caderneta da Gestante indígena, visto que o não preenchimento pode trazer implicações negativas para a assistência pré-natal. O preenchimento correto é obrigatório e fundamental para o controle de doenças pré-existentes, bem como dos possíveis fatores de risco detectados nos exames de rotina durante o ciclo gravídico puerperal, reforçando a importância destes procedimentos para redução da morbimortalidade materna e infantil (Gonzalez & Cesar, 2019; OMS, 2016).

Quanto aos aspectos positivos, a exemplo do Polo Base de Dourados, o vínculo dos profissionais de saúde, na sua grande maioria indígenas (Vicente *et al.*, 2022) com a comunidade e a proximidade com a cidade podem ser fatores que aumentam a adesão ao pré-natal durante toda a gravidez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contexto sociodemográfico do estudo evidenciou serem puérperas indígenas jovens, com baixa escolaridade e renda e pertencentes em sua maioria ao povo Guarani (Ñandeva e Kaiowá).

O cenário da assistência pré-natal das mulheres indígenas demonstrou persistência de desigualdades étnico-raciais que comprometem a saúde e o bem-estar das mães indígenas. Ainda é preciso avançar na qualidade do pré-natal das UBS indígenas, por meio da APS, e na melhora do preenchimento da Caderneta da Gestante, para que haja um diálogo efetivo de prevenção de riscos e melhora da assistência entre os serviços de saúde, considerando a realidade indígena do estado, a mobilidade destes povos e a necessidade de um atendimento diferenciado.

REFERÊNCIAS

- Abreu, G. R., Picoli, R. P., Welch, J. R., & Coimbra Jr, C. E. A. (2021). Mortalidade materna em populações indígenas no Brasil, 2000-2020. Em Nascimento, D.D.G., Guilhermino, J.F., Moraes, S.H. M. (org.) (1 Ed). A Fiocruz em Mato Grosso do Sul: contribuições para educação, pesquisa e inovação em saúde (pp.103-111). Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Abreu, G. R., Pícoli, R. P., Welch, J. R., & Coimbra Jr., C. E. A. Adequação da assistência pré-natal ofertada à mulher indígena no estado de Mato Grosso do Sul: características maternas e dos serviços de saúde. *Cien Saúde Colet* [periódico na internet] (2024/ Jun). <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/adequacao-da-assistencia-prenatal-ofertada-a-mulher-indigena-no-estado-de-mato-grosso-do-sul-caracteristicas-maternas-e-dos-servicos-de-saude/19298?id=19298>
- Cardoso, A. M., Horta, B. L., Coimbra JR, C. E. A., Follér, M., & Carvalho, M.S. (Coords.). (2009). Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. FUNASA, 2009. Relatório Final (Análise de dados), n. 7. 494 pp. Rio de Janeiro.

- Chamorro, G., & Combés, I. (2018). Povos indígenas em Mato Grosso do Sul: história, cultura e transformações sociais. Dourados, Ed. UFGD.
- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Brasil). (2017). Tekoha: Direitos dos povos Guarani e Kaiowá: visita do Consea ao Mato Grosso do Sul. Brasília: [s.n.], 126 pp.
- Franceschini, T. (2016). O Direito Humano à Alimentação Adequada e à Nutrição do povo Guarani e Kaiowá: um enfoque holístico – Resumo Executivo /Brasília: FIAN pp.2016.
- Freitas, G. A.; Souza, M. C. C. & Lima, R.C. (2016). Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em mulheres indígenas do Município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 32(8), pp. 1-12. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00023915>
- Garnelo, L., Horta, B. L., Escobar, A. L., Santos, R. V., Cardoso, A. M., Welch, J. R., Tavares, F. G., & Coimbra Jr, C. E. A. (2019). Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do primeiro inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(3):1-13. doi: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ycBy7zRHxVjPNNPvqKX3SRM/?format=pdf&lang=pt>
- Gonzalez, T. N., & Cesar, J. A. Acquisition and completion of pregnant woman's medical booklet in four populational-based surveys. (2019). *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 19(2), pp. 375–382. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200007>
- Pícoli, R. P., Cazola, L. H.O., & Lemos, E. F. (2017). Maternal mortality according to race/ skin color in Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2010 to 2015. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17(4):729–737. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>
- Leal, M. C., Esteves-Pereira, A. P., Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M. & Gama, S. G. N. (2020). Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. *Rev Saúde Pública*, 54(8): 1-12. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
- Luz, V.G., Rocha, N.C., Faria, L.L., Johnson, F.M., Machado, I.R. et al. (2023). Executive Summary – Food and Nutrition Sovereignty And Security in the Guarani and Kaiowá Territories of Mato Grosso do Sul. Brasília: FIAN 2023. <https://fianbrasil.org.br/ssanGK>.
- Mesenburg, M. A., Restrepo-Mendez, M. C., Amigo, H., Baladrán, A. D., Barbosa-Verdun, M. A., Caicedo-Velásquez, B. ... Carvajal-Aguirre, L. (2018). Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries. *The Lancet Global Health*, v. 6(8), pp. e902–e913, doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30300-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30300-0)
- Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (2002). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2 ed. Brasília.
- Ministério da Saúde. (2012). Atenção pré-natal de baixo risco. Brasília. (Cadernos de Atenção Básica, 32).
- Ministério da Saúde. Distrito Sanitário Especial Indígena. População Indígena do Mato Grosso Do Sul. 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/08/Anexo-1659355-dsei-ms.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

- Organização Mundial da Saúde. (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Recuperado: 27 de outubro de 2023, URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C.; Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, [s. l.], v. 377(9779), pp.1778-1797. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8).
- Pícoli, R. P., Cazola, L. H.O., & Lemos, E. F. (2017). Maternal mortality according to race/ skin color in Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2010 to 2015. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 17, (4), pp.729-737. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>
- Santos, R.V., Pontes, A.L. & Coimbra JR. C.E.A. (2020). Um “fato social total”: COVID-19 e povos indígenas no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v.36(10), pp.1- 5. doi: 10.1590/0102-311X00268220
- Silva, E. P., Leite, A. F. B., Lima, R. T. & Osório, M. M. (2019). Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação. *Revista de Saúde Pública*, v.53(43), pp.1-13. doi: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001024>
- Tiago, Z. da S., Pícoli, R. P., Graeff, S. V-B., Cunha, R. V. & Arantes, R. (2017). Subnotificação de sífilis em gestantes, congênita e adquirida entre povos indígenas em Mato Grosso do Sul, 2011-2014. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet], 26(3)503-12. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300008>
- Vicente, R. M.; Moreira, N. F.; Moreira, C. C.; Simonelli, C. G. & Luz, V. G. (2022) Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. v. 38(12), pp.1-17. doi: 10.1590/0102-311XPT110321
- Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N., Theme Filha, M. M., Costa, J. V., Bastos, M. H. & Leal, M. C. L. (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Cad. Saúde* v. 30, (supl.1), pp. 85-100. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>

INIQUIDADES ÉTNICO-RACIAIS NAS INTERNAÇÕES INFANTIS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MATO GROSSO DO SUL

Anny Danyelly da Costa Ribeiro
Inês Echenique Mattos
Zoraída Fernandez Grillo
Aline Araújo Nobre
Andrey Moreira Cardoso

INTRODUÇÃO

Indicadores de morbidade hospitalar constituem importantes ferramentas na compreensão do perfil epidemiológico de grupos populacionais (Alfradique *et al.*, 2009), contribuindo para a avaliação da gravidade das doenças, vigilância e controle de agravos, análise do acesso e utilização dos serviços de saúde e planejamento em saúde. Mais recentemente, a análise de causas de hospitalização consideradas evitáveis pelo acesso às tecnologias de saúde disponíveis tem subsidiado a discussão sobre acesso e qualidade da atenção primária à saúde (APS) (Farias *et al.*, 2019). O conjunto das internações por essas causas constitui o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), utilizado em diversos países para avaliar a efetividade dos serviços de saúde no nível primário. Assim, taxas de ICSAP elevadas em um determinado grupo populacional sugerem limitações na cobertura e/ou na resolubilidade dos problemas de saúde, demonstrando uma situação de



vulnerabilidade social (Alfradique *et al.*, 2009; Barreto; Nery; Costa, 2012; Moura *et al.*, 2010).

A inclusão e a melhoria progressiva da qualidade do preenchimento da variável cor/raça no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) ampliaram as possibilidades de análise sobre a morbidade hospitalar com recorte étnico-racial no país. Embora o monitoramento das ICSAP seja uma ferramenta importante na análise de desigualdades étnico-raciais em saúde, ela ainda é pouco utilizada na análise da situação de saúde da criança. Há poucos estudos publicados nos quais foi analisada a morbidade hospitalar em crianças indígenas no Brasil (Caldart *et al.*, 2016b; Cardoso; Coimbra; Tavares, 2010; Patzer; Menegolla, 2013; Orellana *et al.*, 2007). Esses estudos evidenciam um perfil de morbidade hospitalar que espelha a fragilidade das condições de saúde e nutrição e de acesso à saúde das crianças indígenas quando comparadas às não-indígenas, em diferentes etnias e regiões geográficas, demonstrando que ainda hoje persistem as desigualdades regionais e étnico-raciais em saúde no país.

Farias e colaboradores (2019) investigaram recentemente as internações por causas em crianças menores de cinco anos no Brasil e suas regiões, evidenciando importantes iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas específicas selecionadas, tendo também apontado uma taxa de ICSAP no país para as crianças indígenas cerca de cinco vezes a taxa correspondente em crianças brancas, com destaque para as regiões Norte e, em especial, Centro-Oeste, onde a taxa ajustada de internação por essas causas em crianças indígenas foi 18,5 (IC95%: 16,5-20,7) vezes a taxa correspondente nas crianças brancas.

A investigação de causas de internação de crianças menores de cinco anos em escalas geográficas menores, como Unidades Federadas e

macrorregiões de saúde do estado de Mato Grosso do Sul, pode revelar a contribuição de áreas geográficas e segmentos populacionais específicos na magnitude das desigualdades étnico-raciais nas ICSAP verificadas por Farias e colaboradores (2019) em escala nacional e regional. O estado de Mato Grosso do Sul (MS) faz parte da região Centro-Oeste do Brasil e concentra 56% de população indígena da região e 15,9% de toda a população indígena do país. Frente ao elevado contingente populacional indígena e ao histórico de discriminação, exclusão social e racismo sofridos por essa população (Aragão; Vieira, 2022), é possível supor que esse estado possa ter um peso relevante no cenário de iniquidades étnico-raciais nas ICSAP observado na região Centro-Oeste.

O presente estudo teve por objetivo analisar as hospitalizações por ICSAP de crianças menores de cinco anos segundo cor/raça no estado do MS e suas macrorregiões de saúde, a partir dos registros do SIH/SUS, buscando identificar iniquidades étnico-raciais nas ICSAP no estado do Mato Grosso do Sul e sua contribuição para o cenário de desigualdades verificado nacionalmente.

MÉTODO

Desenho de estudo

O Mato Grosso do Sul é o sexto estado em extensão territorial do Brasil, sendo subdividido em quatro macrorregiões de saúde. A maior macrorregião é Campo Grande, localizada na porção central do estado e constituída por 34 municípios, seguida por Dourados, localizada na porção sul e sudeste do estado e constituída por 33 municípios, Três Lagoas, na porção leste e constituída por 10 municípios, e Corumbá, a oeste e constituída por 2 municípios. Mais da metade da população indígena se concentra nas macrorregiões de Campo Grande e Dourados.

Neste estudo, descreveu-se a morbidade hospitalar por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos no MS e suas macrorregiões de saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá) no período de 2010 a 2019, agrupado em dois quinquênios (2010-2014 e 2015-2019), a partir dos dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponível em livre acesso na plataforma *online* do Departamento de Informática do SUS. O recorte temporal decorre da disponibilização da variável cor/raça no SIH/SUS em 2009, e por 2019 ser o último ano que não sofreu efeitos da pandemia do covid-19. Para estimar o número de crianças menores de cinco anos por categoria de cor/raça e ano, foram utilizados os dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Segundo o censo demográfico de 2010, a população menor de cinco anos do Mato Grosso do Sul era de aproximadamente 197 mil crianças, com uma distribuição segundo raça/cor de 50% brancas, 40% pardas, 5% indígenas, 4% pretas e 1% amarelas. As estimativas populacionais do IBGE de crianças menores de cinco anos publicadas oficialmente para cada ano intercensitário foram multiplicadas pelas proporções de crianças em cada categoria de cor/raça verificadas no Censo de 2010, uma vez que não existiam estimativas de população intercensitária por raça/cor, à época da realização deste estudo, ainda não se encontrarem disponíveis os dados por raça/cor do Censo Demográfico de 2022.

Definição de caso, critérios de inclusão e de exclusão

Foram selecionadas todas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de crianças menores de cinco anos no período de 2010 a 2019 ocorridas no MS, sendo excluídas aquelas de longa permanência, de crianças residentes em outras UF e com tempo de permanência inferior a 24 horas.

As causas de internação foram agrupadas segundo condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) com base na lista brasileira de ICSAP (Alfradique *et al.*, 2009).

Análise estatística

Realizou-se uma análise descritiva das hospitalizações segundo sexo, faixa etária (< 1 ano e 1-4 anos), macrorregião, tempo de permanência hospitalar e cor/raça, em todo o período e em dois quinquênios (2010-2014 e 2015-2019). Em seguida, a regressão binominal negativa foi utilizada para obter as estimativas das razões de taxas e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) entre categorias de cor/raça, ajustadas por sexo e faixa etária, tendo como categoria de referência a cor/raça branca. As razões de taxas foram estimadas com os registros de dados completos, sendo descartadas as internações sem informação de cor/raça.

