



UNISINOS
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

FABIANA LETICIA SBARAINI

**A SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS:
ENCONTROS E DESENCONTROS DE PRÁTICAS E SABERES NA CASA DE
SAÚDE INDÍGENA DE RORAIMA**

São Leopoldo
2016

Fabiana Leticia Sbaraini

**A SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS:
ENCONTROS E DESENCONTROS DE PRÁTICAS E SABERES NA CASA DE
SAÚDE INDÍGENA DE RORAIMA**

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Doutora,
pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais da Universidade do Vale
do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientadora: Dra. Laura Cecília López

São Leopoldo

2016

Copyright©2016 by Fabiana Leticia Sbaraini.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Biblioteca do Instituto Federal de Roraima- IFRR)

S276s Sbaraini, Fabiana Leticia.

A saúde indígena no território das políticas públicas: encontros e desencontros de práticas e saberes na Casa de Saúde Indígena de Roraima / Fabiana Leticia Sbaraini. – São Leopoldo - RS, 2016.

238f. : il.; 30 cm.

Inclui Bibliografia

Orientadora: Dra. Laura Cecília López.

Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, 2016.

1. Saúde indígena. 2. Interculturalidade. 3. Diálogos. 4. Políticas públicas. I - Título. II- López, Laura Cecília (orientadora).

CDD - 613.6898114

Fabiana Leticia Sbaraini

**A SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS:
ENCONTROS E DESENCONTROS DE PRÁTICAS E SABERES NA CASA DE
SAÚDE INDÍGENA DE RORAIMA**

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do Título de Doutora,
pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências Sociais da Universidade do Vale
do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovada em 27 de setembro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Dra. Laura Cecília López- UNISINOS

Dra. Miriam Steffen Vieira- UNISINOS

Dr. Marcelo Simão Mercante - UNISINOS

Dra. Esther Jean Langdon- UFSC

Dra. Denise Fagundes Jardim- UFRGS

Dedico este trabalho aos meus pais Irno e Dalita e ao Vanderlei, meu companheiro de longas datas, exemplos de vida, de amor, de luta, de força. Enfim, meus grandes incentivadores, a base de tudo que rege minha vida.

AGRADECIMENTOS

No momento, quero agradecer a meus familiares, especialmente a meus pais, que são meus maiores exemplos de vida e pelo incentivo em buscar vida nova a cada dia. Meus agradecimentos em aceitar se privar de minha companhia pelos estudos, e apesar da distância física jamais me abandonaram nos momentos mais difíceis ao longo desses quatro anos de amadurecimento enquanto ser humano.

Ao meu companheiro de quase duas décadas, Vanderlei, pelo seu amor incondicional, sua compreensão, seu respeito, cumplicidade e por entender a importância desse momento em que tivemos de abdicar da nossa convivência. No entanto, mesmo distante 5.500 km jamais deixou de dar uma palavra de apoio, de demonstrar um gesto de carinho.

Agradeço à Universidade Vale do Rio dos Sinos, pelo acolhimento, pela excelência no processo de ensinoaprendizagem do qual tive a honra de participar como membro da comunidade discente ao longo desses quatro anos.

Meus agradecimentos a todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais com os quais tive a oportunidade de conviver, mesmo que de forma pontual, obrigada pela acolhida em cada período de formação e pelas importantes contribuições teóricas.

Agradeço a todos os colaboradores que fazem parte da secretaria do PPGCS, em especial à Maristela, pelo carinho, amizade construída e pela organização em relação à nossa vida acadêmica.

À minha orientadora, Professora Laura, a quem não tenho palavras para agradecer tamanha dedicação, compreensão, respeito, colaboração, acolhimento, incansável paciência nos momentos de sufoco, quem sempre teve uma palavra de conforto quando necessário, por acreditar em mim e no trabalho realizado de forma conjunta. Meu carinhoso agradecimento a esse ser humano de tamanha bondade, simplicidade e de profundo conhecimento teórico.

Meus agradecimentos aos membros da banca de qualificação e defesa da tese, pelas importantes e essenciais contribuições.

Meu agradecimento especial aos principais protagonistas dessa tese, os pacientes indígenas e seus acompanhantes que frequentaram a CASAI ao longo dos quatro anos, que perpassaram as primeiras aproximações com a saúde

indígena e a imersão etnográfica no campo de pesquisa. E como agradecer os demais protagonistas dessa história, os gestores do Distrito Sanitário Especial Yanomami e da CASAI, e todos os demais servidores da CASAI? Poderia citar nomes, mas seria injusta caso minha memória não me permitisse lembrar de cada pessoa com quem convivi nesses anos, por isso, meus sinceros agradecimentos, carinho, admiração e respeito a todos que lutam em prol da saúde indígena no estado de Roraima e sempre me acolheram e colaboraram com a realização desse tese. No entanto, não poderia deixar de citar uma pessoa, Rosane, Gestora Hospitalar e ex chefe da CASAI, exemplo de ser humano, minha maior incentivadora no campo de pesquisa, quem abriu os caminhos para que eu pudesse realizar essa vivência, a você Rosane, devo minha gratidão e todo meu respeito.

Agradeço ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima, pelo apoio, compreensão nas nossas ausências em determinados momentos, enfim, por oportunizar essa capacitação profissional com uma instituição de tamanha excelência, a UNISINOS.

Aos meus amigos que me incentivaram e de certa maneira entenderam minha ausência em alguns momentos. Ao colega Edvaldo, pelo apoio, pelas longas conversas, pelas trocas de experiência, pelas palavras que às vezes acalmaram minhas angústias, meus medos.

Afinal, agradeço a todos que sempre foram meus apoiadores, os quais torceram por mais essa conquista, assim como aqueles que também torceram contra, por isso me fizeram entender que um sonho, uma vontade, a garra de aprender, me tornar um ser humano melhor, conhecer um novo universo, transcende qualquer energia negativa que alguém possa emanar, ou seja, a força e a fé realmente movem montanhas e faz com que alcancemos nosso objetivo de forma mais exitosa.

RESUMO

A SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: ENCONTROS E DESENCONTROS DE PRÁTICAS E SABERES NA CASA DE SAÚDE INDÍGENA DE RORAIMA

O tema de pesquisa desta tese é a saúde indígena, pensada na trama de políticas, práticas e relações interculturais de cuidados em saúde. Neste sentido, a tese está direcionada a analisar as políticas em torno dos processos de saúde/adoecimento/cuidado voltadas para a população indígena do estado de Roraima. Explorou-se densamente o microuniverso da Casa de Saúde Indígena de Boa Vista- CASAI-RR, com o intuito de expandir o olhar a outros contextos significativos, como o da implementação da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas e o do próprio curso das políticas indigenistas no Brasil. O objetivo central da pesquisa foi o de analisar a articulação de políticas do ponto de vista da interculturalidade para pensar a saúde indígena, refletindo a partir dos diálogos e tensões entre atores sociais no contexto da CASAI-RR. Optou-se como delineamento da pesquisa a etnografia, porque ela possibilita interações de face a face, fortalecendo as relações interpessoais entre os atores sociais envolvidos na pesquisa. A pesquisa etnográfica era centrada nos gestores das políticas de saúde indígena, profissionais de saúde que atuam na CASAI e indígenas das diversas etnias os quais estavam em fase de tratamento, incluindo neste universo alguns pajés. Ao longo do processo de imersão no microuniverso da CASAI, tornou-se possível construir e reconstruir as práticas e concepções a respeito de saúde e doença, num processo contínuo, abrindo espaço à emergência de novos modelos de atenção à saúde, dando enfoque ao caráter relacional e nas múltiplas vozes que integram o cenário social pesquisado. No que concerne à construção de políticas públicas, estas têm sido permeadas por diálogos, negociações, conflitos, construções históricas e políticas de diferentes grupos socioculturais. Essa característica se acentua na construção da interculturalidade presente na saúde indígena, buscando favorecer espaços de diálogo entre distintas racionalidades e as práticas de saúde, as quais são um tema central na luta dos povos indígenas pela conquista de seus direitos em termos de acessos e serviços com qualidade. Estudos dessa magnitude se tornam essenciais para uma compreensão mais ampla sobre o discurso cultural, igualdade e reconhecimento da pluralidade étnica e cultural das sociedades, em especial, no contexto da atenção diferenciada à saúde indígena.

Palavras-chave: Saúde Indígena. Interculturalidade. Diálogos. Políticas Públicas.

ABSTRACT

INDIGENOUS HEALTH ON THE TERRITORY OF PUBLIC POLICIES: MEETINGS AND CONFLICTS OF PRACTICES AND KNOWLEDGE AT INDIGENOUS HEALTH HOUSE OF RORAIMA

The research theme of this thesis is the indigenous health, thought in policies, practices and intercultural relations in health care. In that way, the thesis is aimed at analyzing the policies around the processes of health / illness / care aimed at the indigenous population in Roraima. It was deeply explored the microuniverse of Indigenous Health House in Boa Vista, called Casai-RR, to understand other contexts, such as the implementation of National Health Policy of Indigenous Peoples and the course related to this thematic. The objective of the research was to analyze the policy of interculturalism indigenous health, from the dialogues and tensions between social actors in Casai-RR. It was chosen as the study design ethnography, by enabling face to face interactions, strengthening interpersonal relationships between the actors involved. Ethnographic research was focused on managers of indigenous health policies, health professionals working at Casai and indigenous people from different ethnic groups who were undergoing treatment, including some shamans. Throughout the process, it was possible to build and reconstruct practices and conceptions of health and disease, in a continuous process, making room for the emergence of new health care models, with emphasis on character relational and multiple voices that are part of the social scene. As regards the construction of public policies, they have been permeated by dialogue, negotiation, conflict, historical buildings and different socio-cultural groups policies. This characteristic is accentuated in the construction of this interculturalism in indigenous health, which seeks to promote the dialogue between different rationalities and health practices, which by the way, has been a central theme in the struggle of indigenous peoples for the conquest of their rights in terms of access and services with quality. Research like this become essential for broad understanding of the cultural discourse of equality and recognition of ethnic and cultural diversity of societies, especially in the context of differentiated indigenous health care.

Keywords: Indigenous Health. Interculturalism. Dialogues. Public policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Pesquisadora e paciente indígena Yanomami.....	37
Figura 2- Pesquisadora e indígenas Yanomami.....	37
Figura 3- Organograma do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena	44
Figura 4- Organização interna de um DSEI e Fluxo de Atenção à Saúde	47
Figura 5- Distância entre a CASAI-RR e o DSEI-Y	49
Figura 6- Vista aérea da CASAI-RR.....	49
Figura 7- Novas malocas enfermarias para os Yanomamis.....	50
Figura 8- Novas malocas enfermarias para os Yanomamis.....	50
Figura 9- Organograma dos setores e serviços ofertados pela CASAI-RR.....	53
Figura 10- Divisão política e administrativa do DSEI.....	54
Figura 11- Meios de transportes utilizados- DSEI-Yanomami.....	55
Figura 12- Dados cartográficos com distribuição das populações indígenas no Brasil	88
Figura 13- Mapa do Brasil com as localizações dos DSEI	91
Figura 14- Imagem de uma maloca enfermaria dos Yanomamis do Amazonas	107
Figura 15- Imagem de um grupo Yanomami que organizou sua própria maloca enfermaria	107
Figura 16- Imagem de uma maloca enfermaria organizada pelos próprios indígenas	107
Figura 17- O fogo como proteção em uma maloca enfermaria organizada pelos próprios Yanomamis	107
Figura 18- Comparativo de nebulizações realizadas no ano de 2014 pelos DSEI-LRR e DSEI-Y	137
Figura 19- Cronograma de transporte entrada e saída da CASAI para os Pólos Base	145
Figura 20- Média mensal de indígenas DSEI-LRR e DSEI-Y na CASAI-RR no ano de 2014	147
Figura 21- Imagem do refeitório- início do horário de almoço	152
Figura 22- Imagem do refeitório- início do horário de almoço	152
Figura 23- Teatro de fantoches para as crianças	174

Figura 24- Cabo de guerra com as crianças	174
Figura 25- Competição de arco e flecha	175
Figura 26- Apresentação de danças	175
Figura 27- Protesto em frente ao prédio da SESAI, em Boa Vista-RR.....	179
Figura 28- Maria Yanomami, coordenadora do movimento	179
Figura 29- Ocupação do prédio do DSEI-Y pelos Yanomami	180
Figura 30- Ocupação da recepção do DSEI-Y pelos Yanomami.....	180
Figura 31- Saída de funcionários do prédio DSEI-Y e ocupação dos Yanomami ...	180
Figura 32- Utilização do Paricá pelo filho do pajé	198
Figura 33- Utilização do Paricá pela pesquisadora	198
Figura 34- Folhagem da planta VIROLA (Virola Calophylla) - PARICÁ (Piptadenia / Anandathera Peregrina)	199
Figura 35- Folhas secas e vagem com a semente para produção do paricá	199
Figura 36- Semente do Paricá.....	200
Figura 37- Preparo do fogo para queima do Paricá	200
Figura 38- Queima da semente do Paricá.....	201
Figura 39- Antes e depois da queima das sementes	201
Figura 40- Realização de xabori em outro pajé.....	205
Figura 41- Realização de xabori em criança	205
Figura 42- Objeto extraído pelo pajé durante ritual de xabori	206
Figura 43- Objeto extraído pelo pajé durante ritual de xabori	206

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Síntese cronológica da Política de Saúde/Saúde Indígena no Brasil.....77

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS - Agente Indígena de Saúde

AISAN - Agente Indígena de Saneamento

CASAI - Casa de Apoio a Saúde do Índio

CEPAL- Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CIR- Conselho Indígena de Roraima

CONDISI - Conselho Distrital de Saúde Indígena

DSEI - Distrito Sanitário Especial Indígena

EMSI - Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena

FUNAI - Fundação Nacional do Índio

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

HGR - Hospital Geral de Roraima

HUTUKARA - Associação Yanomami

IBAMA- Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OIT- Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

SAME - Serviço de Atendimento Médico Estatístico

SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena

SPI - Serviço de Proteção ao Índio

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

TIY- Terra Indígena Yanomami

SUMÁRIO

CAPÍTULO I- INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Justificativa e problematização	20
1.2 Escopo da tese	25
CAPÍTULO II- PERCURSO METODOLÓGICO, PROCESSO ANALÍTICO E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO CAMPO DE PESQUISA	28
2.1 Situando a CASAI: breve contextualização histórica	43
CAPÍTULO III- O CONTEXTO INTERCULTURAL DA SAÚDE INDÍGENA E AS POLÍTICAS DA VIDA: UMA ABORDAGEM TRANSNACIONAL	56
3.1 As políticas da vida e as relações Estado – sociedades indígenas	57
3.2 Políticas de saúde indígena na contemporaneidade.....	62
3.3 Saúde e interculturalidade.....	80
3.4 A saúde indígena: entre a contextualização regional e local	86
CAPÍTULO IV- A CASAI COMO ESPAÇO DO MÚLTIPLO: ATORES E TERRITÓRIOS DA SAÚDE INTERCULTURAL	105
4.1 A territorialização da diversidade na CASAI.....	105
4.2 Os pajés	112
4.3 Os profissionais de saúde	117
4.4 Os desafios da língua e a presença dos intérpretes	125
4.5 A presença Yanomami.....	132
CAPÍTULO V- ENTRE OS MALES ESPIRITUAIS E AS DOENÇAS “QUE O BRANCO LEVOU PARA NÓS”: DINÂMICAS INTERCULTURAIS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE.....	142
5.1 Os tempos.....	142
5.2 As fragilidades.....	149
5.3 Os diagnósticos e os registros médicos	155
5.4 Os “doentes” e as curas	161
5.5 Tensões bioéticas	162
5.6 Conflitos, o álcool e a circulação de diferentes atores sociais	169
5.7 As comemorações/ festejos culturais	174
5.8 Os dispositivos de Guerra	177

CAPÍTULO VI - PLURALIDADE DE SABERES: os xabori no contexto da CASAI-RR.	187
6.1 Os xabori no contexto da CASAI.....	191
CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS	211
REFERÊNCIAS	218
APÊNDICES	228

CAPÍTULO I- INTRODUÇÃO

O tema de pesquisa desta tese é a saúde indígena, pensada na trama de políticas, práticas e relações interculturais de cuidados em saúde. A reflexão parte de e explora densamente um microuniverso dessa trama, a Casa de Saúde Indígena de Boa Vista- CASAI, no Estado de Roraima, com o intuito de expandir o olhar a outros contextos significativos, como o da implementação da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas e o do próprio curso das políticas indigenistas no Brasil.