RESULTADOS

No período 2010 a 2019, foram registradas no SIH/SUS 160.158 hospitalizações de crianças menores de cinco anos residentes no estado do MS. Das variáveis que compõem a base de dados do SIH-SUS, apenas a variável cor/raça apresentou incompletude, correspondente a 27.880 registros (17,4%). Verificou-se melhoria no preenchimento dessa variável no quinquênio mais recente (2010-2014: 18.941 ou 23,2%; 2015-2019: 8.939 ou 11,4%).

Em todas as categorias de cor/raça e em ambos os quinquênios, exceto em crianças pretas no primeiro quinquênio, se verificou maior proporção de internações em crianças do sexo masculino (Tabela 1). De uma forma geral, as internações foram mais frequentes nas faixas etárias de um a quatro anos no primeiro quinquênio, e no segundo quinquênio, as crianças menores de um ano passaram a responder por uma maior proporção de internações. As

macrorregiões de saúde de Campo Grande e Dourados juntas somaram mais de 80% das internações da UF nos dois quinquênios analisados, com destaque para a magnitude dessa proporção na categoria de cor/raça indígena na macrorregião de Dourados (2010-2014: 90,2%; 2015-2019: 91,0). A maioria das internações, tanto no primeiro quanto no segundo quinquênios, apresentou tempo de permanência hospitalar entre 2 e 7 dias (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas e tempo de permanência hospitalar em crianças menores de 5 anos, segundo cor/raça. Mato Grosso do Sul, quinquênio 2010-2014 e 2015-2019.

Quinquênio 2010-2014	< 5 anos		Cor/Raça (%)					
			Branca (n=22.223)	Preta (n=600)	Parda (n=31.775)	Amarela (n=135)	Indígena (n=7.959)	NI (n=18.941)
Variável	N	%						
Sexo								
Masculino	44.642	54,7	52,6	50,0	56,2	50,4	52,4	55,7
Feminino	36.991	45,3	47,4	50,0	43,8	49,6	47,6	44,3
Faixa etária (anos)								
<1	39.678	48,6	47,1	56,3	46,6	35,6	43,3	55,8
1-4	41.955	51,4	52,9	43,7	53,4	64,4	56,7	44,2
Macrorregião de saúde								
Campo Grande	36.459	45,0	42,1	57,6	45,1	62,3	9,7	62,4
Dourados	32.200	39,7	47,4	22,2	29,6	23,7	90,2	27,2
Três Lagoas	7.582	9,4	10,0	19,1	10,8	14,0	0,1	9,6
Corumbá	4.831	6,0	0,5	1,1	14,5	0	0	0,8
Permanência (dias)								
1	8.346	10,2	10,5	8,3	10,9	11,8	3,9	11,3
2 a 7	57.050	69,8	73,5	62,3	71,5	67,4	80,0	58,9
8 a 14	9.436	11,5	8,8	15,1	10,7	5,2	7,8	17,6
15 a 21	2.749	3,5	2,5	3,5	3,0	9,6	3,5	4,9
22 a 28	1.379	1,7	1,8	3,5	1,4	1,5	1,0	2,6
>29	2.673	3,3	2,9	7,3	2,5	4,5	3,8	4,7

Quinquênio 2015-2019	< 5 anos		Cor/Raça (%)					
	N	%	Branca (n=23.603)	Preta (n=510)	Parda (n=38.662)	Amarela (n=200)	Indígena (n=6.611)	NI (n=8.939)
Sexo								
Masculino	42.963	54,7	53,3	56,3	56,0	59,0	53,0	54,2
Feminino	35.562	45,3	46,7	43,7	44,0	41,0	47,0	45,8
Faixa etária (anos)								
<1	40.846	52,0	54,7	52,8	50,1	28,0	43,4	60,0
1-4	37.679	48,0	45,3	47,2	49,9	72,0	56,6	40,0
Macrorregião de saúde								
Campo Grande	36.806	47,3	47,1	49,1	51,6	42,9	8,9	57,8
Dourados	29.700	38,2	43,4	20,8	28,1	50,5	91,0	29,7
Três Lagos	6.629	8,5	8,7	26,6	8,9	6,0	0,1	11,3
Corumbá	4.633	6,0	0,8	3,5	11,4	0,6	0	1,2
Permanência (dias)								
1	9.578	12,2	14,2	14,9	12,9	17	4,6	9,2
2 a 7	49.586	63,1	60,3	57,6	64,4	66,5	75,7	56,8
8 a 14	10.902	13,8	13,0	12,9	13,7	8,5	10,1	19,6
15 a 21	3.249	4,3	4,4	5,5	3,7	3,5	2,8	5,8
22 a 28	1.606	2,0	2,5	0,9	1,8	1,5	1,5	2,6
>29	3.604	4,6	5,6	8,2	3,5	3,0	5,3	6,0

Nota: NI: não informado. Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, SIH/SUS. (Departamento de Informática do SUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/midescr.htm>, acessado em 12/out/2020).

No estado, foram registradas 28.359 ICSAP, a proporção corresponde a 17,7% das internações do período acumulado, variando de 13,7% (crianças pretas) a 27,8% (crianças indígenas) entre as categorias com cor/raça informada. Esta proporção correspondeu a 10,8% na categoria de cor/raça ignorada (Tabela 2). As causas mais frequentes de ICSAP foram as gastroenterites (44,9%), seguidas das pneumonias bacterianas (34,3%) que, em conjunto, representam 79,2% das causas de internações sensíveis

à atenção primária. Quando as ICSAP foram desagregadas por grupos de causas e categorias de cor/raça, observou-se que 50,4% e 49,0% das ICSAP em crianças indígenas e pretas, respectivamente, decorreram de gastroenterites infecciosas, ao passo que essa foi a causa de 45,6% das ICSAP de crianças brancas. As pneumonias bacterianas sobressaíram como segunda causa nas crianças pardas (38,3%) e brancas (36,8%). Internações por deficiências nutricionais foram mais frequentes em crianças amarelas (22,7%) e indígenas (19,2%).

Tabela 2. Hospitalização proporcional por ICSAP em crianças menores de 5 anos, segundo cor/raça. Mato Grosso do Sul, 2010-2019.

Causas/ Grupos			Branca		Preta		Parda		Amarela		Indígena		NI	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ICSAP														
Todas as causas	28.359	100,0	8.201	17,9	153	13,7	12.852	18,2	79	23,5	4.055	27,8	3.019	10,8
Gastroenterites	12.727	44,9	3.743	45,6	75	49,0	5.562	43,2	35	44,3	2.046	50,4	1.266	41,9
Deficiências nutricionais	1.228	4,3	133	1,6	5	3,2	204	1,5	18	22,7	779	19,2	89	2,9
Pneumonias bacterianas*	9.719	34,3	3.018	36,8	49	32	4.930	38,3	10	12,6	970	23,9	742	24,5
Doenças pulmonares#	1.099	3,9	255	3,1	9	5,8	506	3,9	5	3,3	84	2,0	240	7,9
Rim e trato urinário	2.917	10,3	870	10,6	9	5,8	1.336	10,4	9	11,3	123	3,0	570	18,8
Demais ICSAP	669	2,3	182	2,2	6	3,9	314	2,4	2	2,5	53	1,3	112	3,7

Nota: *CID-10: J13-J139, J14-J149, J153-J154, J158-J159, J181; # CID-10: J20-J219, J40-J409, J41-J419, J42-J429, J43-J439, J47-J479, J44-J449. A proporção de todas as ICSAP se refere ao total de internações, enquanto as proporções de ICSAP por causas específicas se referem ao total de ICSAP.

Para o estado do MS, verificou-se razões de taxas ajustadas de ICSAP mais elevadas entre crianças indígenas (2,9; IC95% 2,5-3,4) e pardas (1,9; IC95% 1,7-2,5) na comparação com crianças brancas, ao passo que crianças

pretas (0,1; IC95% 0,1-0,2) e amarelas (0,4; IC95% 0,3-0,4) tiveram razões de taxas menores para o período acumulado. A análise segundo macrorregiões evidenciou padrão similar ao verificado no estado como um todo, com excesso de internações em crianças indígenas ou pardas em relação às brancas e menores taxas de internação em crianças amarelas e pretas, também em relação às brancas. Destacam-se as magnitudes das razões de taxas de ICSAP no quinquênio mais recente entre crianças indígenas quando comparadas às brancas em Dourados (2,4; IC95% 1,2-5,3), assim como entre crianças pardas quando comparadas às brancas, em Corumbá (14,3; IC95% 11,8-17,3) e Campo Grande (2,5; IC95% 2,1-3,1) (Tabela 3).

Tabela 3. Razões de taxas de ICSAP por raça/cor ajustadas por sexo e faixa etária em crianças menores de 5 anos, segundo período de internação e macrorregião de saúde de residência. Mato Grosso do Sul, 2010-2019.

Macrorregião e UF	Período					
	2010-2014		2015-2019		2010-2019 (acumulado)	
	RT	IC95%	RT	IC95%	RT	IC95%
Campo Grande						
Branca	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Amarela	0,6	0,4-0,8	0,4	0,3-0,6	0,5	0,4-0,7
Parda	2,2	1,6-3,1	2,5	2,1-3,1	2,5	2,0-3,0
Preta	0,9	0,6-1,3	0,6	0,5-0,8	0,8	0,6-0,9
Indígena	1,6	1,2-2,3	1,0	0,8-1,2	1,3	1,1-1,6
Dourados						
Branca	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Amarela	0,1	0,1-0,4	0,4	0,2-1,0	0,3	0,1-0,7
Parda	1,6	0,7-3,3	1,9	0,9-4,1	1,8	0,8-3,8
Preta	0,2	0,1-0,4	0,2	0,1-0,4	0,2	0,1-0,5
Indígena	3,0	1,4-6,2	2,4	1,2-5,3	2,7	1,3-5,8
Três Lagoas						
Branca	1,0	-	1,0	-	1,0	-

Amarela	0,6	0,4-0,9	0,4	0,2-0,7	0,5	0,4-0,7
Parda	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0	0,0	0,0-0,0
Preta	1,5	1,3-1,8	2,1	1,8-2,5	1,8	1,6-2,1
Indígena	1,4	0,7-2,4	0,1	0,0-0,2	0,3	0,2-0,5
Corumbá						
Branca	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Amarela*	-	-	-	-	-	-
Parda	22,2	17,5-28,3	14,3	11,8-17,3	16,9	14,7-19,4
Preta	0,4	0,2-0,7	1,6	0,9-2,5	0,7	0,5-1,1
Indígena*	-	-	-	-	-	-
Mato Grosso do Sul						
Branca	1,0	-	1,0	-	1,0	-
Amarela	0,3	0,3-0,4	0,4	0,3-0,5	0,4	0,3-0,4
Parda	1,8	1,6-2,1	2,1	1,7-2,6	1,9	1,7-2,3
Preta	0,2	0,2-0,2	0,2	0,1-0,2	0,1	0,1-0,2
Indígena	3,3	2,8-3,9	2,6	2,2-3,2	2,9	2,5-3,4

Notas: RT: razão de taxas. *Corumbá: não foi possível estimar por erro de convergência do modelo, possivelmente pela baixa frequência do evento. Todas as RT por categoria de cor/raça foram estimadas considerando a categoria branca como referência, ou seja, a taxa de internação por CSAP da categoria branca foi considerada no denominador de todas as RT.

DISCUSSÃO

Nossa análise das internações por CSAP de crianças menores de cinco anos no Mato Grosso do Sul revelou diferenças nas proporções e taxas de internações por essas causas entre as macrorregiões e os grupos de cor/raça no estado, sendo as gastroenterites de origem infecciosa e as infecções respiratórias agudas as causas com as magnitudes mais elevadas, sobretudo entre crianças indígenas e pardas, particularmente na macrorregião de Dourados. Em estudos realizados com as crianças indígenas Suruí em Rondônia (Orellana *et al.*, 2007), Guarani no Rio Grande do Sul (Patzler & Menegolla, 2013), Xavante no Mato Grosso (Lunardi;

Santos; Coimbra Jr, 2007), e em Distrito Sanitário Especial Indígena no Acre (Dantas, 2010) foi demonstrado que as doenças respiratórias e as gastroenterites se constituem nas principais causas de internação nesse grupo etário. Nessa mesma direção, em estudos realizados com crianças indígenas na Austrália, Canadá, Estados Unidos e Nova Zelândia, observou-se que crianças indígenas apresentam maiores proporções de internações por doenças infecciosas quando comparadas às crianças não indígenas (Fremantle *et al.*, 2008; Koea & Beban, 2010). Esses estudos evidenciaram a existência de barreiras no acesso a serviços de saúde de qualidade e oportunos aos quais essas populações são sistematicamente submetidas em diversas regiões do país e do mundo.

Aragão e Vieira, em 2016, conduziram um estudo de caso sobre espaço e saúde com os indígenas moradores da Reserva Indígena de Dourados (RID) que estavam internados no Hospital Universitário de Dourados. Foram entrevistados 52 indígenas, dos quais 25 eram crianças. Os autores verificaram que todos os entrevistados apresentavam morbidades consideradas evitáveis, relacionadas às condições de vida precárias (ausência de geladeira, água e saneamento básico, transporte público, estradas de terra precárias e serviços públicos distantes) e ao baixo padrão socioeconômico (dependência financeira de auxílios governamentais e escolaridade baixa). A população infantil indígena tem grande contribuição nas taxas de morbimortalidade infantil do estado, em particular na macrorregião de saúde de Dourados (MSD), possivelmente por ser o grupo populacional que detém as maiores dificuldades no acesso aos serviços de saúde e tem pouco reconhecimento das suas necessidades por parte dos governos (Aragão & Vieira, 2022).

Os resultados do estudo apresentam uma redução nas razões de taxa do primeiro para o segundo quinquênio, embora esta não seja

estatisticamente significativa na maioria das categorias analisadas. Apesar da possível atenuação ainda incipiente das diferenças entre as categorias de cor/raça em relação às ICSAP, ao longo dos anos tem sido observada a implementação de políticas públicas que contemplam distribuição de renda, combate à insegurança alimentar e melhoras no acesso aos serviços de saúde dentro e fora da Reserva Indígena de Dourados (RID). Nos últimos anos, os serviços de saúde na RID sofreram melhorias com ampliação das Unidades Básicas de Saúde e aumento do número de profissionais da saúde atendendo na reserva, no entanto ainda existe um longo caminho para se alcançar um melhor padrão de qualidade nos serviços de assistência de forma que diminuam as iniquidades nas taxas de internações das crianças indígenas quando comparadas às crianças brancas, que ainda persistem em magnitudes elevadas.

As iniquidades mais expressivas foram observadas na macrorregião de saúde de Dourados, reflexo das condições de alta vulnerabilidade às quais os indígenas da reserva estão sistematicamente submetidos. São a maior população indígena do estado, somando mais de dezoito mil indivíduos que vivem restritos a 3.539 hectares de terra, em área periférica muito próxima à cidade de Dourados e em região fronteira com o Paraguai, enfrentando escassez de recursos naturais, falta de saneamento básico e de abastecimento de água da rede geral, bem como acelerada deterioração e contaminação ambiental (Santana Jr, 2010).

Agregam-se ainda, problemas de demarcação de terra, áreas de retomada e conflitos com fazendeiros. As áreas em que vivem estão degradadas, não havendo recursos naturais essenciais para a sua sobrevivência a partir da perspectiva histórica cultural indígena. Esses fatores têm levado os indígenas a um alto grau de dependência do mercado regional para subsistência, em uma relação assimétrica, na qual dependem de doações,

e muitas vezes necessitando se subordinarem às relações de produção capitalistas, venda da mão-de-obra nas usinas de cana-de-açúcar, nas fazendas ou na própria cidade, modificando formas próprias de subsistência.

Esse estudo evidenciou importantes iniquidades entre os grupos étnico-raciais no tocante às causas de internação em menores de cinco anos e à internação por causas potencialmente evitáveis na UF. Os indígenas que residem no estado apresentam uma das piores condições de vida entre essa população no país, que se refletem em indicadores de saúde bastante desfavoráveis nesse grupo populacional (Moura et al., 2010) quando comparados às demais categorias de cor/raça. A macrorregião de saúde de Dourados responde por aproximadamente 90% das internações de crianças indígenas no estado do MS, ficando evidenciado o seu peso na carga de internações de crianças no estado.

Nossos resultados contribuem para explicar apenas parte das desigualdades nas internações por CSAP observadas por Farias e colaboradores (2019) na região Centro-Oeste do país, com destaque para a macrorregião de saúde de Dourados. Isso sugere que outras populações indígenas no Centro-Oeste também vivenciam expressivas taxas de ICSAP.

Uma das limitações do nosso estudo é a indisponibilidade de dados populacionais anuais por raça/cor, o que implica em certo grau de imprecisão na magnitude das taxas de ICSAP. Apesar disso, como as comparações entre categorias de cor/raça foram feitas por meio de razões utilizando taxas calculadas com denominadores do mesmo Censo Demográfico de 2010 e respeitando as proporções de composição da população por raça/cor daquele Censo, é possível supor que as comparações sejam pouco afetadas por eventuais subestimativas de taxas, que teriam ocorrido de maneira equivalente entre categorias de cor/raça, salvo grandes mudanças na composição da população por cor/raça ao longo dos anos.

Outro ponto que merece atenção é o percentual 17,4% de incompletude da variável cor/raça, que podem afetar as estimativas das razões de taxas por cor/raça. Partindo do pressuposto de que as populações vulnerabilizadas pudessem ter maior proporção de incompletude, as iniquidades por nós observadas estariam atenuadas em comparação às estimativas incorporando os registros com cor/raça não preenchidos.

Assim, nossas razões de taxas seriam parcimoniosas em relação às iniquidades existentes no estado. Os resultados relativos às crianças amarelas e, sobretudo as pretas, são distintos do esperado e carecem de novas investigações para sua melhor compreensão, mas possivelmente decorrem do pequeno número de crianças classificadas nessas categorias e da variável cor/raça ser um constructo social cuja classificação resulta de dinâmicas sociais locais. Por fim, ressalta-se a possibilidade de erros de codificação da causa de internação no SIH-SUS, situação que não pode ser verificada a partir dos dados secundários utilizados no estudo. Por outro lado, nossos resultados são coerentes com aqueles verificados em estudos similares sobre morbidade hospitalar por cor/raça ou em estudos restritos a povos indígenas, bem como são plausíveis ao se considerar as condições de vida das populações indígenas no Mato Grosso do Sul.

As causas de internação de crianças no MS sugerem que marcadores de vulnerabilização e o acesso limitado aos cuidados qualificados e oportunos no nível primário de atenção à saúde consistem nos principais determinantes das iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações infantis, com destaque para os povos indígenas e pardos. Medidas de promoção da saúde, como a melhoria das condições de vida, saneamento básico e segurança hídrica, garantias de subsistência e soberania alimentar e acesso a serviços qualificados na atenção primária à saúde têm, portanto, o potencial de minimizar as internações por causas evitáveis. Evidencia-se

a importância de os serviços atenderem às especificidades socioculturais e geográficas desses povos, a fim de compensar a extrema vulnerabilidade social e ambiental a que estão expostos.

CONCLUSÃO

Foram observadas iniquidades étnico-raciais na morbidade hospitalar de crianças no estado do Mato Grosso do Sul, com maiores taxas de ICSAP em crianças indígenas e pardas, em comparação às brancas, com destaque para as crianças indígenas da macrorregião de saúde de Dourados. Dessa forma, são urgentes intervenções que extrapolem o setor de saúde, visando a melhoria das condições de vida indígena e a garantia de direitos básicos, como o acesso à terra, ao saneamento básico, à água e à saúde.

REFERÊNCIAS

- Alfradique, M. E., Bonolo, P. De F., Dourado, I., Lima-Costa, M. F., Macinko, J., Mendonça, C. S., Oliveira, V. B., Sampaio, L. F. R., De Simoni, C., & Turci, M. A. (2009) Ambulatory care sensitive hospitalizations: Elaboration of brazilian list as a tool for measuring health system performance (project ICSAP - Brazil). *Cadernos de Saúde Pública*, 25(6), 1337–1349. Acesso em: 1 jun. 2021.
- Aragão, N. S. De, & Vieira, A. B. (2022) Iniquidades em Saúde: Um olhar do HU-UFGD para a saúde na reserva indígena de Dourados (RID). *Revista Hygea*, (8.5.2017), 2003–2005.
- Barreto, J. O. M., Nery, I. S., & Costa, M. do S. C. (2012) Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3), 515–526. <http://portal.saude.gov.br/portal/>
- Cardoso, A. M., Coimbra, C. E. A., & Tavares, F. G. (2010) Hospital morbidity among Guarani Indians in southeastern and southern Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(1), 1–13.
- Caldart, R. V., Marrero, L., Basta, P. C., & Orellana, J. D. Y. (2016b) Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1597–1606.
- Patzer, J., & Menegolla, I. A. (2013) Hospitalização de crianças indígenas de etnia Guarani, Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, Rio Grande do Sul. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*.

- Farias, Y. N., Leite, I. da C., Siqueira, M. A. M. T. de, Cardoso, A. M., Farias, Y. N., Leite, I. da C., Siqueira, M. A. M. T. De, & Cardoso, A. M. (2019) Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. suppl 3. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505003&tIng=pt.
- Fremantle, E., Zurynski, Y. A., Mahajan, D., D'Antoine, H., & Elliott, E. J. (2008) Indigenous child health: Urgent need for improved data to underpin better health outcomes. *Medical Journal of Australia*. Australasian Medical Publishing Co. Ltd, 19 maio.
- Koea, J. B., & Beban, G. R. (2010) Indigenous child health in New Zealand: some surgical issues. *Journal of paediatrics and child health*, 46(9), 466–470. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20854313/>
- Dantas, F. L. L. (2010) *Perfil de morbidade da população indígena infantil referenciada para a Casa de Saúde Indígena (CASA) de Rio Branco*, 136p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- Lunardi, R., Santos, R. V., & Coimbra Jr, C. E. A. (2007) Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(4), 441–452. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400002&lng=pt&tIng=pt
- Moura, B. L. A., Da Cunha, R. C., Aquino, R., Medina, M. G., Mota, E. L. A., Macinko, J., & Dourado, I. (2010) Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: Uma análise por faixa etária e região. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(supl.1), 83–91. www.datasus.gov.br
- Orellana, J. D. Y., Basta, P. C., Santos, R. V., & Coimbra, C. E. A. (2007) Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 7, n. 3, p. 281–287. <http://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5CBFckLhz8wVYLx5t8V6t5f/?lang=pt>
- Santana Jr, J. R. (2010) *Produção e reprodução indígena: o vir e o porvir na reserva de Dourados/MS*. Mestrando em Geografia Universidade Estadual Paulista/UNESP. [s.l.].

DETERMINANTES DA VIOLÊNCIA FÍSICA POR PARCEIRO ÍNTIMO NA MACRORREGIÃO DE DOURADOS, MATO GROSSO DO SUL

Glênio Alves de Freitas
Gláucia Elisete Barbosa Marcon
James Robert Welch
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva

INTRODUÇÃO

A violência por parceiro íntimo (VPI) se refere a qualquer comportamento dentro de um relacionamento íntimo que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais à pessoa agredida (WHO, 2012). Entre a VPI sofrida pelas mulheres, no mundo, aproximadamente 30% das mulheres sofreram violência física e/ou sexual realizada por seus parceiros ao longo da vida (Butchart *et al.*, 2015).

A ocorrência da VPI é um fenômeno complexo, e dentro de determinada localidade é preciso considerar o contexto e as normas sociais e culturais que permeiam o ato (Gracia & Lila, 2015). De acordo com vários pesquisadores da VPI, os fatores individuais relacionados ao ato violento (idade, escolaridade, dentre outros) explicam parcialmente o processo, sendo necessária analisar a interação da VPI com os fatores relacionados à família, sociedade, comunidade e a cultura em que os indivíduos estão inseridos, para se encontrar as condições relacionadas à ocorrência do ato violento (Garcia *et al.*, 2005).

Dentre os povos indígenas, a violência é impactada pela dominação européia durante o período colonial que influenciou nas práticas culturais

dos diversos povos, reprimindo a língua e a religião, além da modificação da estrutura familiar tradicional. Esse histórico de influência não indígena, associado à falta de políticas públicas eficientes, contribuíram para o processo de vulnerabilização desses povos na atualidade (Heidinger, 2021).

Os povos indígenas possuem maior propensão de sofrerem um ato de violência quando comparados com os não indígenas, principalmente as mulheres, que em alguns países como o Canadá, são vítimas da violência de maneira desproporcional, sendo a VPI uma das principais formas de violência vivenciada pelas mulheres indígenas canadenses, gerando impactos nas vítimas, nas famílias e nas comunidades (Allen, 2020; Boyce, 2016). Em um estudo realizado no Canadá, 6 em cada 10 mulheres indígenas já sofreram VPI ao longo da vida (Heidinger, 2021).

O estado do Mato Grosso do Sul possui a terceira maior população indígena brasileira, com mais de 116 mil indígenas que em algumas regiões vivem em situações de extrema desigualdade social e econômica e com intensos conflitos entre os povos indígenas e agropecuários (IBGE, 2022; Aylwin, 2009). Neste contexto, mulheres indígenas são afetadas por violências múltiplas, principalmente pela VPI (Zimmerman & Viana, 2014).

Há uma carência de estudos para avaliar a ocorrência da VPI em mulheres indígenas e seus fatores associados. Portanto, este estudo tem como objetivo avaliar a ocorrência da violência física por parceiro íntimo em mulheres indígenas da macrorregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, e sua associação com os fatores individuais das mulheres, dos agressores e do ato violento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal que realizou a análise de dados secundários de mulheres indígenas com idade acima de 10 anos, residentes na macrorregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, que sofreram violência

por parceiro íntimo e foram notificadas no Sistema de Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), entre os anos de 2009 a 2020. Os dados foram fornecidos pelo Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS), do estado do Mato Grosso do Sul. Foram analisadas 1.384 notificações de mulheres indígenas. Foram excluídas do estudo notificações com registros de lesão autoprovoada e de mulheres que residem fora da localidade da macrorregião de Dourados-MS. Foi considerada violência praticada por parceiro íntimo, a notificação cujo agressor foi o cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado, conforme o vínculo/grau de parentesco. A completude dos dados referente ao agressor que praticou a violência, ou seja, o grau de preenchimento das variáveis, foi de 85,5%.