Um marco significativo para a saúde indígena foi a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS no ano de 1999, em função das históricas desigualdades e iniquidades vividas pelos povos indígenas no Brasil. Essa discussão acompanhou o debate político nacional na década de 1980, durante o processo de redemocratização e o próprio surgimento do SUS, no bojo das mobilizações pela Reforma Sanitária.

Para Confalonieri (1989), um dos momentos mais expressivos nas discussões sobre a assistência à saúde dos povos indígenas e que originou posteriormente, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS foi a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986, oito meses após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esta Conferência teve como temática central a criação de um único órgão, vinculado ao ministério responsável pela coordenação do SUS, cujo objetivo era fazer o gerenciamento da saúde indígena e garantir a participação desses povos na formulação da política de saúde, buscando integrar a assistência aos indígenas às redes de serviços do SUS e a partir dessa discussão, delinear diretrizes quanto à organização dos serviços de saúde prestados às comunidades etnicamente diferenciadas.

Este Subsistema de Atenção à Saúde Indígena foi criado com a premissa básica de garantir a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação comunitária, seguindo as diretrizes do SUS. Mas o que o destaca em relação a outras ações em saúde é o pilar da atenção diferenciada, respeitando as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas. (LANGDON e DIEHL, 2007).

Neste sentido, entende-se por atenção diferenciada, de acordo com Langdon e Diehl (2007), os serviços de saúde que estejam pautados no respeito às

concepções, valores e práticas relativas ao processo saúde-doença próprios dos povos indígenas. Desta forma, para que se possa garantir uma atenção diferenciada na saúde indígena faz-se necessário assegurar a realização de ações que visem à preparação dos profissionais de saúde para a atuação em contextos interculturais, e que estes sejam capazes de articular os diversos saberes e práticas de cura ampliando o acervo de terapias e outras práticas culturais, de maneira que esses saberes possam dialogar naturalmente e não de modo a substituir ou sobrepor uma terapia a outra.

Nesta trama intercultural presente no universo da saúde indígena e da diversidade de atores sociais envolvidos neste contexto, cada vez mais se tem a necessidade do olhar antropológico dos processos de saúde/adoecimento/cuidado, fugindo de uma visão naturalizada, de caráter biologicista e mecanicista. Busca-se resituar a biomedicina¹ como uma dentre outras racionalidades (embora dominante no campo da saúde) (Camargo Jr., 2005), e trazer à discussão os distintos saberes e práticas, bem como contextos históricos, sociais e culturais que permitam entender esses espaços de produção de saúde de maneira mais densa.

Para pensar a relação entre a medicina tradicional indígena² e o sistema de saúde oficial³ trabalharei com a ideia de “intermedicalidade”, termo utilizado por Follér (2004) para expressar uma “zona de contato” que emerge do encontro colonial, na qual se configuram saberes mistos, ou seja, uma pluralidade de formas

¹ Biomedicina ou Medicina Ocidental vincula-se a um “imaginário científico” correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados a posteriori em seus “mecanismos” originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais “peças”. Resumindo, essa racionalidade pode ser delineada em três proposições: · dirige-se à produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais: caráter generalizante; os modelos aludidos acima tendem a naturalizar as máquinas produzidas pela tecnologia humana, passando o “Universo” a ser visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos: caráter mecanicista; · a abordagem teórica e experimental adotada para a elucidação das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes: caráter analítico. (CAMARGO JR., 2005, p. 178-179).

² Conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas- PNASI, os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente de saúde da Organização Mundial de Saúde. (BRASIL, 2002, p. 17).

³ A nomenclatura Biomedicina será utilizada nesta tese sempre que for referendada desta maneira por algum autor, caso não seja, o referencial adotado será o de Ferreira (2012), que aborda esse sistema médico como “sistema de saúde oficial”.

de atenção à saúde, que caracterizam uma ampla heterogeneidade de práticas e de conhecimentos, sendo que cada uma dessas formas possuem versões, gradações e matizes que as caracterizam.

Para possibilitar essas discussões acerca dos espaços de produção de saúde, bem como, da intermedicalidade, precisamos entender a interculturalidade da saúde indígena que se dá na CASAI de Boa Vista dentro de um contexto amplo das sociedades ameríndias amazônicas.

No contexto geográfico a qual esta tese está inserida e se refere, torna-se imprescindível referenciar a relevância da etnologia indígena para os estudos das sociedades ameríndias amazônicas. Dreyfus (1993) relata que as pesquisas realizadas nas sociedades ameríndias da Amazônia estão modificando a visão tradicional dessas sociedades como sendo pequenas, atomizadas, autônomas ou mesmo isoladas umas das outras. Atualmente, apesar de estes povos apresentarem características bastante particulares e homogêneas, “o socius amazônico atual é produto de transformações radicais das relações sociais e simbólicas, resultado da recomposição de sistemas políticos [...]” (p.19-20).

A partir do pensamento da autora acima citada, essas transformações na configuração social, cultural e política das sociedades ameríndias, enfatizo aqui as que habitam a Amazônia, fazem com que pesquisadores de várias partes do mundo se voltem aos estudos nessa região específica, uma vez que o processo de constituição e de reprodução das identidades sociais, numa dialética identidade-alteridade está em constantes transformações e afirmações conceituais identitárias. (DREYFUS, 1993).

Como afirma Turner (1993, p. 43):

Muitas comunidades nativas têm oferecido uma resistência eficaz contra as agressões provenientes da sociedade nacional, aumentando sua população e demonstrando sua surpreendente capacidade de incorporar e dominar aspectos da cultura nacional, que vão da língua portuguesa à medicina e às telecomunicações, sem que com isso esteja “perdendo sua cultura”.

Um aspecto importante deste processo tem sido o desenvolvimento de uma consciência tanto étnica quanto cultural. (TURNER, 1993).

Sendo assim, para Castro (1996) os estudos de etnologia dos povos indígenas da Amazônia, tem sido constantes e de grande relevância teórica. Foi por meio deles que surgiu a proposta do perspectivismo ameríndio, que vai enfatizar as

ideias presentes nas cosmologias amazônicas, a respeito do modo como humanos, animais e espíritos veem-se a si mesmos e aos outros seres do mundo, propondo uma multiplicidade de naturezas que se impõem à cultura. Nessas cosmologias, privilegia-se o “estar no mundo”, seja na forma de humano, de xamã, de animal (que, vale ressaltar, são estados transicionais/fluidos), por sobre uma ontologia vinculada a um ser único e imutável que permeia a cosmologia ocidental. (CASTRO, 1996).

Castro e Cunha (1993) afirmam que, ao nos referirmos à história e formas de organização dos povos indígenas da Amazônia, faz-se necessário que os estudiosos tenham um olhar mais abrangente em relação aos processos identitários desses povos e como esses vêm sofrendo alterações ao longo da história. Para tal, os autores relatam que, em relação à organização social dos povos amazônicos, a representação da sociedade ameríndia típica antes vista como demograficamente restrita e geograficamente isolada (imagem que corresponde à situação atual de muitos povos ameríndios), vem dando lugar a uma paisagem complexa, de sistemas articulados de comércio, intercassamento e guerra, características estas da Amazônia pré-colonial e, em alguns casos, persistindo até hoje.

Este trabalho está direcionado a pensar a complexidade da implementação da política de saúde indígena no estado de Roraima, tendo em vista sua grande representatividade no cenário brasileiro, já que o estado ocupa a quinta posição no país no que se refere ao quantitativo de pessoas declaradas indígenas. (IBGE, 2012).

Como contextualização do campo empírico, o Estado de Roraima localiza-se no extremo norte do Brasil. Tem como capital o município de Boa Vista, única capital brasileira totalmente situada no hemisfério Norte.

O Estado de Roraima possui segundo o IBGE (2012), uma área de 224.298,980 Km², 1.922 km de fronteira com países sul americanos, estando a Venezuela ao norte e noroeste e a Guiana a leste. No Brasil, faz limite com o Amazonas ao sul e oeste; e Pará ao sudeste. O Estado apresenta uma população estimada em 469.524 habitantes, sendo que destes, 49.637 são indígenas. (IBGE, 2012)⁴.

⁴ População residente por sexo e situação do domicílio. Sistema IBGE de Recuperação Automática - SIDRA. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Página visitada em 09 de setembro de 2012.

Da área total do Estado, aproximadamente 104.018 km são áreas indígenas, representando quase metade do território da unidade (46,37%). A área de preservação ambiental no estado, de responsabilidade do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), também é extensa, sendo 18.879 km², um total de 8,42%. Por este motivo, Roraima é o estado brasileiro com o maior percentual de território ocupado por áreas protegidas⁵.

No Estado de Roraima existem nove grupos étnicos distribuídos em quatrocentas e oitenta e nove comunidades pelas regiões serranas, campos e florestas. Porém, a localização dos povos indígenas não está apenas nas aldeias espalhadas pelo estado, mas estão concentrados nas áreas urbanas e principalmente, na capital do estado com aproximadamente 15 mil pessoas de diversas etnias ou grupos linguísticos. (FUNAI, 2010).

Conforme o Conselho Indígena de Roraima- CIR (2011), as etnias que o Estado de Roraima apresenta são: Makuxi, Ingarikó/Patamona, Taurepang, Waimiri-Atroari, Wapixana, Waiwai, Yanomami, Ye'kuana e Sapará. Para fins administrativos, esses povos estão distribuídos em nove regiões, sendo que em muitas aldeias coexistem famílias de etnias distintas, o que nos dá indícios da densidade de relações entre esses coletivos.

1.1 Justificativa e problematização

A saúde tem sido um tema central na luta dos povos indígenas pela conquista de seus direitos em termos de acessos aos serviços de saúde com qualidade. De acordo com os princípios que constam no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Indígena realizada em 2001, os povos indígenas têm suas próprias concepções, valores e formas peculiares de vivenciar a saúde e a doença, sendo assim, as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde devem considerar esses aspectos, dando ênfase a esses contextos e o impacto da relação de contato interétnico vivida por cada povo. Assim, faz-se necessário compreender que o

⁵ Dados Gerais sobre o Estado de Roraima. Governo do Estado de Roraima. Disponível em <http://www.portalRoraima.rr.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid=1>. Acesso em: 24 de janeiro de 2013.

processo⁶ saúde e doença é parte integrante de contextos socioculturais diversificados.

A criação de um sistema de saúde voltado para o atendimento dos indígenas, com a garantia de mais recursos materiais e de pessoal, ampliou a presença de profissionais de saúde nas comunidades indígenas, aumentando o acesso aos serviços de promoção da saúde e tratamento de algumas doenças, resultando na maioria dos casos de forma positiva no que diz respeito à diminuição de taxas de mortalidade, desnutrição infantil, saneamento de água, como também no processo de imunização da população envolvida.

Mesmo que a criação de um subsistema de saúde indígena apresente vários resultados positivos, quando nos referimos à Política de Saúde indígena, o que se percebe é que ora os indígenas se relacionam com o Estado e com os seus representantes⁷, ora de forma subalterna, ora de forma conflituosa e este relacionamento se concretiza nas várias instituições de saúde que executam a Política de Saúde no estado de Roraima.

Essa questão nos remete às instituições de saúde e do tratamento dispensado aos indígenas nas unidades de saúde do estado. As relações dos profissionais de saúde com os indígenas, muitas vezes, estão permeadas por assimetrias. Esse confronto ocorre por várias situações no cotidiano dos atores sociais envolvidos e que pode estar relacionado à sobreposição do sistema de saúde oficial à medicina tradicional indígena, gerando assim, conflitos de compatibilização e aceitação tanto por parte dos receptores como dos executores das ações de saúde.

Para Langdon e Diehl (2007, p.32), a realidade da saúde indígena ainda tem sido reflexo de:

[...] uma práxis caracterizada por uma forte centralização e burocracia, sob a hegemonia do modelo biomédico enquanto aos indígenas restam suas interpretações do que seja necessário para adequar suas ações e aproveitar as novas oportunidades oferecidas pelo sistema.

⁶ Doença como processo não é um momento único nem uma categoria fixa, mas uma sequência de eventos, onde a interpretação do significado da doença emerge através do seu processo. Em termos gerais, os seguintes passos caracterizam a doença como processo: (a) o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, (b) o diagnóstico e a escolha de tratamento, e (c) a avaliação do tratamento. (LANGDON, 1995).

⁷ Ao me referir representantes do estado na área da saúde, não estou me restringindo apenas aos gestores das políticas de saúde, mas sim, a todos profissionais com os quais os indígenas do Estado de Roraima mantêm relações de contato.

Neste sentido, o que vem ocorrendo historicamente é que os serviços de saúde implantados pelo SUS passaram a disputar espaço com práticas de saúde, aqui me referindo ao sistema tradicional de cura indígena, por vezes instaurando pontos de tensões ou conflitos entre os profissionais pertencentes ao sistema de saúde oficial e os praticantes do saber indígena ligado às práticas tradicionais próprias do grupo.

Mais precisamente no contexto do estado de Roraima é comum encontrar diversos indígenas realizando consultas médicas ou mesmo internação hospitalar para tratamento de saúde nos Hospitais da capital do estado, Boa Vista. O hospital público com maior demanda de atendimento a pacientes indígenas é o Hospital Geral de Roraima- HGR. Decorrente da pesquisa exploratória realizada para contextualização desta tese referente ao hospital mencionado, este apresenta em sua estrutura uma coordenadoria indígena a qual objetiva dar um melhor atendimento à população em questão. No entanto, ocorre realmente é que esta coordenadoria não funciona em período integral, dificultando assim, esse atendimento diferenciado. Outro ponto negativo na estrutura física do hospital é que não existe uma ala específica para os indígenas, nem tão pouco intérpretes permanentes na unidade. O que se vê são indígenas sendo atendidos em corredores, por vezes deitados em redes ou no próprio chão, e muitos desses acompanhados pelo pajé ou xamã da comunidade, onde a tentativa de aproximação dos saberes tradicionais indígenas se entrelaçam aos saberes pertencentes ao sistema de saúde oficial.

Apesar do contexto desta tese não focar diretamente o trabalho realizado pelos hospitais da cidade de Boa Vista referente à saúde indígena, não podemos deixar de citá-los em função da grande demanda de atendimentos e por fazer parte direta e indiretamente do campo de pesquisa deste estudo, a CASAI-RR.

Neste sentido, além do trabalho realizado nos hospitais de Boa Vista grande parte dos indígenas que não podem ser atendidos pelas equipes de saúde em suas próprias aldeias/comunidades ou quando necessitam de exames complementares, estes acabam sendo deslocados para a CASAI, em Boa Vista.