A macrorregião de Dourados localiza-se na região sul do estado do Mato Grosso do Sul, e é composta por uma população de quase 1 milhão de habitantes distribuída entre 33 municípios. Entre os povos indígenas, a região é habitada majoritariamente pelos indígenas das etnias Guarani e Kaiowá. Os indígenas Terenas, em menor número nesta região, concentram-se apenas no município de Dourados (Troquez, 2019).

A variável desfecho foi categorizada em violência física por parceiro íntimo (sim), podendo a violência física estar associada a outros tipos de violência. O grupo de comparação constitui-se de outras violências (psicológicas, sexual, outras) por parceiro íntimo (não), para as quais não havia registro de violência física, podendo haver uma resposta afirmativa para um ou mais tipos de violência. As variáveis explicativas foram divididas em 3 grupos:

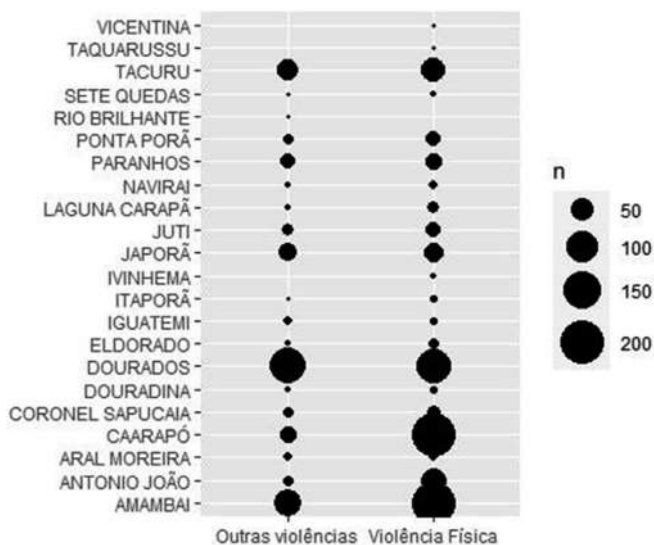
- **Características das mulheres:** faixa etária (10-19, 20-29, 30-39, 40-49, >50); gestante (sim; não), situação conjugal (com parceiro; sem parceiro);
- **Características do agressor:** ingestão de bebida alcoólica pelo agressor (sim;não);
- **Características do ato violento:** violência de repetição (sim; não); local de ocorrência (residência, outro local);

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/ENSP-FIOCRUZ- parecer nº 5.274.177) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP- parecer nº 5.469.695). A Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul assinou a carta anuência para a realização pesquisa, e o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde- CIEVS estadual, forneceu os dados não identificados do Sinan.

RESULTADOS

Dos 33 municípios da macrorregião de Dourados, 22 municípios apresentaram registros no Sinan de violência contra mulheres indígenas (Figura 1). As cidades de Caarapó, Dourados e Amambai apresentaram o maior número de casos de violência contra as mulheres.

Figura 1. Violência por parceiro íntimo em mulheres indígenas, conforme município de ocorrência e natureza da violência, macrorregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009 a 2020.



Fonte: Sinan

A tabela 1 mostra que 68,2% das mulheres indígenas sofreram violência física por parceiro íntimo e destas 33,9% tinham entre 20 e 29 anos de idade, 14,1% eram gestantes e 86,3% tinham companheiro. Em relação ao agressor, 88,3% ($p < 0,001$) estavam sob o efeito da *ingestão de bebida alcoólica*. Na análise do ato violento, a *violência de repetição* esteve presente em 63,4% das notificações de violência física. De acordo com o *local de ocorrência*, 90% dos casos ocorreram na residência. As diferenças nas proporções não foram significativas nas variáveis *violência de repetição* ($p = 0,262$) e *local de ocorrência* ($p = 0,437$) (Tabela 1).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa das notificações de violência física e não física de mulheres indígenas que sofreram violência por parceiro íntimo, segundo características da mulher, do agressor e do ato violento, macrorregião de Dourados, Mato Grosso do Sul, 2009 a 2020.

Variáveis (n° de casos)	Violência física		Violência não física		Total	p-valor
	944 (68.2%)		440 (31.8%)			
Características da mulher	N	%	N	%	N	%
Idade (1384)						<0,001
10 a 19	170	18,0	199	45,5	369	26,7
20 a 29	320	33,9	101	23,0	421	30,4
30 a 39	259	27,4	72	16,4	331	23,9
40 a 49	112	11,9	36	8,2	148	10,7
> 50	83	8,8	32	7,3	115	8,3
Gestante (1214)						<0,001
Não	705	85,9	234	59,5	939	77,3
Sim	116	14,1	159	40,5	275	22,7
Situação conjugal (1220)						0,032
Sem companheiro	115	13,7	70	18,4	185	15,2
Com companheiro	725	86,3	310	81,6	1035	84,8
Características do agressor						

Ingestão de bebida alcoólica (agressor) (1164)						0,001
Não	97	11,7	82	24,7	179	15,4
Sim	735	88,3	250	75,3	985	84,6
Características do ato violento						
Violência de repetição (1023)						0,262
Não	264	36,6	99	32,9	363	35,5
Sim	458	63,4	202	67,1	660	64,5
Local de Ocorrência (1235)						0,437
Outro local	89	10,0	30	8,6	119	9,6
Na Residência	797	90,0	319	91,4	1116	90,4

DISCUSSÃO

O processo histórico de violações de direitos e violências com as quais os povos indígenas estão sendo submetidos ao longo dos anos possui influência do contato com a população não indígena, com a perda do território e com a exploração da mão de obra. Esse processo histórico trouxe transformações socioculturais e econômicas nos territórios indígenas com repercussões nas relações de gênero, tornando-as conflituosas e contribuindo para a violência de gênero dentro das comunidades (Castanhel, 2016).

Os municípios de Amambai, Caarapó e Dourados, apresentaram o maior número de notificações de VPI dentre os 33 municípios da macrorregião de Dourados. Nesses três municípios a população indígena convive com a insegurança devido aos intensos conflitos por posse de terra com os agropecuários. Destaca-se ainda a fragilidade de políticas públicas para educação, saúde, segurança pública e demarcação de territórios historicamente pertencentes a esses povos (Mondardo *et al.*, 2019). Essa situação contribui para um aumento da violência nesses territórios, dentre elas, a violência de gênero.

O percentual de violência física deste estudo corrobora com o resultado de outro estudo que analisou as notificações de violência por parceiro íntimo do Sinan em todos os estados brasileiros. Neste estudo

foram analisadas 454.984 notificações dentre os anos de 2011 a 2017. O percentual de violência física entre os casos notificados foi de 86,6% em nível nacional (Mascarenhas *et al.*, 2020).

No âmbito individual, mulheres indígenas com idade entre 20 a 29, 30 a 39 e 40 a 49 anos apresentaram menores percentuais de violência física por parceiros íntimos quando comparadas com mulheres com idade entre 10 a 19 anos. Em um estudo que analisou a tendência da violência física por parceiro íntimo no estado do Paraná, entre 2009 e 2012, o maior percentual de violência física foi nas mulheres com faixa etária entre 30 a 39 anos, e entre 2013 a 2016 foi entre 20 a 29 anos (Moroskoski *et al.*, 2021).

Nas comunidades das etnias Guarani e Kaiowá, a modificação das relações sociais pode exercer influência na ocorrência da violência de gênero, dentre elas a VPI. Nessas etnias, as relações sociais são baseadas na unidade denominada “fogo doméstico”, controlado pelas mulheres, que possuem a importante função de manter a cultura tradicional. No fogo doméstico, os laços entre os integrantes são por conjugalidade, entre homens e mulheres, descendência entre pais e filhos, e de pseudoparentesco através da adoção de crianças. No entanto, houve uma realocação das atividades dos gêneros dentro dos fogos domésticos, que é observada quando as mulheres saem dos territórios para exercerem alguma atividade remunerada, ou quando há o consumo de bebida alcoólica de forma exagerada pelos membros do domicílio. Entre os homens, esse processo de realocação é observado quando os mesmos também buscam o ambiente urbano para a realização de atividades remuneradas devido à dificuldade em realizar as atividades tradicionais de subsistência (Souza *et al.*, 2020). Essa modificação das relações sociais, que está sendo vivenciada pelas mulheres em idade fértil, pode contribuir para fragilizar as relações de gênero e aumentar a ocorrência de violência por parceiro íntimo, dentre elas a violência física.

Neste estudo, mulheres indígenas gestantes apresentaram menores percentuais de violência física por parceiro íntimo quando comparadas com mulheres não gestantes. No entanto, a violência na gestação merece atenção, pois vários estudos demonstram a ocorrência durante o período gravídico. Em uma coorte realizada com mulheres no período gravídico, na cidade de Recife em 2011, 40,7% das mulheres sofreram algum tipo de violência por parte de seus parceiros íntimos (Silva *et al.*, 2011). No estado do Maranhão, na cidade de São Luís, um estudo realizado com 971 gestantes demonstrou que 50,2% sofreram algum tipo de violência (física, sexual e/ou psicológica) perpetrada por seus parceiros íntimos, sendo a violência psicológica a mais prevalente, 49,2% (Ribeiro, 2011). Em um estudo realizado no Rio de Janeiro, com 526 puérperas, a violência física durante a gestação ocorreu principalmente em mulheres com menor escolaridade, que não trabalhavam fora do domicílio e com um menor número de consultas pré-natais (Moraes & Reichenheim, 2002). Fatores que possivelmente podem contribuir para o fator protetor da gestação na violência física por parceiro íntimo são: maior sensibilidade da mulher no período gravídico, o risco de abortamento e a possibilidade de identificação da violência física pelo profissional de saúde durante a consulta de pré-natal.

A bebida alcoólica é altamente consumida pelo público masculino, podendo ocasionar alterações no humor e potencialização da agressividade, gerando a violência de gênero e estando associado à ocorrência da VPI (Mesquita *et al.*, 2019). Um estudo realizado com 12.300 mulheres no Canadá evidenciou a associação entre o consumo de bebida alcoólica e a VPI. Mulheres canadenses tinham a chance cinco vezes maior de sofrerem violência quando o parceiro consumia bebida alcoólica (Rodgers, 1994). Em uma análise da violência entre parceiros íntimos e o consumo de bebida alcoólica no Brasil, 44,6% dos homens consumiram bebida alcóolica durante o episódio de violência (Zaleski *et al.*, 2010).

Em se tratando de população indígena brasileira, o consumo de bebida alcoólica nas terras indígenas é uma problemática e tem sua situação agravada devido à vulnerabilização desses povos (Castelo *et al.*, 2018). O consumo nos territórios e reservas indígenas, está associado à facilidade da entrada da bebida alcoólica nas terras, tornando-a bem de consumo acessível (Castelo *et al.*, 2018). Em um estudo realizado com indígenas da etnia Karitiana, localizada no estado de Rondônia, indica que o contato com a população não indígena tem favorecido para o aumento do consumo de bebida alcoólica na comunidade, principalmente durante as festividades (Viana *et al.*, 2012). Outro fator contribuinte para o aumento do consumo entre os indígenas, é o contato com a população não indígena. A redução do território tradicional indígena, ocasionando a alta densidade populacional, dificultando a realização das atividades tradicionais de subsistência, levaram os indígenas da região a buscarem atividades econômicas no meio urbano, potencializando o contato com a população não indígena e a introdução de hábitos urbanos nos territórios, como o consumo de bebida alcoólica e outras drogas ilícitas (Zimmerman & Viana, 2014).

O alcoolismo tem fragilizado a estrutura organizacional das comunidades indígenas, aumentando as prevalências de transtornos mentais, agressões físicas e a violência de gênero (Guimarães & Grubits, 2007).

O presente estudo apresentou algumas limitações. Por se tratar de dados secundários, variáveis importantes para determinar a associação com a VPI não foram analisadas devido à baixa completitude. Outra limitação foi a quantidade de notificações. Devido à subnotificação e ao preenchimento incorreto e incompletitude da variável raça/cor, o número de casos pode ter sido maior, o que influencia diretamente a análise. O estudo analisou somente as notificações realizadas pelos serviços de

saúde. A magnitude da VPI pode ser sido maior, considerando os casos registrados em outros sistemas de informação, como o da segurança pública, assistência social, saúde indígena, dentre outros. Considerando a diversidade étnica dos povos indígenas, os resultados deste estudo não poderão ser inferidos para os povos de outras regiões.

Este estudo foi muito importante pois revelou que além dos fatores individuais das mulheres, os fatores associados ao agressor e ao ato violento influenciam na ocorrência da violência física praticada por parceiro íntimo em mulheres indígenas da macrorregião de Dourados, Mato Grosso do Sul. No entanto, são necessários estudos que analisem a influência do contexto em que essas mulheres vivem, com a ocorrência de violência dentro dos territórios indígenas.

CONCLUSÃO

A VPI na população indígena é um fenômeno complexo onde os aspectos históricos, culturais, sociais e econômicos precisam ser considerados. A modificação das relações tradicionais e o intenso contato com a população não indígena tem contribuído para a ocorrência de atos violentos dentro das terras e reservas indígenas. Este estudo demonstrou que na macrorregião de Dourados, a violência física por parceiro íntimo em mulheres indígenas ocorre em diferentes níveis da sociedade indígena da região.

Portanto, é preciso realizar políticas públicas de conscientização e redução da VPI dentro e fora dos territórios indígenas, além de estabelecer uma rede de apoio para a vítima de violência, considerando as características culturais da população indígena. Também são necessárias ações que reafirmem a cultura tradicional e que regularizem as terras tradicionais, o que pode contribuir para a melhoria das relações sociais e redução da VPI nessa população.

REFERÊNCIAS

- Allen, M. (2018). Crime reported by police serving areas where the majority of the population is Indigenous. *Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics*, 4–36.
- Aylwin, J. (2009). Os direitos dos povos indígenas em Mato Grosso do Sul, Brasil: confinamento e tutela no século XXI. *Trad. Maria Regina Toledo Sader*. São Paulo: IWGIA.
- Boyce, J. (2016). Victimization of Aboriginal people in Canada, 2014. *Statistics Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14631-eng.htm>.
- Branco, C., Miwa, F. M. F., & Vargas, M. J. (2018). Consumo de álcool em comunidades indígenas brasileiras: uma revisão literária. *Enfermagem em Foco*, 9(3), 8–12.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022). *Censo demográfico de 2022*.
- Castanhel, I. R. (2016). Guerreiras na fronteira-Histórias de mulheres guarani e kaiowá que resistem em terras indígenas entre o Brasil e o Paraguai. *Trabalho de Conclusão de Curso de Jornalismo Universidade Federal de Santa Catarina*.
- Castro, M. G. S. (2018). Teoria do estado de coisas inconstitucional na efetivação da saúde na macroregião de Dourados/MS. *Trabalho de Conclusão de Curso (Direito) - Faculdade de Direito e Relações Internacionais*. Dourados, MS.
- Garcia-Moreno, C., Heise, L., Jansen, H. A., et al. (2005). The Millennium development goals commit the 191 member states of the United Nations to sustainable, human development and recognize that equal rights and opportunities for women and men are critical for social and economic. Em *Policy Forum*.
- Gracia, E., & Lila, M. (2015). *Attitudes towards violence against women in the EU*. Luxemburgo: Publication Office of the European Union.
- Guimarães, L. A. M., & Grubits, S. (2007). Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & sociedade*, 19(1), 45–51. doi:10.1590/s0102-71822007000100007
- Heidinger, L. (2018). Intimate partner violence: Experiences of first nations, Métis and Inuit women in Canada. *Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics*, 1–21.
- Mascarenhas, M. D. M., Tomaz, G. R., Meneses, G. M. S. de ... (2020). Análise das notificações de violência por parceiro íntimo contra mulheres, Brasil, 2011-2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia [Brazilian Journal of Epidemiology]*, 23 Suppl 1(suppl 1), e200007.SUPL.1. doi:10.1590/1980-549720200007.supl.1
- Mesquita Mendes Pires, V. M., Gomes Leite Morais, R. L., Silva Dos Santos ... (2019). Violência por parceiro íntimo em abuso de álcool perpetrada contra mulheres no climatério. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9(1).
- Mikton, C. R., Butchart, A., Dahlberg, L. L. ... (2016). Global status report on violence prevention 2014. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(5), 652–659. doi:10.1016/j.amepre.2015.10.007
- Mondardo, M., Serejo, A. A. C., & Staliano, P. (2019). Conflitos na luta pela terra e território

- em áreas de agronegócio: das violências, negligências e precariedades às manifestações e conquistas dos Guarani e Kaiowá. *Geosul*, 34(71), 573–598. doi:10.5007/1982-5153.2019v34n71p573
- Moraes, C. L., & Reichenheim, M. E. (2002). Domestic violence during pregnancy in Rio de Janeiro, Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 79(3), 269–277. doi:10.1016/S0020-7292(02)00250-3
- Moroskoski, M., Brito, F. A. M. de, Queiroz, R. O., Higarashi, I. H., Oliveira, R. R. de (2021). Aumento da violência física contra a mulher perpetrada pelo parceiro íntimo: uma análise de tendência. *Ciência & saúde coletiva*, 26(suppl 3), 4993–5002. doi:10.1590/1413-812320212611.3.02602020
- Ribeiro, M. R. C. (2011). Violência contra gestantes: taxas, tipos, perpetradores e fatores associados, em São Luís, no ano de 2010. Tese (Doutorado em Políticas Públicas)- Universidade Federal do Maranhão.
- Rodgers, K. (1994). Wife assault: the findings of a national survey. *Juristat*, 14(9), 1–21.
- Silva, E. P., Ludermir, A. B., Araújo, T. V. B. de, & Valongueiro, S. A. (2011). Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Revista De Saúde Pública*, 45(6), 1044–1053. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000074>
- Souza, J. M. de, Moraes, T. M. N., & Urquiza, A. H. A. (2020). Circularidade, fogo doméstico e criança kaiowá: o caminhar das crianças pela Aldeia Laranjeira Nanderu. Em *Saberes Tradicionais e Conhecimentos Científicos nas Ciências Humanas 2* (p. 74–84). Atena Editora.
- Troquez, M. C. C. (2019). Reserva Indígena de Dourados (1917-2017): Composição Multiétnica, Apropriações Culturais e Desafios da Subsistência. *Reserva Indígena de Dourados Histórias e Desafios Contemporâneos*, 43–58. <https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/provo103.pdf>: Karywa.
- Vianna, J. J. B., Cedaro, J. J., & Ott, A. M. T. (2012). Aspectos psicológicos na utilização de bebidas alcoólicas entre os Karitiana. *Psicologia & sociedade*, 24(1), 94–103. doi:10.1590/S0102-71822012000100011
- Zaleski, M., Pinsky, I., & Laranjeira, R., et al. (2010). Violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. *Revista de Saúde Pública*, 44(1), 53–59. doi:10.1590/S0034-89102010000100006
- Zimmerman, T. R., & Viana, A. E. A. (2007). Apontamentos sobre gênero e violência contra mulheres indígenas em Amambai-ms. *Tellus*.
- WHO- World Health Organization. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence (2012). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-12.36>. Acesso em 23 de outubro de 2022.

COVID-19 NA POPULAÇÃO INDÍGENA DO MATO GROSSO DO SUL

Mariana Garcia Croda
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
Oswaldo Gonçalves Cruz
Enirtes Caetano Prates Melo

INTRODUÇÃO

No início de 2020 um novo coronavírus foi identificado como causa de óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na China. A nova doença, denominada *coronavirus disease 2019* (covid-19), rapidamente atingiu todos os continentes se tornando uma das maiores pandemias registradas no mundo (Hu *et al.*, 2021; Lechien *et al.*, 2020; Wang *et al.*, 2020). Houve grande preocupação de qual seria o impacto dessa nova doença nas populações indígenas uma vez que eles estão entre os grupos sociais com maior vulnerabilidade às doenças respiratórias sendo uma das principais causas de morbimortalidade na população indígena brasileira (Basnayake *et al.*, 2017, Brewster & Morris, 2015, Cormier *et al.*, 2019, Ruche *et al.*, 2009). Entre os fatores associados, estão os determinantes sociais e econômicos, extremamente desfavoráveis aos indígenas (Cardoso *et al.*, 2015, 2019).

Estudos avaliando a pandemia nos indígenas brasileiros, destacaram a dificuldade de acesso aos leitos hospitalares, sobretudo para as comunidades com barreiras geográficas (Mendes *et al.*, 2022). Uma avaliação comparativa demonstrou aumento significativo na mortalidade



indígena no primeiro ano de pandemia, com estimativa de 1.149 mortes em excesso entre os indígenas brasileiros em 2020 (aumento de 34,8%) (Soares *et al.*, 2022).

Segundo dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o estado do Mato Grosso do Sul conta uma população aproximada de 81 mil indígenas em territórios oficiais assistidos pela SESAI, com oito grupos étnicos diferentes, que ocupam áreas distribuídas em 32 dos 79 municípios do estado. A distribuição mostra que 68,5% destes povos estão na região Sul do Estado (Brasil, 2020). Essa população padece de desproporcionais acesso e qualidade à assistência da saúde, refletida em piores indicadores como na saúde materna e infantil (Pícoli *et al.*, 2006, 2017, 2019; Ribas *et al.*, 2001), no controle de doenças infecciosas como a tuberculose (Croda *et al.*, 2012; Lemos *et al.*, 2014) e exposição à violência e morte por causas externas (Lazzarini *et al.*, 2018). Neste contexto, a chegada de um novo agravamento em saúde na magnitude da covid-19 põe à prova a capacidade do sistema de saúde em responder oportuna, tempestiva e de maneira equitativa às necessidades dessa população.

Entender a evolução da pandemia nestes territórios é imprescindível para proposta de intervenções que assegurem ações de controle efetivas. Tais ações requerem estudos epidemiológicos bem conduzidos e sistemas de vigilância que ofereçam evidências sobre a efetividade de intervenções nos territórios. Todavia os dados epidemiológicos e demográficos da população indígena no Brasil não são facilmente acessíveis se comparados aos demais seguimentos da população (Coimbra Jr. *et al.*, 2003, Rodrigues, 2018, Yellow Horse & Huyser, 2022). Durante a pandemia, dados oficiais foram questionados por não reproduzirem a realidade dos territórios indígenas. Comunidade, pesquisadores e organizações não governamentais divulgaram números provenientes de fontes dentro

dos territórios indígenas para confrontar os dados publicados pela SESAI (Ortega & Orsini, 2020, Fellows *et al.*, 2021).

Nesse contexto, esse capítulo tem objetivo de explorar os dados sobre a covid-19 nos povos indígenas do estado do Mato Grosso do Sul e investigar se há diferença nos desfechos entre a população indígena e não indígena.

MÉTODO

Para compreender melhor a evolução da pandemia nos indígenas do Mato Grosso do Sul, realizamos um estudo observacional tipo transversal através de dados secundários de 2020 a 2022.

Primeiramente, realizamos uma análise de todos os casos de covid-19 registrados entre 1º de março de 2020 e 31 de março de 2021 no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe) e E-SUS Vigilância Epidemiológica (E-SUS-VE). Os dados foram acessados por meio eletrônico, em base de dados de acesso público, disponível pela Secretaria de Saúde do Estado de Mato Grosso do Sul.

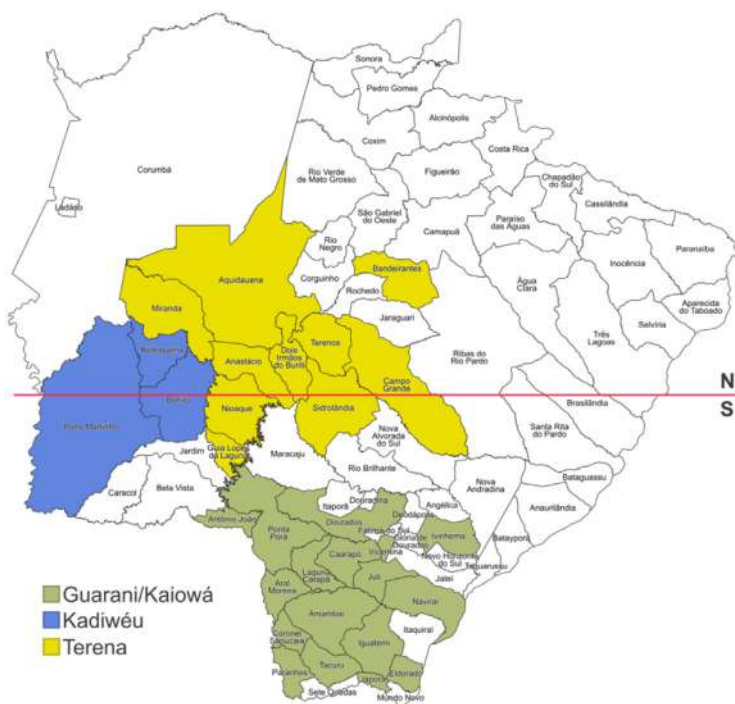
Os resultados de variáveis categóricas foram dispostos em tabelas de frequências e de variáveis quantitativas expressas por medidas-resumo (média, mediana, mínimo, máximo, intervalo interquartilico e desvio-padrão) conforme a Tabela 1.

Considerou-se população indígena todo aquele que tinha o item “raça/cor de pele” da ficha de notificação selecionado como indígena. A população não indígena envolve todas as demais opções do item (branca, preta, amarela, pardo e ignorado). A letalidade foi calculada para os dois grupos.

Categorizamos a variável etnia entre as mais prevalentes e unimos todas as etnias Guarani (Guarani e Ñandeva) em Guarani; e Guarani Kaiowá e Kaiowá como Kaiowá. Conforme o município de residência,

dividimos o estado em duas regionais de saúde sendo Campo Grande a referência maior para a região Norte e o município de Dourados para a região Sul e identificamos a etnia prevalente (acima de 85%) em cada município (Figura 1).

Figura 1. Principais etnias e a distribuição de casos de covid-19 por município e região de saúde (Norte e Sul), no estado do Mato Grosso do Sul de 2020 a 2021.



A incidência de covid-19 por município foi calculada como a razão entre o número absoluto de casos e a população residente no município, multiplicado por 100 mil. Os dados da população residente por município correspondem às estimativas do Tribunal de Contas da União, com base nos dados censitários do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. A distribuição espacial foi analisada e processada em ambiente SIG (QGIS versão 3.8), com malhas e pontos vetoriais que consideram municípios com casos confirmados e incidência superior a 5.000 casos por 100.000 habitantes na população indígena (Figura 2). A malha digital dos 79 municípios foi obtida do IBGE.