Ressalta-se que, de acordo com o que preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em 2002, as CASAI foram criadas e implementadas politicamente em 2002, como um espaço intercultural, com objetivo de:

[...] receber, alojar e alimentar pacientes encaminhados e acompanhantes, prestar assistência de enfermagem 24 horas por dia, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso. Além disso, as Casas deverão ser adequadas para promover atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e demais atividades para os acompanhantes e mesmo para os pacientes em condições para o exercício dessas atividades. (BRASIL, 2002, p. 15).

Especificamente, no que concerne à CASAI- RR, esta funciona como uma residência de apoio onde o indígena tem sua medicação supervisionada por equipe de enfermagem, permanecendo *in loco* até seu restabelecimento, além de oferecer os serviços de uma equipe multiprofissional que presta atendimento aos agravos de saúde de baixa e também de média complexidade, semelhante à estrutura organizacional de um hospital. Percebe-se, portanto, que a CASAI-RR exerce ações que vão além do proposto pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, visto que apresenta atuação semelhante às unidades hospitalares, exceto em casos de atendimentos de média e alta complexidade que requerem diagnósticos e tratamentos médicos, nos quais somente o ambiente hospitalar seja capaz de ofertar essa atenção diferenciada.

No espaço da CASAI-RR, residem para tratamento pacientes das nove etnias presentes no estado, sendo que cada uma mantém suas tradições culturais, como por exemplo, os espaços físicos são divididos por etnias, não há leitos com camas hospitalares, somente redes, e a presença dos pajés, xamãs ou tuxauas é constante no acompanhamento do tratamento dos membros de sua comunidade.

Em ambas as situações supramencionadas o que efetivamente ocorre é um trabalho conjunto ou mesmo sobreposto entre praticantes do saber indígena e os profissionais de saúde, que têm como base científica o modelo biologicista pautado na medicina ocidental. Entretanto, até que ponto os profissionais que lidam com saúde indígena têm um olhar sensível para a diversidade de concepções e experiências de saúde/adoecimento? Como ter êxito e como cumprir com as diretrizes apresentadas nos documentos que estabelecem a política de saúde indígena, tendo em vista que alguns profissionais da saúde ainda expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo influencia o êxito de seu trabalho? Qual o tipo de treinamento e formação acadêmica que os profissionais de saúde recebem para atuarem com a saúde indígena nos diversos espaços que ela se apresenta, tanto

nos hospitais, na CASAI ou nas aldeias/comunidades? De que maneira a Política de saúde indígena é implementada no estado estabelecendo-se uma relação intercultural? Como garantir a eficiência e eficácia dos serviços de saúde na CASAI, sem que haja tensões negativas entre os atores sociais envolvidos, já que no ano de 2013 a média de profissionais de enfermagem para atender as demandas dessa instituição era de 01 (um) enfermeiro para aproximadamente 110 (cento e dez) pacientes?

Para tanto, é preciso um conhecimento mais aprofundado na temática, objetivando assim, romper com visões distorcidas da realidade indígena, fazendo com que profissionais de saúde de forma geral tenham uma compreensão mais ampliada sobre o sistema de saúde indígena e levem em consideração as especificidades dos contextos socioculturais e de experiências de saúde e adoecimento de cada coletivo indígena.

Outro fator de grande relevância é buscar compreender a forma com que a Política indigenista e a Política de saúde indígena são estabelecidas e consagradas. Para Castro e Cunha (1993), uma boa política é aquela que multiplica os possíveis, ou seja, é fundamental que as iniciativas no tocante à construção de políticas públicas sejam planejadas com o protagonismo das comunidades, e somente assim, é que a implementação dessas políticas passará a ser eficaz em suas propostas e na concretização de suas práticas.

Além das questões relativas à consagração da política de saúde indígena, torna-se imprescindível levar em consideração as representações e práticas da medicina, como formas constitutivas da organização sociopolítica das sociedades, que estão em constantes mudanças históricas, políticas, sociais e culturais. Para Mendonça (2004), nesse processo de reordenação sociocultural que se impõe às sociedades indígenas em contato com a sociedade industrializada, os sistemas de cura tradicionais também são reavaliados. Novas doenças produzem novas respostas.

Portanto, baseada na pesquisa e nos dados obtidos, é que se formulou a seguinte problemática: de que maneira as políticas públicas de saúde são implementadas em relação às comunidades indígenas de Roraima, e quais diálogos e tensões se estabelecem no decorrer dos cuidados em saúde para essas comunidades no contexto da CASAI-RR?

Na busca de respostas em relação a problemática apresentada, o objetivo central desta pesquisa foi o de analisar a articulação de políticas do ponto de vista da interculturalidade para pensar a saúde indígena, refletindo a partir dos diálogos e tensões entre atores sociais no contexto da CASAI-RR. Como ramificações do objetivo central buscou-se compreender a experiência da CASAI no contexto de implementação das políticas públicas de saúde indígena no estado de Roraima; reconstruir cenários e interações entre sujeitos/práticas/saberes diversos no contexto de cuidado da CASAI; relacionar possíveis diálogos/tensões com a trajetória social dos atores envolvidos, particularmente, profissionais da saúde, gestores e indígenas; como também indagar em que medida (e como) é construída uma relação intercultural nesse cenário.

1.2 Escopo da tese

A tese está dividida em sete capítulos cujo tema central é a saúde indígena, entendida na trama de políticas, práticas e relações interculturais de cuidados em saúde no contexto da CASAI-RR.

O capítulo I, que trata da introdução, da justificativa e da problematização, objetiva situar o leitor sobre a temática da tese, de forma generalizada, fazendo uma contextualização da trama a ser apresentada ao longo da tese, o cenário a que se refere o estudo, a problemática situacional que a saúde indígena se encontra, os objetivos da pesquisa e algumas questões que irão nortear o referencial teórico para o percurso da tese.

No capítulo II, está descrito o percurso metodológico, o passo a passo do estudo exploratório, os métodos de pesquisa adotados para a imersão no campo, o processo de análise etnográfica e uma contextualização histórica densa do campo de pesquisa e dos sujeitos que compõem o mosaico do microuniverso da CASAI-RR.

O capítulo III, trata do contexto intercultural da saúde indígena sob a ótica de uma abordagem transnacional. O objetivo deste capítulo é ampliar o olhar microscópico sobre a realidade da CASAI-RR para um exercício macroscópico de contextualização e discussão conceitual sobre as relações com o Estado e as políticas da vida, um enfoque biopolítico para entender a saúde indígena. Neste

capítulo poderá perceber que, ao longo da história das políticas indigenistas e de saúde indígena no Brasil esteve presente uma relação colonial que, através da relação da tutela, modelou-se a vida indígena como uma subhumanidade. Neste sentido, o produto das mobilizações dos próprios indígenas e das articulações com transformações em torno de direitos de cidadania, abarca populações minoritárias na contemporaneidade, e tenta buscar por intermédio das políticas públicas o rompimento com a monoculturalidade, que às vezes, está enraizada no país, além do vício tutelar do Estado ainda presente no processo de reconhecimento dos direitos dos povos indígenas. Abre-se uma problematização para os próximos capítulos como acontece na prática a produção de saúde indígena em renovadas “políticas da vida”, embasadas numa relação mais horizontalizada de sujeitos e saberes e como são produzidas as possibilidades de um diálogo intercultural.

No capítulo IV, proponho refletir sobre encontros e desencontros, diálogos e tensões nas relações intersubjetivas que perpassam/constituem espaços interculturais de produção de saúde, especialmente no que diz respeito CASAI. Busca-se uma aproximação a esta instituição como espaço do múltiplo, indagando de que maneira ocorrem os diálogos entre os atores sociais (profissionais da saúde, pajés, intérpretes, usuários, acompanhantes) e como a saúde intercultural é territorializada.

O capítulo V continua indagando sobre a produção de saúde intercultural, ao analisar como se dão as dinâmicas da CASAI: em relação ao tempo de espera, de permanência e o retorno dos pacientes indígenas às suas comunidades, as fragilidades encontradas relacionadas à alimentação proporcionada pela instituição aos indígenas, e a falta de medicamentos para atender a demanda da saúde a esses povos. As dinâmicas se desdobram nas formas diagnósticas do processo saúde - doença e os registros médicos; representação da doença, dos doentes e as curas, para posterior descrição das tensões bioéticas presentes no contexto tanto micro da CASAI quanto macro das políticas públicas de saúde indígena. Incluem-se ainda as tensões e conflitos oriundos do uso de álcool e da circulação de diferentes atores sociais, assim como a encenação do que chamarei um dispositivo de guerra como mobilização política, mas também os diálogos possíveis em momentos comemorativos.

No penúltimo capítulo (VI) busco analisar a pluralidade de práticas de cura realizadas no contexto da CASAI-RR, particularmente os xabori, seus encontros e

desencontros, diálogos, tensões e contradições entre os atores sociais envolvidos, as aproximações com a cultura Yanomami e a partir dessas relato as experiências vividas no decorrer do percurso etnográfico.

A tese finaliza com o capítulo VII, a qual trata das considerações finais, mas que não encerra a necessidade de outras discussões sobre a trama presente na saúde intercultural dos povos indígenas, o microuniverso da CASAI e os diálogos estabelecidos com o macro universo da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas e o do próprio curso das políticas indigenistas no Brasil.

CAPÍTULO II- PERCURSO METODOLÓGICO, PROCESSO ANALÍTICO E CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO CAMPO DE PESQUISA

Neste capítulo apresentarei o percurso metodológico da tese: desde a delimitação do campo, a inserção e vivência etnográfica, até o processo analítico.

Optou-se pela etnografia como delineamento da pesquisa, porque teve o propósito de buscar a compreensão das práticas e dos pontos de vista dos sujeitos envolvidos no fenômeno a ser analisado referente à saúde indígena e as políticas públicas de saúde no contexto da CASAI-RR.

Para Magnani (2009), a etnografia tem a premissa de captar um duplo movimento, sendo que:

[...] o que se propõe é um olhar *de perto e de dentro*, mas a partir dos arranjos dos próprios atores sociais, ou seja, das formas por meio das quais eles se avêm para transitar pela cidade, usufruir seus serviços, utilizar seus equipamentos, estabelecer encontros e trocas nas mais diferentes esferas – religiosidade, trabalho, lazer, cultura, participação política ou associativa etc. Esta estratégia supõe um investimento em ambos os polos da relação: de um lado, sobre os atores sociais, o grupo e a prática que estão sendo estudados e, de outro, a paisagem em que essa prática se desenvolve entendida não como mero cenário, mas parte constitutiva do recorte de análise. (p.18, grifo do autor).

A pretensão de desenvolver uma pesquisa de cunho etnográfico permitiu oferecer, por meio da inserção no campo de pesquisa, acesso a interações de face a face, fortalecendo as relações interpessoais estabelecidas entre pesquisador e sujeitos pesquisados. Portanto, como afirmam Beaud e Weber (2007, p. 31), “A observação etnográfica não se assenta sobre universos dos indivíduos, mas sim, sobre *universos de relações*” (grifo dos autores).

A pesquisa etnográfica centrada nos sujeitos e grupos sociais, conforme Menéndez (2003) revela a forma pelas quais diferentes modelos de atenção se articulam nos itinerários terapêuticos individuais, sendo que muitas vezes aparecem combinadas práticas terapêuticas e noções de saúde/doença, que em outras instâncias seriam definidas como excludentes ou mesmo antagônicas. Com isso, a etnografia permitiu construir e reconstruir as práticas e concepções sobre saúde/doença, num processo contínuo, abrindo espaço à emergência de novos

modelos de atenção à saúde, dando enfoque no caráter relacional e nas múltiplas vozes que integram o cenário social pesquisado.

Para que fosse possível delinear o campo de pesquisa, mesmo que de forma não tão densa, foi necessária maior aproximação ao universo da política de saúde indígena, bem como seus cenários e atores, o que foi denominado período exploratório.

Nesta fase exploratória foram estabelecidos os contatos iniciais para uma posterior inserção no campo de pesquisa de mais longa duração. Estes contatos se deram por meio de conversas formais com a Superintendência do DSEI Yanomami e com a Chefia da CASAI, conversas informais com os servidores da CASAI, intérpretes indígenas, pacientes e acompanhantes indígenas. Essa etapa foi realizada de junho de 2013 até julho de 2014, com frequência de uma ou duas vezes semanais, com duração de aproximadamente 5 horas/dia e teve como premissa básica realizar as primeiras observações buscando um olhar panorâmico que permitisse me situar nesse universo.

Além da fase exploratória do cotidiano de trabalho e de permanência dos indígenas na instituição também fez parte desse momento a participação (tanto como observadora como membro da equipe organizadora) em alguns eventos comemorativos realizados na CASAI, onde foi possível ter uma visão bastante ampliada de como naquele espaço de interseção ocorrem relações interpessoais de contato interétnico e que se estabelecem diferentemente daquelas que ocorrem diariamente dentro da instituição, que serão descritas ao longo desta tese.

Em uma descrição sucinta sobre o interesse em pesquisar uma temática de grande relevância para o Estado de Roraima, que são as populações indígenas, são os dados censitários do IBGE (2010)⁸. A partir destes, pode-se observar que os indígenas representam 0,47% da população brasileira, totalizando 896.917 indígenas, de 305 etnias, distribuídos em 505 terras, o que corresponde a 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), onde residem 517,4 mil indígenas (57,7%), dos quais 251,9 mil (48,7%) estão na região Norte. A terra com maior população indígena é Yanomami, no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas.

⁸ Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/governo/2012/08/brasil-tem-quase-900-mil-indios-de-305-etnias-e-274-idiomas>>. Acesso em: 09 de setembro de 2015.

Ainda de acordo com os dados do IBGE (2010) dos 10 municípios brasileiros com maior proporção de indígenas, quatro são do estado de Roraima. Segundo a Secretaria do Índio do Estado de Roraima, há mais de 500 comunidades indígenas no estado, fazendo com que 46% do território pertença a essas comunidades. Estes dados comprovam a relevância na realização de pesquisas voltadas às questões indígenas, tendo em vista as características que o estado de Roraima apresenta.

Entudo, algumas questões foram sendo traçadas para a delimitação do campo empírico: Como ter acesso a grande parte das etnias nas comunidades, tendo em vista as barreiras geográficas que o estado apresenta? Como poderíamos estabelecer vários diálogos com diferentes atores sociais das mais diversas etnias? De que maneira seria possível visualizar aproximações ou distanciamentos dos serviços de saúde para com esses povos?

Foi a partir das inquietações acima mencionadas que o campo empírico foi se estabelecendo. Eis então que surgiu o contexto da CASAI-RR.

Uma das primeiras indagações à chefia da CASAI foi sobre a dinâmica do local. Foi informado que o acolhimento dos pacientes e seus acompanhantes têm seu funcionamento da seguinte maneira: ambos são recepcionados e orientados pelo Serviço Social quanto às normativas da instituição, como por exemplo, horários das refeições, aquisição de redes e mosquiteiros, horários de visitas aos hospitais e autorizações de entrada e saída de pacientes e acompanhantes da instituição.

A “porta de entrada” dos indígenas e seus acompanhantes na CASAI é o Serviço de Atendimento Médico e Estatístico da CASAI - SAME, o qual realiza o procedimento de admissão por meio de um programa computacional específico para cadastramento de todos que entram ou saem da instituição. Neste momento, tanto paciente quanto seus acompanhantes recebem uma fita que é colocada no pulso de cada sujeito que irá permanecer na casa de apoio, que lhes identificarão na instituição da seguinte maneira: amarelo significa ficha de consulta, azul ficha de acompanhante, verde ficha de paciente internado e vermelho quando o paciente recebe alta da instituição. Esse procedimento facilita o reconhecimento dos indígenas dentro da CASAI, nos hospitais ou mesmo em outros locais que eles possam ser encontrados.