A análise descritiva incluiu análise de frequência e intervalos de confiança de 95% para variáveis categóricas, e o teste qui-quadrado foi usado para comparar as diferenças entre os grupos quando apropriado. As análises foram realizadas no software R versão 4.0.2. (R Core Team, 2022). Posteriormente, realizamos análises dos casos que evoluíram para internação e óbitos (casos de SRAG) apenas na população indígena, de março de 2020 até 31 de julho de 2022 (Tabela 2). Caso o município de residência fosse diferente do de internação, categorizamos em distância percorrida por 50 quilômetros até a distância maior que 150 quilômetros. O hospital onde ocorreu a internação foi categorizado em privado, filantrópico e público (este em estadual, municipal e federal conforme o órgão responsável pela gestão). O teste de qui-quadrado foi realizado para avaliar variáveis (demográficas, comorbidades e de internação) relacionadas ao óbito.

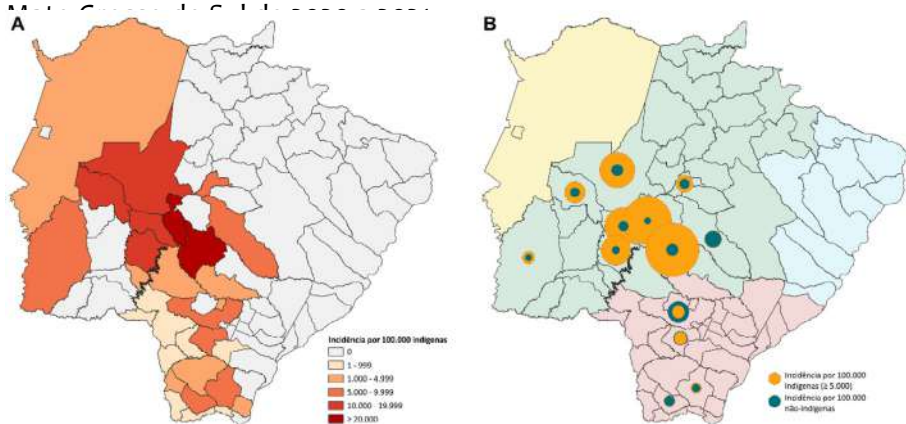
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação do 1º ano da pandemia entre indígenas e não indígenas no estado foi publicada em 2022 (Croda *et al.*, 2022). No período foram registrados 198.109 casos confirmados de covid-19 e 176.478 tiveram registro de raça/cor de pele na notificação, incluindo 5.299 indígenas.

A incidência global por 100 mil habitantes foi semelhante entre as populações indígenas e não indígenas (6.617 e 6.543, respectivamente).

Porém, na região Norte do estado, a incidência em algumas cidades foi até sete vezes maior entre os indígenas (Figura 2/B), como Anastácio (18.290 vs. 4.884), Aquidauana (17.085 vs. 5.731), Dois Irmão do Buriti (23.261 vs. 3.322) e Sidrolândia (25.897 vs. 5.832).

Figura 2. Distribuição da incidência de casos confirmados de covid-19 na população indígena por município (A). Distribuição espacial proporcional da incidência por covid-19 nas populações indígenas e não indígenas (B),



Nossa hipótese é que as características dos cuidados de saúde diferem para cada região, incluindo leitos hospitalares de alta complexidade mais próximos das terras indígenas da região Sul, equipes de atenção primária mais completas e a presença de hospital secundário para a população indígena em Dourados.

Conforme a SESAI, a população indígena tem mais crianças e adolescentes, e menos idosos que a população geral (Brasil, 2020). Em nosso estudo, 52,5% (IC 95%:51,2–53,9) dos casos confirmados de covid-19 na população indígena eram mulheres, e 38% (IC 95%:36,7–39,4) tinham entre 20 e 39 anos, com idade média de 32 anos. Os indígenas apresentavam

comorbidades em número superior aos não indígenas, 12,3% (IC 95%:11,5–13,2) tinham pelo menos uma comorbidade, e 4,4% (IC 95%:4,3–4,5) dos não indígenas (Tabela 1). Embora o número de mulheres diagnosticadas com covid-19 tenha sido maior, mais homens morreram da doença em ambas as populações estudadas.

Os casos indígenas tiveram menor proporção de exames diagnósticos por RT-PCR (56,7% dos indígenas foram confirmados por testes rápidos de anticorpos e 56,8% dos não indígenas foram confirmados por RT-PCR). Apesar dos testes rápidos de anticorpos terem um papel importante para reconhecimento da magnitude da doença na população, ele não é indicado para a contenção de surtos e identificação precoce dos casos. Estudos demonstram que os determinantes socioeconômicos estão diretamente relacionados ao acesso aos testes de covid-19, o que pode explicar a diferença na testagem entre indígenas e não indígenas (Torres *et al.*, 2022). Em outros países houve diferença no acesso aos testes diagnósticos em diferentes categorias de raça/cor de pele, sobretudo no maior acesso para a categoria branca, que as demais (Khanijahani *et al.*, 2021). A epidemia brasileira de covid-19 destaca o acesso não equitativo aos diagnósticos da covid-19 como um fator que potencialmente contribui para a propagação sustentada do vírus (Kameda *et al.*, 2021).

Tabela 1. Características demográficas e desfecho de casos confirmados de covid-19 em indígenas e não indígenas no estado de Mato Grosso do Sul de 2020 a 2021.

Variáveis	Indígena (N=5.299)	%	IC*	Não indígena (N=171.179)	%	IC*
Sexo						
Masculino	2.515	47,5	46,1 – 48,8	79.587	46,5	46,3 – 46,3
Feminino	2.784	52,5	51,2 – 53,9	91.592	53,5	53,3 – 53,7
Faixa Etária						
0-19	1.328	25,1	23,1 – 26,3	17.198	10,0	9,9 – 10,2
20-39	2.015	38,0	36,7 – 39,4	74.052	43,3	43,0 – 43,5
40-59	1.312	24,8	23,6 – 25,9	56.676	33,1	32,9 – 33,3
>=60	644	12,2	11,3 – 13,1	23.253	13,6	13,4 – 13,7
Tipo de teste para covid-19						
Teste rápido	3.003	56,7	55,3 – 58,0	68.399	40,0	39,7 – 40,2
RT-PCR	2.272	42,9	41,5 – 44,2	97.226	56,8	56,6 – 57,1
Sem informação	24	0,5	0,3 – 0,7	5.534	3,2	3,2 – 3,3
Comorbidade						
Uma	653	12,3	11,5 – 13,2	7.502	4,4	4,3 – 4,5
Duas	132	2,5	2,1 – 3,0	1.855	1,1	1,0 – 1,2
Três ou mais	65	1,2	1,0 – 1,6	1.098	0,64	0,60 – 0,68
Sem informação	4.447	84	83,0 – 85,0	160.676	93,9	93,7 – 94,0
Internação hospitalar	281	5,3	4,7 – 5,9	13.786	8,0	7,9 – 8,2
Óbito	109	2,0	1,7 – 2,5	3.752	2,2	2,1 – 2,3

Nota: *Intervalo de confiança.

Em relação aos indígenas que morreram, 56,9% dos óbitos ocorreram entre homens, 65,1% tinham idade ≥ 60 anos e 14,7% tinham pelo menos uma comorbidade. Além disso, os indígenas apresentaram maior prevalência de diabetes mellitus (31,8% vs. 24,6%) e doença renal crônica (6,8% vs. 3,5%). Na população não indígena, 54,1% eram homens, 74,1% tinham idade ≥ 60 anos e 30% tinham pelo menos uma comorbidade. Os não

indígenas tiveram maior prevalência de doenças cardiovasculares (24,6% vs. 18,5%) e obesidade (8% vs. 6,5%). O número de óbitos em ambiente não hospitalar foi mais de três vezes maior entre os indígenas (11% vs. 2,9%). A taxa de letalidade da covid-19 foi de 2,05 e 2,19 por 100 mil pessoas para as populações indígenas e não indígenas, respectivamente.

Os estados brasileiros, incluindo Mato Grosso do Sul, registraram um novo aumento nos casos de covid-19 a partir de dezembro de 2020, o que foi denominado “segunda onda”, após a introdução de uma nova variante brasileira do SARS-CoV-2 (Gama). Surpreendentemente, a população indígena não sofreu um aumento significativo no número de casos e mortes no período. Nossa hipótese é que a vacinação em massa de adultos indígenas, que recebeu a vacina no primeiro grupo prioritário em janeiro de 2021, protegeu a população visto que nenhuma nova medida não farmacológica foi implementada nesse período. A vacinação em massa com a primeira vacina disponível no Brasil (“CoronoVac”) em outros cenários demonstrou proteção para internação e óbitos com aumento da incidência por novas variantes, incluindo a variante Gama (Slavov *et al.*, 2022).

Avaliando posteriormente apenas dados dos indígenas com SRAG por covid-19, através dos dados do SIVEP-Gripe até julho de 2022 (dados ainda não publicados) identificamos 484 casos em indígenas. Destes 49,3% eram mulheres (7 gestantes e 3 puérperas). A média de idade foi de 57,2 anos (desvio padrão =18,6). O SARS-CoV-2 foi o diagnóstico etiológico em 96,2% dos casos, sendo 15,8% confirmados por meio de testes rápido e 82,5% através de testes RT-PCR. Quanto ao número de comorbidades, 282 (58,3%) apresentavam pelo menos uma comorbidade, sendo que 44% apresentavam duas ou mais comorbidades (Tabela 2). Do total de 175 mortes notificadas, 103 (58,9%) ocorreram no primeiro ano da pandemia, especificamente até 31 de janeiro de 2021.

Tabela 2. Perfil dos casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por covid-19 nos indígenas que evoluíram para óbito e se recuperaram, no estado do Mato Grosso do Sul de 2020 a 2022.

Variáveis	Geral (N=484)	Recuperado (N=309)	Óbitos (N=175)	p-valor *
Sexo				0,25
Feminino	234 (48.3%)	156 (50.5%)	78 (44.6%)	
Masculino	250 (51.7%)	153 (49.5%)	97 (55.4%)	
Faixa etária				<0,001
18-39	97 (20.0%)	82 (26.5%)	15 (8.6%)	
40-64	218 (45.0%)	142 (46.0%)	76 (43.4%)	
>=65	169 (34.9%)	85 (27.5%)	84 (48.0%)	
Escolaridade				<0,001
Sem estudo	45 (9.3%)	28 (9.1%)	17 (9.7%)	
Primário	157 (32.4%)	98 (31.7%)	59 (33.7%)	
Médio	33 (6.8%)	26 (8.4%)	7 (4%)	
Superior	10 (2.1%)	6 (1.9%)	4 (2.3%)	
Sem informação	239 (49.4%)	151 (48.9%)	88 (50.3%)	
Etnia				<0,011
Guarani	19 (3.9%)	15 (4.9%)	4(2.3%)	
Kaiowá	110 (22.7%)	76 (24.6%)	34 (19.4%)	
Terena	224 (46.3%)	146 (47.2%)	78(44.6%)	
Kadiwéu	7 (1.4%)	6 (3.4%)	1(0.3%)	
Sem informação	124 (25.6%)	71 (23%)	53(30.3%)	
Comorbidade				<0,001
Sim	282 (58.3%)	151 (48.9%)	131 (74.9%)	
Não	202 (41.7%)	158 (51.1%)	44 (25.1%)	
Região				0,013
Norte	298(61.6%)	177(57.3%)	121(69.1%)	
Sul	186(38.4%)	132 (42.7%)	54 (30.9%)	
Hospitalização em outro município				<0,001
Sim	123 (25.4%)	56 (18.1%)	67 (38.2%)	
Não	361 (74.6%)	253 (81.9%)	108 (61.8%)	
Distância do Hospital				<0,001
0-50km	366 (75.2%)	256 (82.8%)	110 (62.9%)	

51-100km	36 (7.4%)	22 (7.1%)	14 (8%)	
101-150km	36 (7.4%)	16 (5.2%)	20 (11.4%)	
>150km	46 (9.5%)	15 (4.9%)	31 (17.7%)	
Tipo de hospital				<0,001
Filantrópico	252 (52.1%)	175 (56.6%)	77 (44.0%)	
Privado	25 (5.2%)	15 (4.9%)	10 (5.7%)	
Público (Estadual)	73 (15.1%)	31 (10.0%)	42 (24.0%)	
Público (Federal)	35 (7.2%)	20 (6.5%)	15 (8.6%)	
Público (Municipal)	99 (20.5%)	68 (22.0%)	31 (17.7%)	

Nota: * Teste qui-quadrado de Pearson.

Mesmo com uma maior predominância de Guarani e Kaiowá no estado, entre as etnias registradas a mais comum foi a Terena, responsável por 62% dos casos, seguida pela Guarani/Kaiowá (soma das duas etnias) com 37%. Em relação à etnia Terena, a maioria (88,8%) residia na região Norte do estado, enquanto todos os indivíduos identificados como Guarani/Kaiowá eram procedentes da região Sul. Das 122 mortes para as quais havia informações de etnia disponíveis, 78 (64%) eram Terena, 38 (31%) eram Guarani/Kaiowá e 6 (5%) eram Kadiwéu. No grupo de indivíduos com 65 anos ou mais, dos 116 cuja etnia foi documentada, 83 (71,5%) pertenciam à etnia Terena. Entre os pacientes que tiveram que percorrer mais de 100km para internação e cuja etnia foi registrada (total de 41), 23 (56%) eram Terena e tiveram maior frequência de internação em hospital público estadual.