Essa logística de ingresso, permanência e saída dos indígenas na CASAI é utilizada principalmente como controle do fluxo de pessoas que transitam diariamente na Instituição, devido ao grande quantitativo de indígenas que ali se

encontram e pela heterogeneidade étnica e de seus subgrupos linguísticos que o estado apresenta.

Resumidamente, como forma de contextualizar essa diversidade étnica pertencente ao estado de Roraima, conforme o Conselho Indígena de Roraima- CIR (2011), as etnias presentes no estado são: Makuxi, Ingarikó/Patamona, Taurepang, Waimiri-Atroari, Wapixana, Waiwai, Yanomami, Ye'kuana e Sapará.

Para fins administrativos, esses povos estão distribuídos em nove regiões, sendo que em muitas aldeias coexistem famílias de etnias distintas. Portanto, abaixo segue uma breve descrição de cada uma das etnias:

Makuxi: Os Makuxi possuem aproximadamente 10.000 (dez mil) pessoas. Este grupo apresenta uma significativa interação com a vida urbana em todo o estado, sendo que grande parte deste povo desloca-se normalmente para a capital Boa Vista, para exercerem as mais variadas funções como funcionários públicos federais, estaduais, municipais e uma grande parcela atuando na construção civil. Tratam-se como "parentes".

O povo da etnia Makuxi vive em malocas, aldeias ou comunidades formadas por casas unifamiliares, localizadas sempre próximas de algum curso d'água, tanto em áreas de lavrados como na região das serras, e devido à influência externa às etnias indígenas, suas casas que, antigamente, eram circulares, foram sendo substituídas por casas retangulares, cobertas com folhas, chão batido e paredes de barro seco. (FREITAS, 1997).

Ingarikó/Patamona: A denominação Ingarikó é de origem Makuxi, que quer dizer "Gente da mata espessa", por viverem isolados na região da "mata serrana", mantêm relações mais regularmente com seus semelhantes que, em maior número, residem na Guiana Inglesa, do outro lado da fronteira. Aliás, o isolamento tem sido a característica deste povo, embora mantenham contato intermitente com brancos nos tempos atuais.

Os povos Ingarikó e Patamona estão localizados no extremo norte do Estado, na região atravessada pelo rio Cotingo, sendo a maior parte de sua população residente na República Cooperativista da Guiana.

Taurepang: O povo Taurepang ocupa no Brasil uma pequena região no Alto Rio Surumu, na fronteira com a República Bolivariana da Venezuela, onde vive a maior parte de sua população.

Os que habitam o lado brasileiro da fronteira com a Venezuela e a Guiana Inglesa estão em aldeias nas Terras Indígenas São Marcos e Raposa Serra do Sol, nas quais também habitam outras etnias. Desde as primeiras décadas do século XX, foram acossados pela expansão da pecuária no lavrado de Roraima. A presença não indígena em suas terras intensificou-se com a construção da BR-174, na década de 1970, cortando a Terra Indígena de São Marcos. Em 2001, uma linha de transmissão de energia foi implantada ao longo dessa rodovia. Em contrapartida, conseguiram a saída dos fazendeiros, mas vivem o impasse de ter a sede de um município no interior da Terra Indígena.

Waimiri Atroari: É uma etnia cuja ocupação se localiza nas atuais Regiões Sul de Roraima e Norte do Amazonas. A grande conquista deste povo foi a implantação do Programa Waimiri Atroari, em 1988, com ações múltiplas nas áreas de administração, saúde, educação, meio ambiente, apoio à produção, documentação e memória. O objetivo pretendido foi que esses Waimiri Atroari pudessem preservar dinamicamente sua autonomia cultural, a partir de uma inserção social em bases equilibradas, no contexto da sociedade nacional - o que infelizmente, não ocorre com a maioria dos povos indígenas no Brasil.

Wapixana: Atualmente, os Wapixana são uma população total de aproximadamente 13 mil indígenas. Habitam o interflúvio dos rios Branco e Rupununi, na fronteira entre o Brasil e a Guiana, e constituem a maior população de falantes de Aruak no norte-amazônico, pertencentes a família linguística- Aruak.

Freitas (1997) afirma que eles não vieram diretamente do Karib, mas sim do sudoeste, e que tiveram que defender seu território, na bacia do Uraricoera e Surumu, dos ataques do povo Makuxi.

Waiwai: O povo Waiwai ocupa a região de florestas ao sul de Roraima, em território que se localiza na interseção dos estados de Roraima, do Pará e do Amazonas. Esse povo também está disperso em extensas partes da região das Guianas. São falantes, em sua maioria, da família linguística Karib. Constituíram-se a partir de processos seculares de troca e de redes de relações na região. Em tal rede, são historicamente reconhecidos como especialistas no fornecimento de sofisticados raladores de mandioca, papagaios falantes e cães de caça. Têm fama, até os dias de hoje, de grandes viajantes em suas expedições em busca de “povos não vistos”.

Yanomami: Os Yanomami estão localizados no Norte da Amazônia cujo contato com a sociedade nacional é, na maior parte do seu território, relativamente recente. Seu território cobre, aproximadamente, 192.000 km², situados em ambos os lados da fronteira Brasil-Venezuela. Constituem um conjunto cultural e linguístico composto de, pelo menos, quatro subgrupos adjacentes que falam línguas da mesma família (Yanomae, Yanõmami, Sanima e Ninam). A população total dos Yanomami, no Brasil e na Venezuela, é hoje estimada em cerca de 26.000 (vinte e seis mil) pessoas.

Ye'kuana: No Brasil, estão divididas em três comunidades às margens do rio Auaris e Uraricoera, a noroeste do estado de Roraima, fronteira com a Venezuela. A maior parte desta etnia vive em território venezuelano, são antigos viajantes na Amazônia, na floresta e na cidade. Os pertencentes a essa etnia mostram como a articulação de espaços diferentes, dentro e fora de seu território tradicional, cria uma dinâmica que, longe de descaracterizar sua identidade, pode favorecer um sistema de criação e manutenção de redes de apoio, de trocas econômicas, de informação e de projetos econômicos e sociais. Família linguística – Karib.

Sapará: Os Saporás vivem nas savanas do norte do estado de Roraima, nas regiões de Amajari e Taiano. As aldeias são compartilhadas com os índios Makuxi e Wapixana. Essa “mistura” de povos a que foram legadas as aldeias das regiões de Amajari e Taiano decorre do processo de ocupação dos territórios indígenas (colonização), que teve como consequência a depopulação de muitos povos e mesmo o desaparecimento total de outros. Os Saporá são um exemplo de como a colonização atingiu um povo de forma brutal. Reduzidos a alguns grupos familiares, eles foram absorvidos por povos com quem mantinham intensas relações de trocas comerciais e matrimoniais, como os Macuxi e os Wapixana, da família linguística – Karib.

De acordo com informações fornecidas pela FUNAI, alguns povos indígenas, desde a época colonial, mantiveram-se afastados de todas as transformações ocorridas no país. Eles mantêm as tradições culturais de seus antepassados e sobrevivem, preferencialmente, isolados do convívio com a sociedade nacional e com outros grupos indígenas, buscando sempre a proteção ao meio ambiente, de forma a garantir sua sobrevivência física e cultural, mas também aos princípios cosmológicos quanto à busca pela cura de agravos à saúde. No entanto, é importante salientar que as variadas culturas das sociedades indígenas modificam-

se constantemente e reelaboram-se com o passar do tempo, como a cultura de qualquer outra sociedade humana. (FREITAS, 1997; CIR, 2011).

Feito o primeiro reconhecimento dos atores sociais inseridos na CASAI, começaram a surgir algumas inquietações quanto à compreensão, construção e desconstrução dos diferentes conceitos de cultura que estavam em jogo, inclusive os que permeavam meu olhar como pesquisadora. Por isso, para melhor entendimento do diálogo intercultural presente na CASAI, é imprescindível essa trajetória de imersão no campo, de aproximação com os indígenas e equipe multidisciplinar de saúde, que ocorreu desde o início da construção desta tese. Nesse processo, uma das aproximações necessárias para que houvesse diálogo, principalmente com os indígenas, se deu por meio dos intérpretes, que na ocasião representavam os povos Yanomami, Sanumá, Xirixana, Ingaricó e Yekuana. A percepção foi de que quanto mais próxima dos intérpretes, maior interatividade e aceitação seriam possíveis ter com os indígenas, tendo em vista que eles fazem o elo de diálogo entre profissionais de saúde, indígenas e outras pessoas que estão inseridas direta ou indiretamente na CASAI.

O estranhamento se deu naturalmente no decorrer dessa caminhada, a partir do momento em que novas situações se apresentavam, primordialmente, devido a constante rotatividade de indígenas e seus acompanhantes inseridos no contexto da CASAI. Entretanto, as aproximações com os atores sociais envolvidos e as situações vivenciadas ao longo do percurso de imersão no campo de pesquisa, possibilitaram inúmeros diálogos, várias contradições teóricas com o mundo vivido e indubitavelmente, gerando algumas tensões pela situação de estranhamento que se apresentou ao longo desta trajetória.

Mas aos poucos, por meio das observações, as primeiras impressões já faziam uma leitura de que aquele espaço da CASAI não era confortável para os indígenas, pois as condições nas quais os pacientes chegavam à instituição e eram submetidos aos meios de inserção das regras daquele lugar proporcionava certo estranhamento, um choque cultural, tanto por parte dos indígenas e parte daqueles que os recepcionavam.

O que foi se tornando visível ao longo da imersão no campo de pesquisa é que apesar do estranhamento já mencionado anteriormente, principalmente por parte dos indígenas, havia uma necessidade de adaptabilidade desses pacientes e seus acompanhantes quanto às regras institucionais e ao novo tratamento de saúde,

pautado em maior escala no sistema de saúde oficial, e a partir disso, conseqüentemente, geraria maior distanciamento dos sistemas tradicionais de saúde indígena e da rotina vivenciada dentro de suas comunidades, embora houvesse o diálogo entre os dois sistemas médicos dentro do espaço da CASAI.

[...] Novos aprendizados farão parte agora do seu mundo, seus dados os trarão a um sistema de classificação que lhe fazem diferenciado nos estatus do tratamento a que estão inseridos. Ao submeter-se a adversidade do ambiente, os Yanomami obedecerão as regras da casa, de aprender e conviver como novos códigos e horários estabelecidos para atender os protocolos da burocracia do sistema de saúde, que embora se diga diferenciada obedece a padrões ocidentais que não lhe permite um tratamento rápido e eficiente. (HERMANO, 2013, p.128).

Nessa relação de estranhamento, uma das primeiras situações vivenciadas no campo para com os indígenas foi a insegurança e desconfiança destes no decorrer das minhas tentativas de aproximação, sobretudo, o que a minha presença naquele espaço poderia representar para eles. Neste sentido, em determinado momento, algumas mães que acompanhavam seus filhos na brinquedoteca da CASAI, ao perceberem minha inserção naquele espaço tentaram afastar suas crianças ou mesmo escondê-las. Na ocasião, uma mãe Yanomami questionou um intérprete sobre o meu papel naquele local, que poderia levar doenças ou mesmo feitiçaria às crianças, tendo em vista a sensibilidade de saúde que elas apresentam. Outras mães tiveram a impressão de que eu fosse uma nova médica para atendê-los e ao me observarem conversavam entre elas sem cessar.

Naquele primeiro momento de contato foi possível perceber certa tensão por parte das mães, pois de acordo com informações dos intérpretes elas estariam inseguras com a minha presença, visto que poderia transmitir novas doenças às crianças ou mesmo algum tipo de feitiçaria e somente o tempo e o início de sensação de segurança por parte dessas mães poderia possibilitar uma aproximação mais harmoniosa, ou seja, a sensação de segurança com o que é estranho vai sendo minimizada a partir do momento no qual relações de amizade e confiança vão sendo construídas.

Portanto, a preocupação era de não invadir a privacidade daquelas mães e de seus filhos, nem mesmo de ferir significados e valores culturais de cada pessoa que ali se encontrava. Neste caso, as relações interpessoais somente poderiam ocorrer se tivesse segurança por parte das mães. Dessa maneira, um dos mecanismos adotados era conquistar a simpatia e confiança das crianças, o que geraria

consequentemente, aproximações menos traumáticas com as mães e demais familiares.

Aos poucos sorrisos apareciam nos rostos das crianças as quais começaram a se aproximar e cada vez mais as situações de curiosidade e estranhamento ficavam evidentes, tais como a cor da pele, do cabelo, a roupa e o cheiro, tanto que algumas crianças permaneceram por vários minutos tocando meus cabelos e sentindo meu cheiro. Passei a entender que essas aproximações seriam lentas e que as concepções de tempo eram diferentes para cada etnia, porém, extremamente necessárias para estabelecer algum tipo de diálogo com as famílias, pois de acordo com a narrativa de um dos intérpretes *“se você ganha simpatia dos filhos, automaticamente consegue se aproximar das mães e do restante dos membros da comunidade, desde que não tire fotografia das crianças, pois roubaria a alma delas e jogaria feitiço prejudicando o crescimento”*.

Enquanto ocorriam tentativas de estabelecer algumas relações sociais naquele contexto, estava no horário de medicação e o sistema sonoro da CASAI anunciava “Filho de Fulano Xirixana, comparecer ao posto Yanomami”. Naquele momento percebi que todas as crianças em seus primeiros anos de vida, denominadas “menores” jamais eram chamadas pelo nome, foi quando um dos intérpretes explicou que ter um nome nesse período da vida poderia trazer maus espíritos a eles. Naquele momento tive certeza de que era necessário compreender essa gama de diferenças culturais existentes entre cada etnia para que não houvesse equívocos de interpretação de cada fato que acontecia naquele local, e então isso foi se solidificando por mim a compreensão e a representação da CASAI como o “Um” que abrange a multiplicidade étnica e uma diversidade de cosmologias.

Um dos primeiros pontos que levei em consideração neste processo de aproximação com os indígenas dentro da CASAI era conseguir dialogar com as mães e obtendo aceitação sobre minha presença por parte delas isso poderia ser o elo para o diálogo com os demais membros da família, especificamente com as crianças, já que a mulher tem um papel representativo fundamental na criação e proteção de seus filhos. Evidencio aqui que, caso não haja essa aceitação por parte dos indígenas, nos tornamos ameaças aos membros daquela família ou mesmo da comunidade como um todo, provocando estranhamento e com isso dificultando qualquer tipo de contato intercultural.

Porém, no decorrer do tempo, tornou-se perceptível a aceitação de aproximações por parte dos indígenas, conforme demonstrado nas figuras 1 e 2, pois as relações de respeito, confiança e reciprocidade se estabeleciam no cotidiano, de forma natural, quebrando alguns conceitos preconcebidos e com isso possibilitando um melhor diálogo intercultural.

Figura 1- Pesquisadora e paciente indígena Yanomami



Fonte: Khylvio Alves Valões (14/10/2014)

Figura 2- Pesquisadora e indígenas Yanomami



Fonte: Khylvio Alves Valões (14/10/2014)

No entanto, o fato de se ter certa aproximação com o campo de pesquisa não queria dizer ter conhecimento em profundidade deste campo como meio primordial para o sucesso da pesquisa. Com isso, Beaud e Weber (2007) apresentam pontos positivos em relação ao estranhamento quanto à escolha do tema e do campo a ser pesquisado, denominando assim como pesquisa por desambientação.

[...] a técnica mais segura da pesquisa etnográfica continua sendo se descentrar para ver o mundo social de outra forma e para descobrir, sob fatos aparentemente banais, naturais, evidentes, relações sociais, uma história; pois a desambientação permite uma conversão do olhar. Há diferentes modos de “desnaturalizar” o mundo em que vivemos, de romper com as pré-noções, [...]. (BEAUD; WEBER, 2007, p. 33).

Tomando como parâmetro os dados acima, nessa relação de estranhamento, mas ao mesmo tempo de aproximação com a realidade local (geográfica) e social, é que se deu a delimitação do campo empírico e as relações com os sujeitos nele envolvidos.

Mas para que fosse possível a oficialização da imersão em campo para a realização da pesquisa etnográfica, foi necessário adotar alguns procedimentos prévios, que incluíram aspectos formais e éticos da pesquisa, tais como:

- Elaboração e envio das Cartas de autorização para realização da pesquisa, encaminhadas à Superintendência do DSEI Yanomami e para a Chefia da CASAI, no mês de dezembro de 2013 (Apêndice Ia e Ib);
- cartas de anuência/autorizações para realização da pesquisa, efetuadas pelo DSEI Yanomami e pela chefia da CASAI, em dezembro de 2013 e janeiro de 2014 (Apêndice II);
- estruturação dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos, que foram aplicados particularmente na realização de entrevistas, tanto para a superintendência do DSEI Yanomami e Chefia da CASAI como para a equipe multiprofissional de saúde que atua na CASAI (Apêndice IIIa e IIIb);
- imunização da pesquisadora, no período de setembro de 2013 a maio de 2014. Esta imunização foi necessária tanto no que se refere a preservação da saúde da pesquisadora quanto dos indígenas inseridos no contexto da CASAI (carteira de vacinação Apêndice IV);
- preenchimento dos dados relativos à pesquisa na Plataforma Brasil. Esta base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) permite o acompanhamento de toda tramitação para apreciação e aprovação pelo CEP e pela CONEP. A etapa de cadastramento na Plataforma Brasil ocorreu em janeiro de 2013. O cadastro da pesquisa e envio dos documentos foi efetuado em maio de 2014 e sua apreciação e aprovação pelo CEP da UNISINOS ocorreu em junho do corrente ano (Apêndice V).

Para a realização deste estudo, não foi delimitada somente uma técnica de produção de dados, mas sim um conjunto de ferramentas e métodos que se adaptassem à realidade dos diferentes grupos de pessoas participantes da pesquisa, como também ao contexto no qual esses atores sociais estavam envolvidos.

De acordo com Magnani (2009), o método etnográfico não deve ser confundido nem mesmo reduzido a uma única técnica; pode usar ou servir-se de

várias, conforme as circunstâncias de cada pesquisa; “(...) ele é antes um modo de acercamento e apreensão do que um conjunto de procedimentos”. (p. 17).

Neste sentido, o itinerário etnográfico percorrido para esta pesquisa foi o de Geertz (1989), onde se buscou compreender os significados que dão sentido aos atos cotidianos, por meio de uma “descrição densa” (p.15), tornando as informações mais intelegíveis àqueles que os praticam.

Logo, para análise do processo de implementação das políticas públicas de saúde na CASAI, foram realizadas duas entrevistas não estruturadas, com a superintendência do DSEI Yanomami e com a Chefia da CASAI-RR (roteiro de entrevista apresentado no Apêndice VI). Ressalto aqui que, optou-se em realizar a entrevista com a superintendente do DSEI a qual estava à frente da gestão no período de criação da SESAI⁹ e também pelo longo período que permaneceu na gestão do DSEI Yanomami. Como esta gestora presenciou vários momentos da execução da política de saúde indígena, ela detém vasto conhecimento de todo esse processo. O mesmo ocorreu com a chefia da CASAI, pois no início do ano de 2015 houve mudança no gerenciamento da instituição, por isso optou-se em entrevistar a gestora anterior, em função do tempo e experiência adquirida enquanto permaneceu como gestora da instituição.

As entrevistas colaboraram diretamente com a pesquisa, oportunizando coletar informações privilegiadas sobre o tema investigado na medida em que os entrevistados expressassem o significado da experiência cotidiana na implantação e execução destas políticas públicas, pois eram os atores sociais diretamente envolvidos neste processo. Contudo, essas não foram isoladas, mas sim, concomitantes ou subsequentes com a técnica de observação, corroborando com a afirmativa de Beaud e Weber (2007):

⁹ A partir de 19/10/2010, por meio dos Decretos 7.335 e 7.336, a SESAI (Secretaria de Saúde Indígena do Ministério da Saúde) passa a ser o órgão responsável pelas ações de atenção integral da à saúde dos povos indígenas que anteriormente estava sob-responsabilidade da FUNASA. À FUNASA, coube a responsabilidade de formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde estabelecidas pelo Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental.

Entrevistas e observações fazem progredir a pesquisa como um concerto. Não há corte entre ambas. O campo não é compartimentado e você passa indiferentemente de uma para outra e não precisa especializar-se em uma técnica ou outra. É o campo que lhe ditará a respectiva parte que lhes deverá atribuir. (p. 118).

Cabe ressaltar aqui que, para a realização das entrevistas com a superintendência do DSEI Yanomami e com a Chefia da CASAI- RR, como também a equipe multiprofissional, descrita posteriormente foi utilizada a técnica de registro por gravação, que de acordo com Beaud e Weber (2007), permite a captação da palavra do entrevistado na íntegra e em todas as suas dimensões, além de possibilitar ao pesquisador uma análise em profundidade das falas dos sujeitos envolvidos com a pesquisa.

Já, para entender de maneira densa as práticas de saúde na CASAI, bem como examinar a relação entre múltiplos saberes/práticas presentes nesse contexto de cuidado e enfim, relacionar possíveis diálogos/tensões com os saberes/formação e trajetória social dos atores envolvidos, particularmente profissionais da saúde, gestores e indígenas foram realizadas observações com participação no cotidiano de atendimento à saúde indígena, tanto no que se refere à equipe multiprofissional de saúde quanto aos usuários indígenas, aqui também incluindo seus acompanhantes, os quais fazem parte do cotidiano de cuidados aos agravos à saúde dentro da CASAI.

Neste caso, de acordo com Beaud e Weber (2007), as observações eram realizadas de três formas interligadas, sendo observações captadas no decorrer das entrevistas ou da negociação do lugar que o pesquisador e pesquisado assumiram na época da pesquisa, e observações dos eventos públicos, os quais tiveram relação direta com o tema proposto e constituíram o coração do material de observação, além das observações das interações pessoais que aconteceram no cotidiano da CASAI na presença da pesquisadora.

As observações, o diálogo informal com outros atores sociais (indígenas, seus acompanhantes, os intérpretes e demais profissionais ligados a serviços gerais e de segurança) envolvidos nesta pesquisa tiveram enorme importância, pois revelaram tensões, contradições e demais relatos de situações positivas ou negativas que ocorreram durante as relações que se estabeleceram entre os sujeitos envolvidos direta ou indiretamente no contexto da CASAI. Para isso adotou-se como instrumento essencial de registro o diário de campo.

Só o diário de campo transforma uma experiência social ordinária em experiência etnográfica, pois não só restitui os fatos marcantes que sua memória corre o risco de isolar e descontextualizar, mas especialmente, o desenrolar cronológico, objetivo dos eventos. Constitui por esse fato algo como arquivos de si mesmo. (BEAUD; WEBER, 2007, p. 67).

Por meio do diário de campo registramos as observações e os fatos ocorridos no período de permanência/inserção no campo de pesquisa, que afinal possibilitou oportunizar releituras diversas para reflexões presentes e futuras sobre a temática em questão.

Foram realizadas também entrevistas não estruturadas com membros da equipe multiprofissional a fim de focar em profundidade os tópicos relevantes decorrentes das observações (Apêndice VI). Dispensamos a realização das mesmas com os indígenas, pensando que diálogos mais informais disseminados nas observações se adequariam melhor às práticas comunicativas desses sujeitos, seja pela realidade vivenciada no momento das observações ou mesmo pela dificuldade de compreensão da língua materna decorrente a cada etnia que se encontra presente na CASAI.

Outra ferramenta, não menos importante para uma contextualização mais densa do acionar da CASAI, eram os dados extraídos do SAME (extraídos somente após autorizações formais da superintendência do DSEI Yanomami e Chefia da CASAI-RR). Por meio destes dados foi possível mapear o registro de entrada e saída dos pacientes e seus acompanhantes, motivos das internações, diagnóstico da doença de acordo com a classificação internacional de doenças-CID, tipo de alta e procedimentos realizados de acordo com o SUS, dentre outras informações pertinentes aos indígenas.

O período de imersão no campo de pesquisa correspondeu à fase exploratória e a etnografia propriamente dita datam de dois anos e cinco meses, tendo seu início em junho de 2013 e finalização em novembro de 2015. O próprio campo determinou o quantitativo de visitas semanais, nas quais aos poucos foram reunidas informações pertinentes à pesquisa, de forma paciente ao longo deste período buscando uma síntese plausível, cabendo aqui ressaltar o pensamento de Goldman (2003, p. 456), que relata “o etnógrafo deve articular os diferentes discursos e práticas parciais (no duplo sentido da palavra) que observa, sem jamais atingir nenhum tipo de totalização ou síntese completa”.

Finalmente, vários foram os atores sociais envolvidos direta e indiretamente na pesquisa, porém, as entrevistas formais foram realizadas com duas gestoras das políticas de saúde indígena, tanto do DSEI-Y quanto da CASAI, duas médicas, uma assistente social, um técnico de enfermagem e três enfermeiros, totalizando nove profissionais entrevistados.

Para sistematizar todas as informações obtidas no campo de pesquisa ao longo do percurso etnográfico foi necessário um processo analítico que possibilitasse interpretar narrativas, analisar entrevistas, os pontos de vista subjetivos, os silêncios e as vozes que ecoaram ao longo da trajetória de desenvolvimento desta tese.

Neste sentido, o processo analítico formou parte indissociável da pesquisa etnográfica, sendo que a etnografia como tal compreendeu também a análise e a busca por “teorias etnográficas”, produto do diálogo entre os relatos do campo e as discussões da literatura relevante para a área pesquisada. (GOLDMAN, 2003).

A busca pela teoria etnográfica, de acordo com Goldman (2006, p.171) se refere a não limitar-se a um ou outro contexto particular, mas sim, “[...] emprega os elementos muito concretos coletados no trabalho de campo – e por outros meios - a fim de articulá-los em proposições um pouco mais abstratas”, e a partir dessas articulações possa constituir e capaz de conferir “[...] inteligibilidade aos acontecimentos e ao mundo”.

Portanto, ainda citando os pensamentos de Goldman (2006, p. 170-171), a investigação por meio da teoria etnográfica não repousa em uma dicotomia entre verdades absolutas e inverdades ou erros, mas se reporta a uma busca pela retratação sobre diferenças de recortes e escalas, na tentativa de explicar de forma razoável um quantitativo relativamente grande de fatos, de vivências, ou seja, “[...] seu objetivo central é a elaboração de modelos de compreensão de um objeto social qualquer que, mesmo produzido em e para um contexto particular, possa funcionar como matriz de inteligibilidade em e para outros contextos”.

Inicialmente, como forma de organizar e explorar a heterogeneidade de materiais acumulados ao longo da pesquisa a partir da teoria etnográfica e de acordo com Beaud e Weber (2007), primeiramente foi feito um inventário o qual permitiu selecionar as entrevistas e as observações mais expressivas para a pesquisa. Logo após foi realizada a transcrição minuciosa das entrevistas, o que

permitiu o primeiro trabalho de interpretação e posteriormente, relacionar os dados etnográficos com o contexto de investigação dessa pesquisa.

Ainda, de acordo com Beaud e Weber (2007), no momento da transcrição das observações, estas foram organizadas de maneira que contemplasse as observações captadas no decorrer de cada entrevista ou da negociação do lugar da pesquisa, além das observações dos eventos públicos, que dizem respeito diretamente à temática da pesquisa e que correspondeu o coração do material de observação e, afinal as observações das interações pessoais que aconteceram por acaso na presença da pesquisadora.

Já, em relação a transcrição das entrevistas, foi necessário uma análise minuciosa de todo material coletado para após transformá-lo em texto. Esta transcrição teve como objetivo privilegiar o ponto de vista de quem receberia a informação, o leitor. Neste caso, não foi alterado o sentido e a forma da entrevista nem tudo reescrevê-la em “bom português”, embora tenha sido feita uma edição do texto para tornar mais fluida essa leitura. (BEAUD; WEBER, 2007, p. 161).

Conforme Goldman (2003), na antropologia o processo analítico requer que a leitura das notas e dos diários de campo, mas também a imersão do material coletado e principalmente, a própria escrita etnográfica seja mecanismo que possibilite ao etnógrafo reviver o trabalho de campo, no qual a desterritorialização sofrida nesse campo possa encontrar um novo solo onde se reterritorializar. Com isso, a diversidade de dados produzidos permite ao etnógrafo reconstruir o que denominava de “fatos invisíveis”.

2.1 Situando a CASAI: breve contextualização histórica

Politicamente as CASAI foram implementadas pelo Ministério da Saúde, no ano de 2002 para atender a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Estando sob responsabilidade da FUNASA, as CASAI também integram a rede de referência do Sistema de Atenção à Saúde Indígena, servindo para abrigar e cuidar dos usuários e seus acompanhantes durante períodos de tratamento, nos referidos serviços fora das aldeias. Para tal, esses serviços devem ser integrados e articulados à rede do SUS, de forma hierarquizada, tendo como instância regional os Pólos-base.

Atualmente, a CASAI é uma unidade subordinada à Divisão de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), pertencente à estrutura da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), conforme organograma abaixo:

Figura 3- Organograma do Distrito Sanitário Especial de Saúde Indígena



Fonte: Portal da Saúde-SUS¹⁰

Para compreender toda trajetória da CASAI-RR, fez-se necessário resgatar o histórico da Instituição. Ressalta-se aqui, que os dados foram extraídos do Relatório da CASAI-RR do ano de 2008 e também de 2014.

A iniciativa da construção da CASAI se deu em função das dificuldades encontradas no decorrer da remoção dos indígenas de suas comunidades para a capital Boa Vista-RR a fim de tratar de determinadas doenças. Um ponto relevante era a não existência de um local específico para alojar os indígenas e seus acompanhantes. Sendo assim, um funcionário da FUNAI construiu, em 1975, no

¹⁰ Figura extraída do Portal da Saúde- SUS. Disponível em:
< <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/quem-e-quem-sesai>>. Acesso em: 20 de setembro de 2013.

terreno onde residia, um quarto no qual esses indígenas ficavam acomodados até puderem retornar às suas comunidades de origem.

Após várias reivindicações de funcionários daquela instituição, em 1976, o Governo de Roraima resolveu alugar uma casa, localizada às margens do Rio Branco, na Praça Barreto Leite, onde esses indígenas se instalavam e permaneciam até serem liberados para retornarem às suas localidades. Naquela época, a casa já oferecia atendimento médico e de enfermagem. Segundo informações da servidora Edna Duarte Coutinho (uma das primeiras a trabalhar naquela unidade), os indígenas que chegavam doentes recebiam visitas regulares de um médico e de uma enfermeira que, quando necessário, prescreviam as medicações, sendo ela, a responsável por sua administração seguindo doses e horários especificados.

No ano de 1978, houve uma mudança de endereço para a região central de Boa Vista, porém, o atendimento prestado continuava o mesmo.

Em junho de 1982, a casa do índio que posteriormente se tornaria a CASAI mudou novamente de endereço. O governo do estado fez a doação de um terreno à FUNAI, localizado na zona rural de Boa Vista (Monte Cristo), onde foi construída uma grande habitação com estrutura de madeira roliça e cobertura de palha. Na “maloca”¹¹ central funcionava a farmácia, posto de enfermagem e local para repouso dos funcionários de plantão. Ao lado, em uma maloca anexa, funcionava um consultório médico e um gabinete odontológico. Além disso, havia também uma administração, um laboratório, uma cozinha, uma dispensa e enfermarias, local onde os indígenas armavam suas redes. Nesse momento, o setor de enfermagem passou a ter seu funcionamento em período integral.