Os hospitais filantrópicos foram os locais mais utilizados pelos indígenas para internação, seguido do hospital público estadual. Dos 73 indígenas internados no hospital estadual, 45 (61,6%) tiveram que percorrer distância superior a 100 quilômetros para internação. Além disso, uma proporção significativa desses indígenas, especificamente 83,6%, eram provenientes da região Norte do estado.

Esses achados reforçam os desafios enfrentados pelos indígenas, principalmente o ônus das longas distâncias de deslocamento para acesso ao serviço de saúde especializado. A população indígena da região Norte vive em locais mais afastados dos centros urbanos e com menor cobertura de hospitais especializados o que pode explicar o predomínio de deslocamentos acima de 100 quilômetros nessa população.

A população indígena passou por uma notável transição no padrão de suas doenças predominantes com marcante aumento das doenças crônicas não transmissíveis. As principais são as doenças cardiovasculares, a obesidade, a dislipidemia e a diabetes mellitus tipo 2. Estudos mostram que essa casuística também ocorre nos povos indígenas do Mato Grosso do Sul, com maior prevalência nos indígenas da etnia Terena quando comparados aos Guarani/Kaiowá (Fávaro *et al.*, 2007; Ribas *et al.*, 2001; Silva *et al.*, 2014). Um estudo com indígenas da etnia Terena da terra indígena Buriti relata as motivações para a procura do Unidade Básica de Saúde Indígena durante a pandemia e destaca a alta incidência de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, bem como as necessidades para melhor controle da covid-19 nesses territórios, como educação em saúde, melhoria na comunicação e acesso aos serviços de saúde (Ribeiro & Rossi, 2020). Em nossa análise, 58,3% dos casos apresentavam pelo menos uma comorbidade, dos quais 66,2% eram da etnia Terena e 44% apresentavam mais de duas comorbidades.

Frente a estes dados, os piores desfechos nos indígenas da etnia Terena no estado pode ter ocorrido por um conjunto de fatores que incluem o maior número de pessoas idosas, com comorbidades, a dificuldade de acesso a leitos hospitalares especializados, bem como frágeis medidas de contenção da doença. Temos registro do enfrentamento da covid-19 pelos indígenas do estado no livro (eBook Fiocruz) *Os impactos sociais da covid-19 no*

Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia onde há o relato da pesquisadora da Fiocruz Mato Grosso do Sul, Raquel Dias-Scopel, sobre dados que os órgãos oficiais não mostram (Dias-Scopel et al., 2021). Nesse registro há o relato do primeiro surto da doença na população indígena que ocorreu no Sul do estado, região de Dourados, onde a investigação epidemiológica mostrou a ligação com a atividade exercida pelos indígenas em um grande frigorífico da região. Através de uma ação conjunta que envolveu a sociedade civil e órgãos como Bombeiros Militar, Ministério Público do Trabalho e Secretarias de governo de maneira intersetorial, além de grande financiamento por parte do frigorífico, foi possível adotar algumas medidas como a alocação de indígenas em locais fora do território para realizar o isolamento, compra de oxímetros, ampla testagem e definição clara da rede de atenção à saúde incluindo um hospital indígena secundário para internação precoce (Hospital Indígena Porta da Esperança) e regulação de vagas de maneira célere.

Os indígenas da etnia Terena da região Norte viveram a alta incidência cerca de 45 dias após a região Sul com aumento rápido no número de casos. A escassez de acesso a leitos hospitalares e grande disseminação das doença no território foram retratadas em matérias jornalísticas e de redes sociais da própria população (Guerini, [s.d.]; Mondardo & Chaparro, 2022). Isso culminou com a intervenção por parte de organizações não governamentais como Médicos Sem Fronteiras e coletivos indigenistas, além da ação de estado e municípios para melhoria do atendimento nas aldeias da região. Nesse momento a SESAI e seus dirigentes fizeram uma força tarefa para estar nesses territórios promovendo atendimentos e testagens. Relatos da atuação do Médicos Sem Fronteiras, mostram a preocupação com o grande número de pessoas que sofrem com outras doenças, como diabetes e hipertensão e a necessidade de qualificar os hospitais da região (MSF Brasil, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao avaliarmos o impacto da pandemia nos povos indígenas no Mato Grosso do Sul, muitos aspectos que transcendem apenas o acesso à saúde se revelaram, expondo à situação de vulnerabilidade que estes povos estão submetidos. Primeiro que ao analisar os dados sociodemográficos, observamos essa população teve cerca de 42% de casos com escolaridade até ensino fundamental e uma maior predominância de covid-19 em indivíduos mais jovens que a população não indígena. Mesmo sendo mais jovens, essa população apresentava maior número de comorbidades.

Identificamos que a região Norte do estado, onde concentram-se a etnia Terena, teve desfechos mais desfavoráveis que as demais etnias. Esse achado foi inesperado uma vez há maior concentração de indígenas na região Sul e que padecem de piores indicadores em saúde como desnutrição e mortalidade infantil. Nossa hipótese é que a falta de acesso aos serviços de saúde de maneira oportuna, seja por barreira geográfica ou escassez de oferta, vitimou o povo Terena que padeceram de maneira desproporcional à pandemia.

REFERÊNCIAS

- Basnayake T. L., Morgan, L. C., Chang, A. B. (2017) The global burden of respiratory infections in indigenous children and adults: A review. *Respirology*, 22(8), 1518–1528. <https://doi.org/10.1111/resp.13131>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2020) *DSEI-MS. Plano de contingência COVID-19/DSEI-MS*. Brasília-DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://ds.saudeindigena.icict.fiocruz.br/handle/bvs/1820>. Acesso em: 9 fev. 2021.
- Brewster, D. R., & Morris, P. S. (2015) Indigenous child health: Are we making progress? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(1), 40–47. <https://doi.org/10.1111/jpc.12807>
- Cardoso A.M., Horta B.L., Santos R.V., Escobar A.L., Welch J.R., & Coimbra C.E.Jr. (2015) Prevalence of pneumonia and associated factors among indigenous children in Brazil: ReSults from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. *International Health*, 7(6), 412–419. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ihv023>

- Cardoso A.M., Resende P.C., Paixão E.S., Tavares F.G., Farias Y.N, Barreto C.T.G, ... & Siqueira, M. M. (2019) Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of Influenza A(H1N1)pdm09 and human respiratory syncytial viruses. *PLOS ONE*, 14(7), e0218925. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218925>
- Coimbra Jr., C. E. A., Santos, R. V., & Escobar, A. L. (2003) *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575412619>
- Cormier M., Schwartzman K., N'Diaye D. S., Boone C. E., Dos Santos A. M., Gaspar J. ... & Oxlade O. (2019) Proximate determinants of tuberculosis in Indigenous peoples worldwide: A systematic review. *The Lancet Global Health*, 7(1), e68–e80. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30435-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30435-2)
- Croda, M. G., Barbosa, M. dos S., Marchioro, S. B., Nascimento, D. D. G. do., Melo, E. C. P., Cruz, O. G., Torres, A. J. L., Oliveira, L. A. de., Ganem, F., & Simionatto, S. (2022). The first year of the COVID-19 pandemic in an indigenous population in Brazil: an epidemiological study. *Revista Do Instituto De Medicina Tropical De São Paulo*, 64, e69. <https://doi.org/10.1590/S1678-9946202264069>
- Croda, M. G., Trajber, Z., da Costa Lima, R., & Croda, J. (2012) Tuberculosis control in a highly endemic indigenous community in Brazil. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 106(4), 223–229. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2012.01.005>
- Dias-Scopel, R. P., Scopel, D., & Diehl, E. E. (2021) Participação indígena e obstáculos ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Mato Grosso do Sul. Em *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: Populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia*. Vol. 1, p. 137–148. Editora FIOCRUZ. <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320-13.pdf>
- Fávaro, T., Ribas, D. L. B., Zorzatto, J. R., Segall-Corrêa, A. M., & Panigassi, G. (2007) Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 785–793. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400006>
- Fellows, M., Paye V., Alencar A., Nicácio M., Castro I., Coelho M. E., ... & Basta, P. C. (2021) Under-Reporting of COVID-19 Cases Among Indigenous Peoples in Brazil: A New Expression of Old Inequalities. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.638359>
- Guerini, C. ([s.d.]). *A pandemia de Covid-19 e a necessidade de rememorarmos o protagonismo dos povos indígenas na história do Mato Grosso do Sul*. Disponível em: <https://www.ihu.unisinos.br/categorias/609156-a-pandemia-de-covid-19-e-a-necessidade-de-rememorarmos-o-protagonismo-dos-povos-indigenas-na-historia-do-mato-grosso-do-sul>. Acesso em 1 de julho de 2023.
- Hu, B., Guo, H., Zhou, P., & Shi, Z.-L. (2021) Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), Artigo 3. <https://doi.org/10.1038/s41579-020-00459-7>
- Jardim, P. de T. C. Dias, I. M. Á. V., Grande, A. J., O'keeffe, M., Dazzan, P., & Harding, S. (2020) COVID-19 experience among Brasil's indigenous people. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 66(7), 861–863. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.861>
- Kameda, K. Barbeitas, M. M., Caetano, R., Löwy I., Oliveira A. C. D., Corrêa, M. C. D. V., Cassier M. (2021) Testing COVID-19 in Brazil: Fragmented efforts and challenges to

- expand diagnostic capacity at the Brazilian Unified National Health System. *Cadernos de Saúde Pública*, 37. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00277420>
- Khanijahani, A. Lezadi S., Gholipour K., Azami-Aghdash S., & Naghibi D. (2021) A systematic review of racial/ethnic and socioeconomic disparities in COVID-19. *Int J Equity Health* 20, 248. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01582-4>
- Lazzarini, T. A., Gonçalves, C. C. M., Benites, W. M., Silva, L. F. D., Tsuha D. H., Ko A. I., & Rohrbaugh R, Andrews, J. R., & Croda, J. (2018) Suicide in Brazilian indigenous communities: Clustering of cases in children and adolescents by household. *Revista de Saúde Pública*, 52. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000541>
- Lechien, J. R., Chiesa-Estomba CM, Place S, Van Laethem Y, Cabaraux P, Mat Q, ... & Saussez, S. (2020) Clinical and epidemiological characteristics of 1420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. *Journal of Internal Medicine*, 288(3), 335–344. <https://doi.org/10.1111/joim.13089>
- Lemos, E. F. Alves A.M., Oliveira G. de C, Rodrigues M.P., Martins N.D., & Croda J. (2014) Health-service performance of TB treatment for indigenous and non-indigenous populations in Brazil: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 14(1), 237. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-237>
- MSF Brasil. Médicos Sem Fronteiras trabalha para deter avanço da COVID-19 entre indígenas do MS - Disponível em: <https://www.msf.org.br/noticias/medicos-sem-fronteiras-trabalha-para-deter-avanco-da-covid-19-entre-indigenas-do-ms/>. Acesso em: 21 de julho de 2023.
- Mondardo, M. L., & Chaparro, R. L. (2022) “Nosso direito de existir”: Da necropolítica de estado às estratégias dos povos indígenas de enfrentamento à pandemia da COVID-19. *Geografia Ensino & Pesquisa*, 26, e19–e19. <https://doi.org/10.5902/2236499466664>
- Ortega, F., & Orsini, M. (2020) Governing COVID-19 without government in Brazil: Ignorance, neoliberal authoritarianism, and the collapse of public health leadership. *Global Public Health*, 15(9), 1257–1277. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1795223>
- Pícoli, R. P., Carandina, L., & Ribas, D. L. B. (2006) Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(1), 223–227. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000100025>
- Pícoli, R. P. Cazola, L. H. de O., & Lemos, E. F. (2017) Maternal mortality according to race/skin color in Mato Grosso do Sul, Brazil, from 2010 to 2015. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 17(4), 729–737. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000400007>
- Pícoli, R. P. Cazola, L. H. de O., & Nascimento, D. D. G. (2019) Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3315–3324. <https://doi.org/10.1590/141381232018249.26622017>
- R Core Team. R (2022): A language and environment for statistical computing. [Software]. <https://www.R-project.org/>
- Ribas, D. L. B., Sganzerla, A., Zorzatto, J. R., & Philippi, S. T.. (2001). Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos De Saúde*

Pública, 17(2), 323–331. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200007>

Ribas, D. L. B., Sganzerla, A., Zorzatto, J. R., & Philippi, S. T.. (2001). Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 17(2), 323–331. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200007>

Ribeiro, A., & Rossi, L. (2020) Pandemia covid-19 e motivações para procura pelo Sistema Único de Saúde em aldeias indígenas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73,e20200312. <https://www.scielo.br/j/reben/a/DMbdsPn9ZqG6HR7vx8hcz5C/?lang=pt>

Rodrigues, D. A. (2018) Invisibilidade Epidemiológica Caracteriza a Saúde Dos Povos Indígenas No Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 36(2), 122–122. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40605520001>

Ruche, G. L., Tarantola A., Barboza P., Vaillant L., Gueguen J., & Gastellu-Etchegorry M (2009) The 2009 pandemic H1N1 influenza and indigenous populations of the Americas and the Pacific. *Eurosurveillance*, 14(42), 19366. <https://doi.org/10.2807/ese.14.42.19366-en>