Depois de um longo período, os indígenas que chegavam a casa apresentavam problemas de saúde mais complexos e mais graves que requeriam tratamentos específicos. Com isso, a demanda de usuários foi aumentando e ampliando a necessidade de se realizar várias reformas na estrutura física da unidade com o intuito de melhorar a estrutura física e também humana.

Em 1986, a maloca enfermaria dessa casa do índio, posterior CASAI- RR que abrigava os Yanomami foi reformada visando oferecer maior conforto aos seus ocupantes. Porém, outras medidas eram necessárias, dentre elas, a ampliação de

¹¹ Maloca é um termo utilizado no Relatório da CASAI Roraima (2008), que significa um tipo de habitação indígena, coberta por folhas secas ou palha, geralmente no formato de grandes cabanas e que abriga várias comunidades indígenas da mesma etnia.

seu quadro funcional que ocorreu somente no ano de 1997, por meio de concurso público (FUNASA). Nesse mesmo ano, foram construídas mais duas malocas enfermarias para alojar os indígenas encaminhados do Distrito Sanitário do Leste – DSL, atualmente, denominado Distrito Sanitário Especial indígena do Leste de Roraima- DSEI Leste.

Também em 1997, o SAME começou a ser informatizado. Os dados existentes passaram a ser arquivados de forma digital, em um banco de dados personalizado, desenvolvido pelo SAME da própria unidade.

Em 1998, o governo federal tomou a iniciativa de ampliar a estrutura, em função da grande demanda que se apresentava. Foram construídos mais três grandes blocos (um, onde funcionaria o setor de pediatria; outro, funcionariam os postos de enfermagem, consultórios e setores administrativos; e o último, seriam instalados laboratório, odontologia e conforto/sala de descanso para funcionários).

Até essa época, a Casa do Índio era administrada, em conjunto, pela FUNAI e pela FUNASA. Somente a partir de setembro deste mesmo ano (1999), a FUNASA passou a assumir a administração da unidade.

É importante ressaltar que a CASAI surgiu sob responsabilidade sanitária atribuída à FUNAI, sendo legalmente passada à FUNASA, somente com a publicação do Decreto nº 3.156/99 e em pleno processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no Brasil, após a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena – Lei nº 9.836/99 (dispositivos à Lei nº. 8.080/90), que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Com isso, por meio do Decreto nº 3.156/99 houve a regulamentação da proposta de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Estes, por sua vez, se articulam com a rede do SUS, conforme demonstrado na figura 4.

Figura 4- Organização interna de um DSEI e Fluxo de Atenção à Saúde



Fonte: Brasil (2013)¹²

Em relação a figura 4, o modelo assistencial apresentado se dá a partir da remoção dos pacientes que se encontram nas áreas indígenas, sendo executada pelas empresas conveniadas dos projetos de saúde, obedecendo criteriosamente às diretrizes traçadas pela FUNASA. Sendo assim, os casos de emergência, que não podem ser resolvidos na área indígena são encaminhados diretamente para os hospitais da rede pública de saúde de Roraima e os que não são graves, mas que denotam maior complexidade para o seu diagnóstico são levados a CASAI, onde são assistidos ou em caso de intercorrências internas, são encaminhados para os hospitais da rede pública de saúde de Boa Vista-RR e, dependendo da gravidade do caso, são encaminhados para hospitais localizados em outros estados por meio de Tratamento Fora do Domicílio (TFD). Portanto, esse fluxo de encaminhamento dos indígenas a CASAI e desta aos hospitais, considerados estabelecimentos de maior complexidade é denominado referência.

¹² Figura extraída do Portal do Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/saude_indigena.php>. Acesso em: 20 de setembro de 2013.

Os usuários indígenas internados nos hospitais de Boa Vista-RR ou em hospitais de outros estados, ao receberem alta, são encaminhados a CASAI para concluir o tratamento e posteriormente, retornarem aos seus locais de origem, fluxo esse denominado de contrarreferência.

Retomando a descrição histórica da CASAI, em outubro de 2001, em função da grande demanda de atendimentos e a qualificação dos profissionais que ali atuavam, a CASAI teve que se adaptar para receber os indígenas com doenças infectocontagiosas, transferidos para lá, devido ao fechamento da Casa de Cura, administrada pela Diocese de Roraima. Então, em 2002 iniciou-se a construção do bloco de isolamento para receber essas pessoas. Esse projeto contribuiu positivamente no atendimento à saúde indígena, tanto que foi reconhecido internacionalmente.

Em 2006, foram implantados os setores de Educação em Saúde e Terapia Ocupacional e em seguida, a construção do Centro de Nutrição e Dietética e do Setor de Lavanderia.

De acordo com o Relatório de Atividades da CASAI Roraima (2008), a CASAI-RR está distribuída em uma área construída de 4.820 m², sendo considerada uma das maiores do Brasil, tanto referente à área física quanto pelo quantitativo de indígenas que assiste. A área física visa atender uma demanda de 350 indígenas de diversas etnias, no entanto, em vários momentos ultrapassa essa estimativa de atendimentos chegando a aproximadamente 750 indígenas.

Atualmente, a CASAI-RR está localizada na zona rural de Boa Vista-RR, Colônia Monte Cristo, S/N, a 12,8 km da sede do DSEI-Y, conforme demonstrado nas figuras 5 e 6.

totalizando 120 leitos; cinco enfermarias para pacientes e acompanhantes do DSEI Yanomami com capacidade aproximada para 30 redes cada, totalizando 150 leitos; um malocão de alvenaria para pacientes e acompanhantes do DSEI Yanomami com capacidade aproximada para 50 redes; uma enfermaria especial com três quartos, divididos entre feminino (07 leitos), masculino (07 leitos), infantil (04 leitos e 06 redes) e sala de emergência (02 leitos), para pacientes dos dois distritos, totalizando 26 leitos; e uma enfermaria para isolamento com quatro quartos com capacidade para quatro redes em cada, totalizando 16 leitos¹³. A partir de setembro de 2015 foram construídas mais duas novas malocas enfermarias, localizadas na ala pertencente aos Yanomamis, o que ampliou ainda mais a oferta de novas acomodações para quem utiliza os serviços da CASAI, conforme figuras 7 e 8.

Figura 7- Novas malocas enfermarias para os Yanomamis



Fonte: Própria autora

Figura 8- Novas malocas enfermarias para os Yanomamis



Fonte: Própria autora

Embora as CASAI tenham sido criadas politicamente como unidades para prestação de serviços de apoio aos pacientes encaminhados das aldeias ao SUS, a CASAI-RR apresenta certas especificidades em seu funcionamento que faz com que ela se diferencie das demais CASAI do país e, conseqüentemente, apresente contradições inerentes à própria construção do SUS.

As CASAI foram criadas com a finalidade de prestar atendimento específico às necessidades dos pacientes indígenas encaminhados pela equipe multidisciplinar dos Pólos-base para tratamento de saúde, quando não há resolutividade em área indígena no sentido de “[...] acompanhar os pacientes para consultas, exames

¹³ Informações Extraídas do Relatório sobre a Casa de Saúde do Índio de Roraima (2014)

subsidiários e internação hospitalar na assistência especializada”; prestar consulta nutricional a pacientes e acompanhantes; fazer a contrarreferência com os DSEIs e articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios por ocasião de alta médica; “[...] fazer referência e contrarreferência com a rede do SUS”; promover atividades de educação em saúde e produção artesanal, dentre outras, para acompanhantes e pacientes em condições para exercício dessas atividades; apoiar pesquisas e trabalhos científicos, conforme diretrizes da SESAI; “[...] proporcionar meios para reabilitação dos pacientes preservando e respeitando seus costumes”; “[...] promover ações de humanização interculturais”; realizar serviço de tradução das línguas indígenas quando necessário, durante consultas e exames realizados na CASAI, em ambiente hospitalar ou em unidade de saúde pública ou privada. (RELATÓRIO ANUAL DA CASAI, 2014, p.5).

Além dos vários itens abordados no Relatório Anual da CASAI (2014) no que trata das finalidades das CASAI, com base no que preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do ano de 2002, Garnelo (2012, p.30) ratifica algumas informações anteriormente mencionadas sobre as CASAI e aponta outras finalidades pertinentes a esses espaços de acolhimento:

[...] De modo geral elas estão implantadas em sedes municipais e devem acolher os doentes encaminhados das aldeias e polos-base, para receber algum tipo de tratamento de saúde na cidade. As Casas de Saúde Indígena são uma especificidade do subsistema de saúde indígena, pois esse tipo de unidade não é adotado no SUS como um todo. Sua principal atribuição é o apoio ao paciente indígena em trânsito, para exames ou tratamento, substituindo o suporte familiar ou social com que os indígenas não contam quando se deslocam para o espaço urbano. Esse perfil de atuação caracteriza a Casa de Saúde do Índio como um modelo misto de albergue e centro de atendimento aos casos de doença.

No que concerne especificamente a CASAI-RR, além de a instituição atender o que preconiza a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas do ano de 2002, a instituição oferta prestação de assistência médica (consultas com clínico geral, ginecologista, pediatra, pneumologista e dermatologista, bem como atendimento fisioterápico), atendimento ambulatorial e hospitalar de baixa e até média complexidade, ações estas não previstas pela Política Nacional.

De acordo com a contextualização histórica da CASAI-RR descrita ao longo deste capítulo e em conformidade com as informações extraídas do Relatório da CASAI-RR do ano de 2008 e 2014, essa casa de apoio surgiu a mais de duas décadas antes da criação política das CASAI, no ano de 1976, tendo em vista que

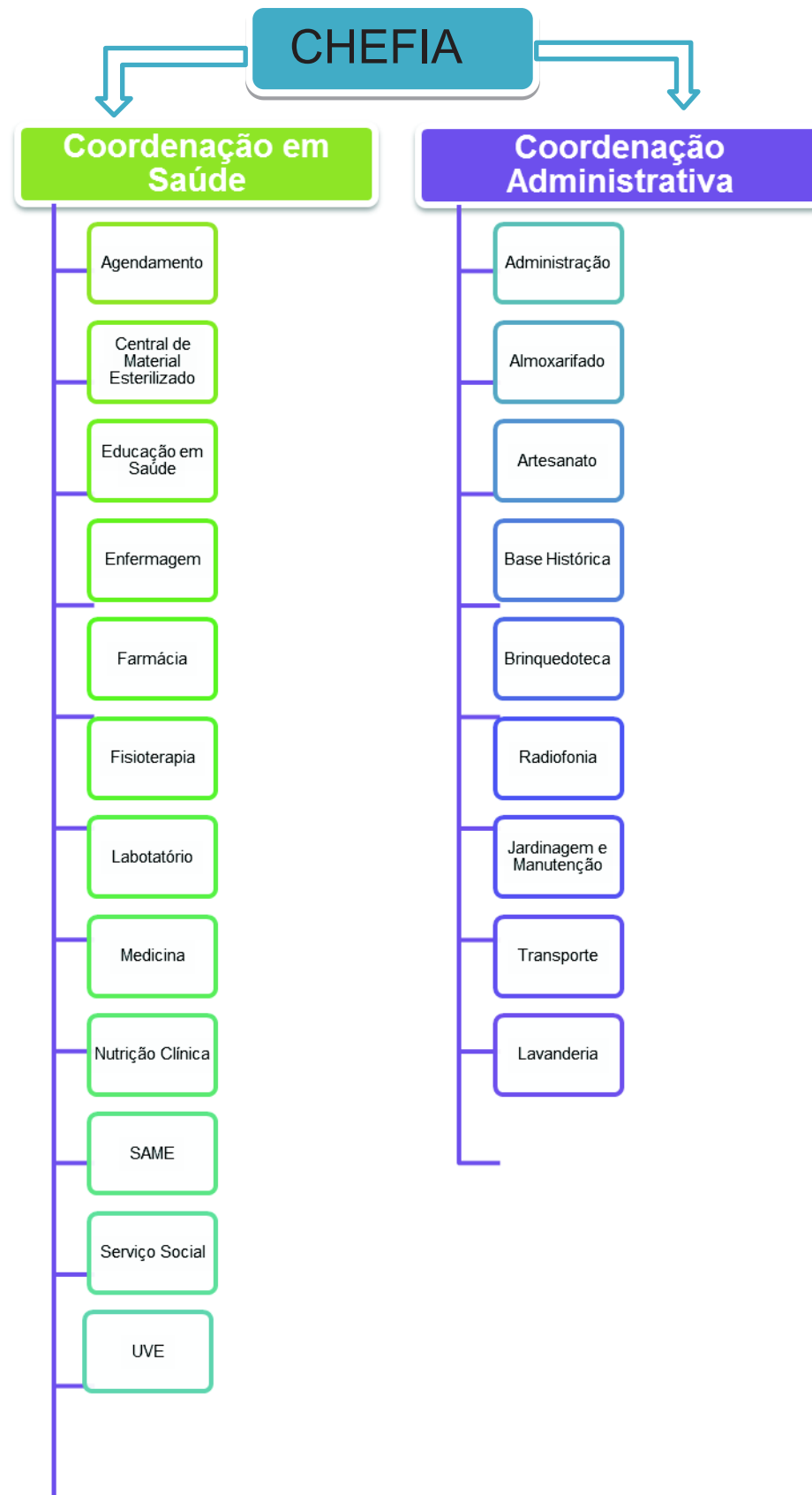
essas instituições foram implementadas politicamente pelo Ministério da Saúde somente no ano de 2002 para atender a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Neste sentido, um dos fatores que provavelmente tenham diferenciado historicamente a CASAI-RR das demais CASAI do país pode ter sido sua criação oriunda de uma iniciativa de um grupo de pessoas que na época (1975-1976) mostravam-se empenhadas em criar um espaço de apoio àqueles indígenas que se deslocavam das áreas indígenas em busca de tratamento médico e que não tinham qualquer tipo de apoio logístico e financeiro do estado. Nessa iniciativa foram se agregando voluntariamente profissionais da área de saúde, missionários e outras pessoas que se engajavam com a problemática que se apresentava.

Especificamente, no ano de 1976 o governo do estado de Roraima alugou um espaço de apoio aos indígenas que necessitavam permanecer na cidade e a partir de então tendo atendimento médico e de enfermagem naquele espaço. Logo, o que se torna perceptível ao longo da história da CASAI-RR é que a presença do trabalho de uma equipe multiprofissional de saúde e da realização de determinados procedimentos clínicos de baixa e até de média complexidade ocorrem desde o início da história da instituição, antes mesmo da criação política das CASAI no país.

A partir de toda contextualização histórica, fazendo aqui um recorte temporal, do ano de 2008 até a atualidade a CASAI tem disponibilizado uma equipe multidisciplinar composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, bioquímicos, biomédico, técnicos de laboratório, auxiliares de serviços diversos, agentes administrativos e motoristas; dentre outros profissionais que trabalham em serviços terceirizados (Serviço de Limpeza, Serviço de Segurança Patrimonial e Serviço de Alimentação), integrada no seguinte organograma:

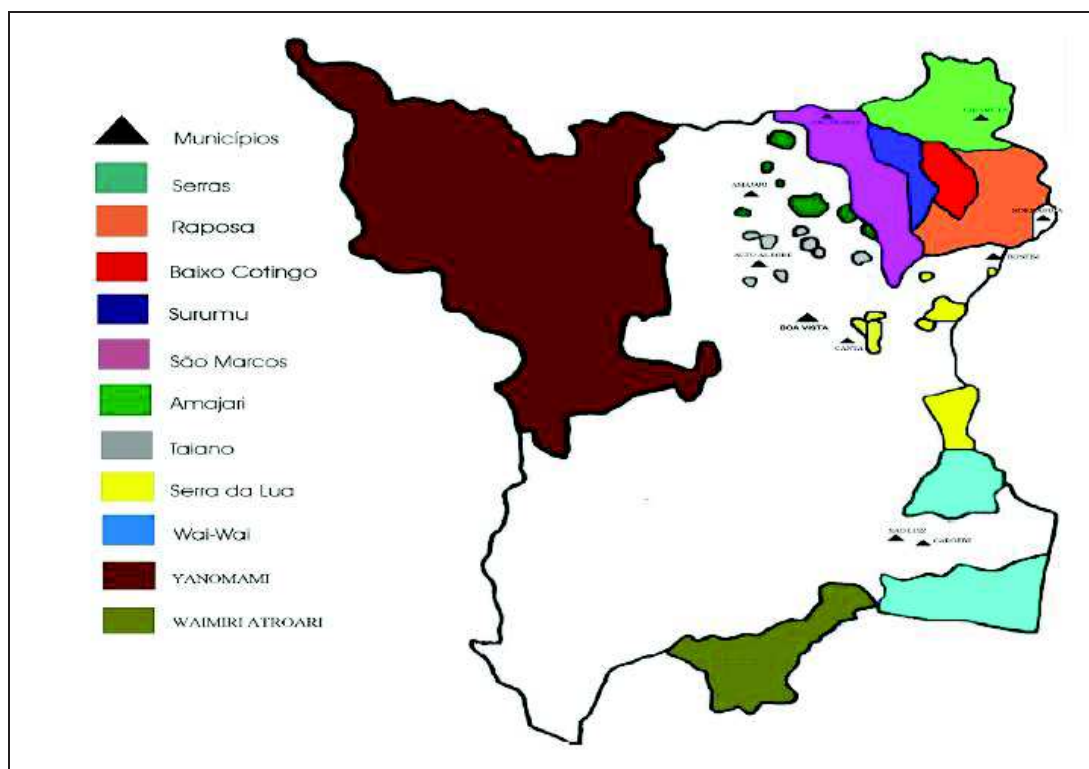
Figura 9- Organograma dos setores e serviços ofertados pela CASAI-RR¹⁴



¹⁴ Organograma vigente disponibilizado pela Chefia da CASAI em 12 de junho de 2014.

Em relação ao organograma apresentado acima, a CASAI- RR, entidade de promoção e proteção à saúde, adstrita ao Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEI-Y) também atende aos indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima (DSEI-LRR). As etnias predominantes do DSEI-Y são os próprios Yanomami, os Yekuana, Sanumã, Xiriana e Xirixana, enquanto que no DSEI-LRR, estão os Macuxi, Wapichana, Ingaricó, Patamona, Wai Wai, Taurepang, Saporá, Pemon e os Aruak. A área de abrangência da CASAI é de etnias de parte do Amazonas, Venezuela e Guiana Inglesa, no entanto, as maiores distâncias percorridas pelos indígenas para terem acesso a CASAI-RR são referentes às etnias predominantes do DSEI-Y, com maior expressividade entre os povos Yanomami, conforme demonstrado nas figuras 10 e 11.

Figura 10- Divisão política e administrativa do DSEI

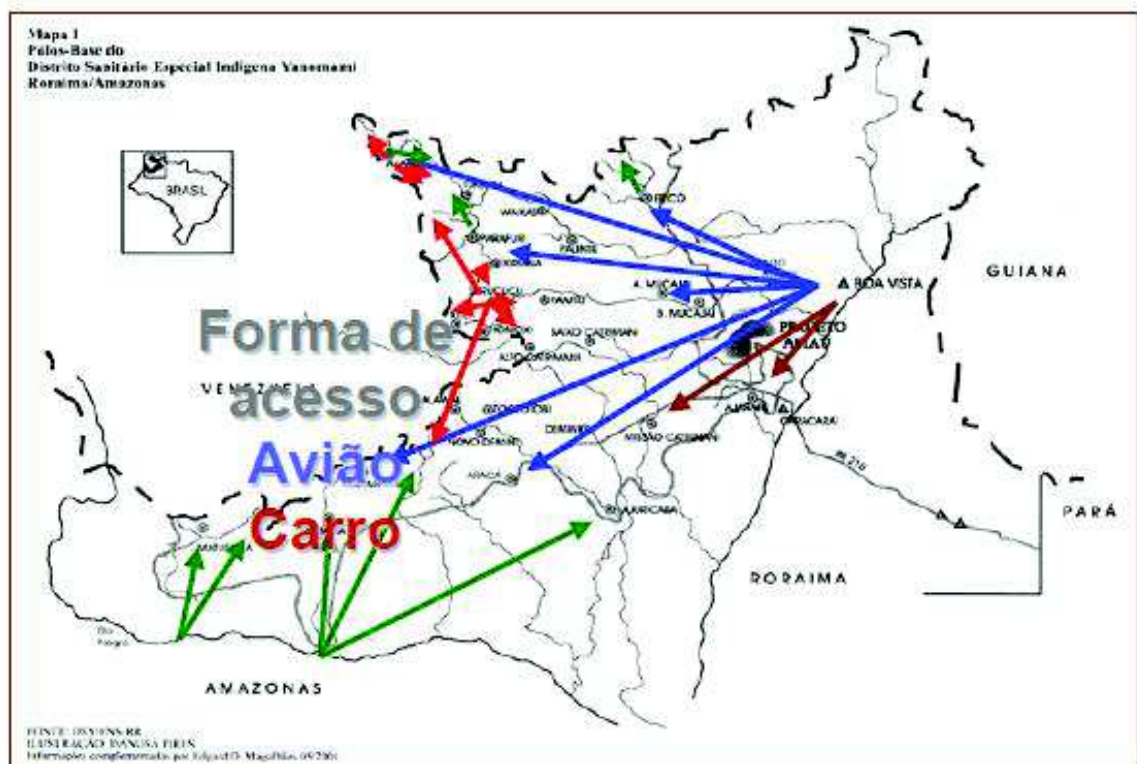


Fonte: FUNASA (2011, p.13)

Pela área de abrangência demonstrada na figura 10 percebe-se que a população Yanomami ocupa maior porção territorial de Roraima, no que diz respeito a área indígena, além de ultrapassar barreiras estaduais, estando presentes também em parte do estado do Amazonas. Essa situação territorial

apresentada requer uma logística complexa de deslocamento à Boa Vista para tratamento de saúde, às vezes exige mais de um meio de transporte, como longas jornadas de caminhada na mata ou no lavrado, horas ou dias de barco, horas de helicóptero e ou avião, como também deslocamento terrestre com carro, conforme demonstrado na figura 11.

Figura 11- Meios de transportes utilizados- DSEI- Yanomami



Fonte: FUNASA (2011, p.13)

Na figura 11, os traçados verdes representam os deslocamentos com barcos ou canoas, ou mesmo longos trajetos de caminhada.

As duas figuras anteriores demonstram nitidamente o distanciamento geográfico das comunidades atendidas pelo DSEI-Y e isso faz com que a permanência na CASAI destes povos seja maior do que as etnias pertencentes ao DSEI Leste, fato este que indiretamente acabou interferindo nas relações estabelecidas entre pesquisadora e indígenas em fase de tratamento, direcionando a partir daí uma tendência natural de maior aproximação com os Yanomamis, uma vez que a rotatividade de pacientes tem menor frequência quando comparado às etnias pertencentes ao DSEI Leste.

CAPÍTULO III- O CONTEXTO INTERCULTURAL DA SAÚDE INDÍGENA E AS POLÍTICAS DA VIDA: UMA ABORDAGEM TRANSNACIONAL

Para ampliar nosso olhar microscópico sobre a realidade da CASAI de Boa Vista, faremos neste capítulo um exercício macroscópico de contextualização e discussão conceitual no caminho de construção do nosso objeto de estudo. Cabe lembrar que as dimensões micro e macro-analíticas estão totalmente imbricadas e se constituem mutuamente. Por isso, as reflexões deste capítulo acompanharão a tese de maneira transversal para potencializar as análises de dados produzidos durante o trabalho de campo.

A relevância de estudar a saúde dos povos indígenas na contemporaneidade brasileira e latino-americana está ancorada na constituição histórica de alteridade modelada em relações coloniais. O dispositivo da colonização europeia teve como base a eliminação da possibilidade de humanidade do “outro” colonizado. No caso das sociedades ameríndias, essa tentativa se deu de múltiplas maneiras, desde a eliminação da própria vida até a anulação de formas de manutenção de uma vida qualificada nos próprios termos desses coletivos.

Ao mesmo tempo, vivenciamos desde as décadas de 1970 e 1980, na América Latina processos de reconhecimento da diversidade cultural e da pluriethnicidade das nações, possibilitando maior “[...] visibilidade às “questões indígenas”, extrapolando as fronteiras dos atores sociais que formam o chamado campo indigenista brasileiro” (Verdum, 2009, p.96). Neste sentido, a Constituição brasileira de 1988 foi um marco referencial para o reconhecimento dos indígenas como sujeitos de direito, principalmente no que concerne à manutenção de práticas culturais, organização social, línguas e os direitos territoriais.

Contudo, para Verdum (2009), apesar da Constituição de 1988 dar um enfoque na aceitação multiculturalista que se ocupa da diversidade enquanto diferença cultural, os mecanismos de controle e domínio do poder do Estado colonialista brasileiro ainda são representativamente presentes e atuantes nesse processo de reconhecimento jurídico dos povos indígenas, incluindo nesse enfoque a política de saúde dos povos indígenas.

Abordarei algumas dimensões que nos ajudem a construir um cenário histórico-político e conceitual para pensar a interculturalidade na saúde indígena, na contemporaneidade.

3.1 As políticas da vida e as relações Estado – sociedades indígenas

Dialogarei neste item com um enfoque biopolítico para entender a saúde indígena como fenômeno que forma parte do governo da vida. Enfoque baseado no pensamento de Foucault (1993, 2008), que entende a biopolítica num duplo movimento: sendo ela tanto a apreensão da vida pela política quanto o avanço da concepção da vida enquanto resistência à forma pela qual o Estado se encarrega de nossas vidas. Esse duplo movimento se dá nas micropolíticas. Para Foucault (1993), o poder não se localiza em um único ponto, nem se polariza segundo uma única forma de tensão social. Sobretudo, o poder é absolutamente relacional e presente em toda a espessura do corpo social, atravessando indistintamente Estado e sociedade civil.

Como foco de investimento do poder na constituição dos Estados modernos ocidentais, a vida passa a aparecer como um problema político e a partir deste, não visa apenas disciplinar os corpos, mas sim, regulamentar a vida da população. Com isso, a biopolítica se torna uma estratégia de poder adotada pelo Estado que passa a produzir intervenção e ou regulação no direito à vida, ou seja, a biorregulamentação pelo Estado. Assim, a saúde das populações torna-se foco do jogo político moderno. A saúde constitui estratégia biopolítica, na medida em que conforma um conjunto de práticas de significação que organizam e regulamentam a população em seu conjunto. (FOUCAULT, 2008).

A biopolítica, do ponto de vista foucaultiano, foi definida então como uma tecnologia de “fazer viver” aqueles segmentos da população que constituiriam o protótipo de normalidade e humanidade, à contraluz e mediante a exclusão violenta de sua “alteridade”, ou seja, “deixando morrer” os segmentos de população que não entram nos parâmetros do desenvolvimento econômico e da modernização. (FOUCAULT, 1995).

Para pensar como a saúde e a vida das populações indígenas foi capturada pelo Estado brasileiro devemos trazer à discussão a relação tutelar estabelecida por este último ator. A Política indigenista, assim compreendida como política do Estado dirigida às populações indígenas era caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela marcante interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à

sociedade brasileira. Essa política tinha como premissa básica que os indígenas deixariam de existir como grupos culturalmente diferenciados. Porém, no decorrer do tempo isso mostrou que tal presunção era infundada, pois, longe de desaparecer, as sociedades indígenas tiveram grande crescimento demográfico, vêm apresentando uma expressiva vitalidade cultural, além de ampliarem suas pautas de reivindicação por direitos ligados à diferenciação étnica. (GARNELO, 2012).

Inicialmente, a atuação direta das instituições públicas na Política indigenista se deu por meio do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado em 1910, que foi substituído a partir de 1967 pela FUNAI.

O SPI foi o órgão modelador da relação tutelar com os povos indígenas. Para Ramos (2003) a tutela, representada pelo poder do Estado, teria como premissa agir como mecanismo de controle sobre um conjunto de indivíduos “potencialmente perigosos” em razão de seus “comportamentos desviantes”, os quais teriam um “conhecimento parcial ou deformado” dos códigos culturais dominantes. Ainda, segundo o autor, esse mecanismo objetivava:

[...] fazer daqueles agentes sociais que falam e agem em nome do Estado, das diretrizes por eles difundidas, das ações por eles realizadas, e dos monumentos que materializam a presença do Estado, uma referência a partir da qual os demais agentes sociais devem conduzir seus cálculos e ações. Através desses mecanismos, indivíduos seriam convencidos, educados, estimulados, coagidos e condicionados a acreditarem na existência do Estado e a construir parcela significativa de suas identidades sociais por referência a essa crença e a seus efeitos. (p.32).

Essas relações tutelares como mecanismo de poder buscavam uma transformação das tais condutas desviantes em ações e significados prescritos, com o intuito de legitimação das formas constitutivas do exercício das relações tutelares, podendo mencionar aqui a autoridade exercida pelo tutor sobre os tutelados (imigrantes, negros, indígenas, etc.). Essas transformações seriam possíveis a partir de ensinamento e orientação dirigidas aos tutelados, como se esses tivessem a necessidade de uma ação estatal para lhes oferecer proteção e, posteriormente, possibilitar uma suposta integração destes tutelados como parte do “povo brasileiro”. (RAMOS, 2003).

Nesse sentido, mais especificamente em relação aos indígenas, dependendo de como eles eram classificados por diferentes órgãos governamentais, como por exemplo o SPI, passava-se a estruturar categorias e uma escala evolutiva às quais

deveriam corresponder diferentes tratamentos por parte do Estado brasileiro, assim reconhecido como tutor desses povos.

Contextualizando essas relações tutelares com o SPI, Bernardes (2011) aponta algumas situações importantes na emergência da questão indígena no território das políticas públicas, iniciando nas relações coloniais das Américas. A colonização teve como base um diagrama de poder, que teria como fio condutor o modelo de conquista do outro, a escravização e exploração de africanos e ameríndios, que eram submetidos aos trabalhos forçados, maus tratos, confinamento e sedentarização em aldeamentos e internatos. A colonização constituiu um dispositivo que, ao mesmo tempo em que integra, aniquila aquilo que difere. Neste caso, o disciplinamento dos indígenas compreendido como confinamento e práticas escravocratas e de trabalho forçado começa a ser delineado diante de uma questão social a qual se produz a partir dessas estratégias disciplinares, formulando-se assim, políticas públicas voltadas para as populações indígenas, contemplando com isso um investimento biopolítico.