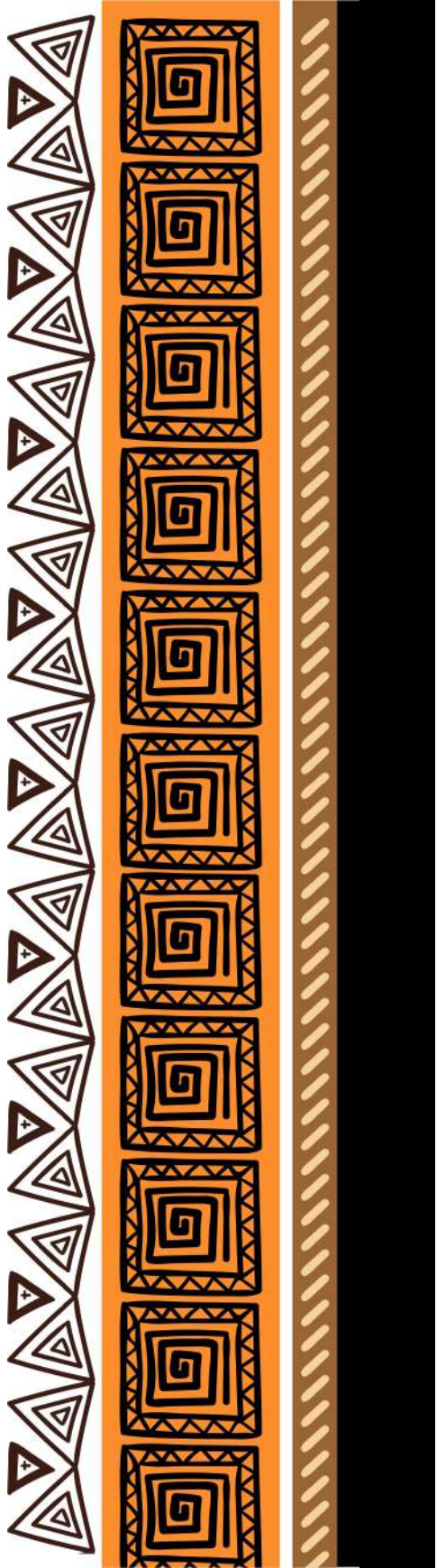
Silva, O. L. de O., Lindemann, I. L., Prado, S. G., Freitas, K. de C., & Souza, A. S. de (2014) Vigilância alimentar e nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, 2002-2011. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 23(3), 541–546. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000300017>

Soares, G.H., Jamieson, L., Biazevic, M. G. H., Michel-Crosato, E. (2022) Disparities in Excess Mortality Between Indigenous and Non-Indigenous Brazilians in 2020: Measuring the Effects of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9(6), 2227–2236. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01162-w>

Torres, T. S., Luz, P. M., Coelho, L. E., Jalil, C., Falco, G. G., Sousa, L. P., Jalil, E., Bezerra, D. R. B., Cardoso, S. W., Hoagland, B., Struchiner, C. J., Veloso, V. G., & Grinsztejn, B. (2021). SARS-CoV-2 testing disparities across geographical regions from a large metropolitan area in Brazil: Results from a web-based survey among individuals interested in clinical trials for COVID-19 vaccines. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 25(4), 101600. <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101600>

Wang, D. Hu B., Hu C., Zhu F., Liu X., Zhang J., Wang B., ... & Zhiyong Peng, M. D. (2020) Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323(11), 1061–1069. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>

Yellow Horse, A. J., & Huyser, K. R. (2022) Indigenous data sovereignty and COVID-19 data issues for American Indian and Alaska Native Tribes and populations. *Journal of Population Research (Canberra, A.c.t.)*, 39(4), 527–531. <https://doi.org/10.1007/s12546-021-09261-5>



SOBRE OS AUTORES

Aline Araújo Nobre: Mestrado e doutorado em estatística. Pesquisadora em saúde pública do Programa de Computação Científica (PROCC) da FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil. Tem experiência na área de modelagem estatística aplicada à epidemiologia. Email: aline.nobre@fiocruz.br

Andrey Moreira Cardoso: Mestrado e doutorado em saúde pública. Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil. Tem experiência na área de saúde dos povos tradicionais, desigualdades sociais, modelos de desenvolvimento e saúde, identidade, etnicidade e saúde; epidemiologia das doenças transmissíveis, saúde da mulher, da criança e do adolescente. Email: andrey.cardoso@fiocruz

Anny Danyelly da Costa Ribeiro: Doutorado em epidemiologia. Servidora do Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe/EBSERH, Aracaju, Brasil. Tem experiência em doenças infectocontagiosas em populações vulneráveis, pediatria, unidade de terapia intensiva e oncologia. Email: annydcribeiro@gmail.com

Ari Ghiggi Jr: Mestrado e Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, onde atualmente realiza estágio de pós-doutorado com bolsa da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC). É pesquisador do INCT Brasil Plural com experiência de trabalho entre os Kaingang do oeste de Santa Catarina nas áreas de Antropologia da Saúde e Políticas Públicas de Saúde Indígena.

Carlos Eduardo Pereira Corbett: MD (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), Professor Associado do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Chefe do Laboratório de Patologia de Doenças Infecciosas, desde a criação. PHD (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), Livre docência (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Pós-graduação no Hospital Cochin, Paris, França (1968), e no Charing Cross Hospital, Londres, Reino Unido (1970 -1972).

Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva: Mestre em engenharia de produção e doutor em engenharia biomédica. Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil. Tem experiência nas áreas de probabilidade e estatística e atua nos seguintes temas: violência, mortalidade, causas externas, adolescentes e morbidade. Email: cosme.passos@fiocruz.br

Cristina Dias da Silva: Professora Associada no Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora (MG). Possui mestrado e doutorado em Antropologia (UNB). Realiza pesquisas sobre políticas de saúde, saúde indígena, corpo e corporalidades, práticas terapêuticas e etnografia das instituições e das práticas de poder. Integra a linha de pesquisa Cultura, Produções Simbólicas e Processos Sociais do PPGCSO/UFJF. Coordena o Laboratório de Pesquisas Antropológicas em Política e Saúde, certificado pelo diretório de grupos do CNPq. Foi Professora Visitante no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (2019- 2020). É Editora da Revista Teoria e Cultura (Qualis B1). Contato: cristina.dias@ufff.br

Daniel Scopel: Doutor em antropologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisador do INCT Brasil Plural e pesquisador bolsista

na Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul. Desde 2006, atua na área da antropologia da saúde e antropologia médica crítica nos temas relacionados à cosmografia, experiência de doenças, pluralismo médico e saúde indígena.

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento: Mestrado e Doutorado. Pesquisadora e Coordenadora da área de Educação da Fiocruz do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. Coordenadora local da UNA-SUS/Fiocruz MS e docente dos Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde da Família da UFMS e em Rede Nacional Profsaúde (Abrasco/Fiocruz). Tem experiência em avaliação de programas e serviços de saúde, educação permanente e Educação a Distância. Email: debora.dupas@fiocruz.br

Enirtes Caetano Prates Melo: Mestrado e doutorado em saúde pública e pós-doutorado em Epidemiologia; pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da FIOCRUZ (DEMQS/ENSP) e docente dos Programas de Pós-graduação Epidemiologia em Saúde Pública. Tem experiência em estudos longitudinais, epidemiologia ambiental, de avaliação em saúde, acesso e utilização de serviços de saúde. Email. enirtes.prates@fiocruz.br

Esther Jean Langdon: Pesquisadora do CNPq e Coordenadora do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia Brasil Plural/ INCT Brasil Plural. É professora voluntária no Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

Everton Ferreira Lemos: Mestrado em Ciências da Saúde e Doutorado em Doenças Infeciosas e Parasitárias. Docente na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e Pesquisador colaborador

na Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. Tem experiência na área de epidemiologia das doenças infecciosas, com ênfase na saúde indígena e prisional. Email: everton.lemos@fiocruz.br

Felipe Mattos Johnson: Graduado em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Mestre em Antropologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e atualmente doutorando em Antropologia pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. Educador popular e aprendiz das lutas e resistências Guarani e Kaiowá.

Giovana Cruz Mandulão: Mulher Indígena Macuxi / Wapichana/ Bioma Amazônia. Nutricionista indígena. Especialização em saúde da família com ênfase na saúde da população do campo. Coordenadora geral da Gestão do conhecimento, da informação, do monitoramento e avaliação da saúde indígena- CGCOIM/SESAI/MS.

Gislaine Recaldes de Abreu: mestrado e doutorado em ciências da saúde. Docente no curso de graduação em enfermagem da Universidade federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, M.S, Brasil. Coordena o Grupo de estudos e pesquisas em populações indígenas da UFMS. Tem experiência em enfermagem materna e infantil; saúde da mulher indígena e saúde sexual e reprodutiva. Email:gislaineabreu.ufms@gmail.com

Gláucia Elisete Barbosa Marcon: Mestrado em farmacologia e doutorado em clínica médica. Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. Tem experiência na área de diagnóstico molecular de doenças infecciosas e parasitárias

com experiência em vigilância em saúde e epidemiologia. Email: glaucia.marcon@fiocruz.br

Glênio Alves de Freitas: Mestre em ciências da saúde e doutor em epidemiologia. Docente da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. Tem experiência em estudos epidemiológicos sobre doenças e agravos na população indígena. Email: glenio.freitas@ufu.br

Indianara Ramires Machado: Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Especialista em Saúde Indígena, mestre em Ciências Biológicas e da Saúde, membro da Associação Ação dos Jovens Indígena de Dourados-MS, Pesquisadora sobre o Bem Viver de uma perspectiva Indígena.

James Robert Welch: Mestre e Doutor em Antropologia. Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Brasil. Tem experiência na área de etnologia e saúde dos povos indígenas no Brasil, principalmente na região Centro-Oeste, onde desenvolve pesquisa em saúde pública e antropologia. Email: jwelchmail@gmail.com

Lucas Luis de Faria: Graduado em Psicologia pela Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), mestre em Processos Psicossociais também pela UFGD, e atualmente é doutorando em Psicologia Social pela Universidade Federal de Minas Gerais, tendo o percurso de aprendizado com os povos indígenas a partir da interlocução enquanto apoiador dos movimentos Kaiowá e Guarani.

Maria de Lourdes Beldi de Alcântara: Pesquisadora e Professora de Antropologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-LIM-50. Post-PhD em Psicologia Social-IPUSP; Doutora

em Sociologia-FFCHLUSP; Mestre em Antropologia Cultural-PUCSP;
Graduação em Ciências Sociais-PUCSP.

Mariana Garcia Croda: Mestrado em ciências da saúde e doutorado em epidemiologia. Docente do curso de medicina da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Brasil. Tem experiência em pesquisas sobre epidemiologia das doenças infecciosas nos povos indígenas do Mato Grosso do Sul. Email: mgcroda@gmail.com

Oswaldo Gonçalves Cruz: Mestrado e doutorado. Pesquisador em saúde pública do Programa de Computação Científica (PROCC) da FIOCRUZ e docente permanente do programa de Epidemiologia e Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil. Tem experiência em análise de dados espaciais, vigilância epidemiológica, análise espaço-temporal, mineração de dados e bioestatística. Email: oswaldo.cruz@fiocruz.br

Raquel P. Dias-Scopel: Pesquisadora Titular da Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul. Doutora em antropologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Desde 2003, tem atuado em projetos relacionados às práticas indígenas de saúde, à saúde das mulheres e à participação social. Produziu junto com a ASCURI (Associação de Realizadores Indígenas de Mato Grosso do Sul) três filmes sobre a perspectiva Guarani-Kaiowá sobre saúde. Tem experiência etnográfica entre Povos Indígenas de diferentes regiões do Brasil.

Renata Palópoli Pícoli: Mestrado e doutorado em saúde pública. Pesquisadora em saúde dos povos indígenas da Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. Docente do Programa Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde da Família

da UFMS e em Rede Nacional Profsaúde (Abrasco/Fiocruz). Tem experiência na área da saúde coletiva, com ênfase em saúde dos povos indígenas e atenção à saúde materna e infantil. Email: renata.picoli@fiocruz.br

Renato Athias: Doutor em Etnologia pela Universidade de Paris X- Nanterre. Professor do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA), Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade (NEPE), do Departamento de Antropologia e Museologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), bem como, professor do Master Interuniversitário da Universidade de Salamanca (Espanha) e Vice-Presidente da Comissão de Museus e Património Cultural (COMACH) da União Internacional das Ciências Antropológicas e Etnológicas (IUAES/WAU). Publica nos campos disciplinares: etnologia indígena, antropologia da saúde, antropologia visual e antropologia dos objetos etnográficos.

Sílvia Guimarães: Professora do Departamento de Antropologia da UnB e do Mestrado em Sustentabilidade junto a Povos e Terras Tradicionais da UnB. Doutora em Antropologia. Desde 1997, tem atuado em parceria com povos indígenas nos campos do direito à saúde e dos direitos culturais.

Verônica Gronau Luz: Graduada em Nutrição, mestre e doutora em Saúde Coletiva, professora adjunta da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), professora da Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde Indígena e pesquisadora de Saúde e Nutrição de Povos Indígenas no Programa de Pós-graduação em Alimentos, Nutrição e Saúde.

Verônica Gronau Luz: Mestrado e doutorado em saúde coletiva. Docente do curso de nutrição da Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, MS, Brasil e docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Alimentos, Nutrição e Saúde da UFGD. Tem experiência em saúde e nutrição de povos indígenas; segurança alimentar e nutricional, saúde do trabalhador, agricultura familiar e trabalho rural. Email: veronicaluz@ufgd.edu.br

Zoraida Fernandez Grillo: Mestrado em ciências biológicas e doutorado em saúde pública. Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. Tem experiência na área de virologia e epidemiologia com ênfase em arbovírus e culicídeos de importância médica. Email: zoraida.fernandez@fiocruz.br

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-180-9



9 786554 621809