Ressalta-se que, anterior ao ano de 1910, não haviam políticas de saúde voltadas para as populações indígenas, o que ocorria eram atendimentos esporádicos por parte dos missionários. A partir de 1910, com a criação do SPI, é que se deu início ao processo de intervenção na saúde indígena, por parte do Estado, visando a proteção e o enquadramento progressivo das populações indígenas no sistema produtivo nacional em razão da necessidade de pacificação das relações entre governo e os povos indígenas:

A operação de nacionalização em que se intenta equacionar propriedade da terra e cidadania é objeto não do campo da saúde, mas do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Nesse caso, não se tratava de um investimento biopolítico na saúde das populações indígenas. A saúde das populações indígenas entrava como um recurso de controle. O fazer viver ou deixar morrer organizava-se com base na propriedade da terra, e não na cidadania – propriedade da terra da Nação, e não das populações indígenas, pois a figura existencial era “índios do Brasil”. (BERNARDES, 2011, p. 157).

Ainda, de acordo com Bernardes (2011), apenas em 1942 que a vida indígena se torna objeto de políticas públicas, em função da vida articulada a terra, mas não diretamente à saúde. Neste caso, esse investimento na vida indígena teve como premissa a tutela do Estado sobre a vida, o que se justificou em práticas de

significação, estando de um lado as populações brasileiras como “civilizadas” e por outro lado os indígenas, considerados “menos civilizados”.

Desta forma, o sentido da tutela poderia ser observado enquanto legislação perniciosa, visto que os indígenas eram considerados "relativamente incapazes", criando com isso uma relação de submissão e dependência. Em função dos indígenas serem vistos como obstáculos ao desenvolvimento e uma ameaça à segurança nacional, essa prática tutelar suprimia a oportunidade das populações indígenas decidirem sobre o seu destino, mantendo-as à margem das discussões e decisões sobre políticas e programas a elas destinados. (BERNARDES, 2011).

Conforme Ramos (2003), a forma de tutelar os indígenas se baseava na ideia de que, quanto mais distantes estivessem as populações do modelo final de comportamento, mais incapazes seriam de gerir seu próprio destino, levando assim a necessidade de tutela do Estado, por meio de um controle coercitivo que permitisse aos agentes do Estado brasileiro impor determinados comportamentos, sem levar em consideração as diferenças culturais de cada povo.

Para tanto, essas relações de poder tanto poderiam ser forjadas em um determinado local da cultura como também serem condições de novas possibilidades para que outra cultura existisse.

Conforme Clastres (2014), o Estado em seu discurso etnocêntrico de superioridade de sua existência cultural acaba inferiorizando outros modos de vida, outras culturas, “[...] a alteridade cultural nunca é apreendida como diferença positiva, mas sempre como inferioridade segundo um eixo hierárquico” (p.81). Neste sentido, o núcleo da cultura ocidental reconhecido como Estado assume um papel hierárquico superior e com isso suprime a indianidade dos povos indígenas com o intuito de transformá-los em cidadãos brasileiros.

[...] O Estado se quer e se proclama o centro da sociedade, o todo do corpo social, o mestre absoluto dos diversos órgãos desse corpo. Descobre-se assim, no núcleo da substância do Estado, a força atuante do Um, a vocação de recusa do múltiplo, o temor e o horror da diferença. Nesse nível formal em que nos situamos atualmente, constata-se que a prática etnocida e a máquina estatal funcionam da mesma maneira e produzem os mesmos efeitos: sob as espécies da civilização ocidental ou do Estado, revelam-se sempre a vontade de redução da diferença e da alteridade, o sentido e o gosto do idêntico e do Um. (CLASTRES, 2014, p. 83).

De acordo com Bernardes (2011), citando a teoria de Foucault, esse poder sobre a vida também denominado de biopoder, fez com que as estratégias de poder

tivessem atuação e ou gerenciamento sobre o viver, sobre as formas de vida, poder esse que não mais deixa viver e faz morrer, mas sim, faz viver e deixa morrer. "Um biopoder que encontra, na vida, seu foco de investimento mediante estratégias biopolíticas" (p. 155). Para a autora, a vida começa a ser objeto das relações de força e de práticas de significação, fazendo com que esta não seja mais um fato, mas sim uma forma de viver.

A dignidade da vida das populações indígenas era condicionada ao "grau de civilização" que essas populações assumissem, e a tutela tornou-se o mecanismo mediante o qual se criaram as condições para esse processo "civilizatório". Nesse sentido, mesmo com "graus de civilização" maiores, os direitos indígenas encontravam-se condicionados à tutela. A tutela tornou-se um instrumento biopolítico de inscrever o direito à vida das populações indígenas em um estatuto de exceção: "índios do Brasil". A responsabilidade/tutela do Estado pelas populações indígenas engendra-se em um "estado de necessidade interna", de salvaguardar o desenvolvimento da Nação. É necessário tornar as populações indígenas "índios do Brasil", porém sob um diagrama que coloca essas vidas frente a um limiar de politicamente relevantes ou não. O fazer viver ou o deixar morrer irá organizar-se sob a articulação entre "civilização", Nação, necessidades. (BERNARDES, 2011, p.161).

Seguindo Foucault (2008), até o século XVIII, as estratégias de poder edificavam-se disciplinarmente estando o corpo individual de um lado e a sociedade de outro, mas a partir do século XIX, o processo de modernização e urbanização na Europa e, posteriormente, na América Latina, com a conformação dos Estados independentes que adotaram um modelo eurocêntrico, passou a repercutir não somente nos corpos individuais, mas sim no conjunto desses corpos, assim reconhecido como população. Com isso, as práticas de significação se modificam, perpassando da tríade indivíduo-corpo-sociedade para população-espécie-cidade, fazendo com que essas práticas de significação passem por distintos modos de poder. (BERNARDES, 2011).

O biopoder começa agir como um mecanismo de disciplinamento dos corpos, e para tanto, de acordo com Fassin (2012), a saúde pública parece inscrever-se neste quadro, já que pretende impor normas individuais de condutas saudáveis, como também organiza o conhecimento epidemiológico e a administração sanitária das coletividades humanas, que nas políticas contemporâneas reflete em duas formas de vida, a biológica e a em sociedade, sendo que a vida biológica serviria para justificar ou fundamentar a vida em sociedade.

No entanto, ainda conforme Fassin (2012), a vida não se resume em uma distinção entre um fenômeno biológico e outro político. Neste caso, há um

significado mais amplo dessa vida, na qual as memórias dos atores sociais e suas narrativas passam a ser primordiais para a compreensão dos mecanismos das desigualdades sociais, tendo em vista que, "as políticas da vida não são, portanto, apenas as políticas dos vivos, elas são também políticas do vivido". (p. 385).

A partir das discussões pertinentes à biopolítica e o biopoder, Fassin (2012) propôs uma "antropologia das políticas da vida", incorporando-se a autoridade dos saberes e os usos do poder, violências estruturais e as desigualdades sociais na consideração das condições objetivas e experiências subjetivas de avaliação das existências. Enquanto o biopoder (e as biopolíticas) referem-se às intervenções nos corpos e nas populações, beneficiando a vida de certos grupos ou pessoas em detrimento da de outros grupos ou pessoas, as políticas da vida reportam-se à economia moral em torno dos valores os quais servem de base às escolhas feitas pelas sociedades contemporâneas sobre as questões que envolvem a existência física, e também a existência social dos indivíduos. Expressa uma tensão entre a valoração social da vida política (*bios*) – a vida qualificada, a existência política, "o modo de vida próprio a um grupo" e a da vida biológica (*zoe*) – a vida nua, a existência física, "o simples fato de viver". (nos termos de Giorgio Agamben, retomados por Fassin).

No cenário histórico-político do Estado brasileiro, que modelou suas relações com os coletivos indígenas em termos de tutela e de controle da vida como biopoder, abro uma série de questões que percorrerão a tese: como se dão as transformações contemporâneas que idealizam uma relação intercultural com esses sujeitos antes tutelados e destituídos de cultura? Como se dá na prática a produção de saúde indígena em renovadas "políticas da vida", que a princípio se embasariam numa relação mais horizontalizada de sujeitos e saberes?

Para ampliar essas questões, cabe indagar no contexto contemporâneo de políticas indigenistas e de saúde dos povos indígenas.

3.2 Políticas de saúde indígena na contemporaneidade

O direito à saúde e o direito à vida para todos os povos de diferentes nações é garantia constitucional prevista na Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu art. 25, de 1948 e reafirmada pelo Pacto Internacional sobre Direitos Civis e

Políticos das Nações Unidas, 1966a, art. 6. Cada documento deixa claro o objetivo de contribuir para a dignidade humana, reconhecendo direitos iguais e inalienáveis.

A Convenção n° 169, a respeito dos povos indígenas e tribais, adotada na 76ª Conferência Internacional do Trabalho (OIT) em 1989, constitui o primeiro instrumento internacional vinculante que trata especificamente dos direitos dos “povos”¹⁵ indígenas e tribais. O documento busca garantir que nenhum Estado ou grupo social tem o direito de negar a identidade a um povo indígena ou tribal que como tal ele próprio se reconheça.

No Capítulo I, art. 5º da Convenção n° 169 da OIT, os valores e práticas sociais, culturais, religiosos e espirituais desses povos deverão ser reconhecidos e a natureza dos problemas que enfrentam, como grupo ou como indivíduo, deverá ser devidamente levada em consideração. Neste sentido, no Capítulo V, art.25, os governos têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade de serviços de saúde adequados, por meio da dotação dos recursos necessários para desenvolver e executar esses serviços sob sua própria responsabilidade e controle a fim de que que possam desfrutar do maior nível possível de saúde física e mental.

Ainda, outros direitos na área da saúde indígena foram reconhecidos na mesma Convenção como o direito à medicina tradicional indígena, seus métodos de prevenção, práticas de cura e medicamentos tradicionais, trazendo com isso uma abordagem mais holística para a saúde; direito à formação dos trabalhadores de saúde pertencentes aos próprios povos indígenas; bem como, o direito a serviços de saúde no âmbito das políticas públicas nacionais e globais sem qualquer tipo de discriminação.

Com foco em torno dos conhecimentos tradicionais, primordialmente no tocante aos recursos genéticos e sua utilização, a Convenção sobre Diversidade Biológica, das Nações Unidas do ano de 1992, registra um importante constructo legal que teve como marco das discussões, as negociações em torno dos conhecimentos tradicionais. Neste sentido, qualquer acesso a conhecimentos tradicionais referentes à utilização dos recursos genéticos passou a exigir negociações formais com consentimento entre os envolvidos, e também a garantia de repartição de eventuais benefícios com as populações tradicionais, nas quais

¹⁵ O termo “povos” caracteriza segmentos nacionais com identidade e organização próprias, cosmovisão específica e relação especial com a terra que habitam. (CONVENÇÃO N° 169 da OIT de 1989)

negociações deveriam ser intermediadas ou ratificadas pelo Estado. (CUNHA, 2009).

Seguindo Cunha (2009, p.317), o constructo legal em torno dos conhecimentos tradicionais, “[...] encerra vários pressupostos quanto ao status, à natureza, à produção e à circulação de conhecimentos, sejam eles “tradicionais” ou “científicos”. É a partir então desse constructo que os direitos e reconhecimento dos conhecimentos tradicionais, aqui em especial dos povos indígenas, passa ter maior visibilidade entre grupos de interesse transnacionais, políticas nacionais, subnacionais e locais, política indígena e indigenista, com o intuito de maximizar a redução entre “[...] complexidade do conhecimento tradicional à do conhecimento científico: fecham-se deliberadamente os olhos para os aspectos que os diferenciam, na esperança de uma universalidade que os transcenda”. (CUNHA, 2009, p. 317).

A primeira e mais importante consequência do novo constructo legal é a definição ou redefinição da relação entre pessoas e conhecimento. [...] a convenção fala em “detentores” e não em “proprietários” de conhecimentos tradicionais. Também fala em “soberania” e não em “domínio” ou “propriedade” de Estados nacionais sobre recursos genéticos. (CUNHA, 2009, p. 317).

Cabe ressaltar que, o constructo legal a que se refere Cunha (2009) não centralizava os interesses nos direitos indígenas, mas sim em seus recursos genéticos. De acordo com a mesma autora, tanto a Índia quanto o Brasil lideraram o bloco dos países megadiversos¹⁶ nos casos de maior notoriedade de licenciamento compulsório (como o caso de fabricação de produtos genéricos ignorando a vontade dos detentores das patentes), invocando a saúde pública e argumentos diversos que pudessem justificar a quebra dessas patentes. Mas foi somente no ano de 2000 que, por intermédio da Conferência sobre Comércio e Desenvolvimento é que houve uma discussão mais ampliada sobre os “[...] sistemas e experiências nacionais para a proteção de conhecimento, inovações e práticas tradicionais” e concomitantemente a realização do trabalho da OMS que “[...] começava a examinar o tema da repartição de benefícios em casos de uso comercial da medicina tradicional”. (CUNHA, 2009, p. 324-325).

¹⁶ Os países megadiversos eram constituídos por uma coalizão que incluía quase todos os países tropicais da América Latina e do Sudeste Asiático, além da China e de vários outros países africanos. (CUNHA, 2009, p. 322).

Retomando as questões relativas especialmente à saúde dos povos indígenas, a partir de 1993, a Organização Panamericana de Saúde (OPS), aprovou no continente americano a iniciativa de saúde para os povos indígenas, baseada na necessidade de adotar um conceito mais holístico da saúde pelas equipes profissionais que atuam com a saúde indígena, além de buscar garantia aos direitos de autodeterminação e participação sistemática dos povos indígenas, respeitando a cultura indígena e sua revitalização, objetivando com isso que haja reciprocidade nas relações entre os diversos atores sociais envolvidos. (CEPAL, 2014).

Especificamente, a Resolução V da OMS/OPAS (1993), firmou o compromisso de reconhecer, valorizar e resgatar a riqueza e sabedoria cultural ancestral dos povos indígenas e promoveu atividades coordenadas com organizações tanto governamentais como não governamentais para melhorar as condições de vida e saúde dos povos indígenas em seus países. No referido documento foi reconhecida que as condições de vida e saúde dos indígenas são deficitárias, expressam alta taxa de mortalidade por causas evitáveis, acentuada desigualdade social em relação à população não indígena, também considerando a necessidade de fortalecimento da identidade indígena e a contribuição singular desses povos para manter a diversidade étnica e cultural das Américas, destacando a necessidade de reavaliar e respeitar os valores e a integridade das práticas sociais, culturais, religiosas e espirituais dos povos indígenas, incluindo os que se relacionam com a promoção, manutenção da saúde, tratamento de doenças e enfermidades e reiterando a importância da estratégia de transformação dos sistemas nacionais de saúde e do desenvolvimento proposto de modelos alternativos de cuidados ao nível dos sistemas locais de saúde.

Apesar da conquista pelo reconhecimento dos direitos dos povos indígenas na área da saúde, a efetiva participação democrática desses povos nos debates relacionados à elaboração das políticas públicas diversas, ainda era algo inexpressivo.

Desta forma, no âmbito geral das políticas públicas, no que diz respeito à participação política dos povos indígenas da América Latina, a década de 1990 foi marcada por lutas contra a erradicação da pobreza e exclusão por meio dos setores da sociedade organizada nos vários países da região, afirmando que os indígenas ainda eram os maiores excluídos da sociedade, considerados os excluídos da política, da economia, da sociedade e da cultura nacional, sendo necessária uma

participação mais efetiva desses povos nas discussões pertinentes aos direitos para essas populações. (MURRIETA, 2003).

Conforme cita Cunha (2009), também na década de 1990, a Organização das Nações Unidas buscou fortalecer os apoios às reivindicações dos povos indígenas, lançando a “Década dos Povos Indígenas”, criou também o Grupo de Trabalho sobre Populações Indígenas e o Foro Permanente, que por intermédio desses grupos fez com que as organizações e coalizões indígenas internacionais emergissem como importantes atores políticos.

[...] las últimas tres décadas son testigos del evidente debacle y transformación de la antigua política indigenista que buscaba integrar al indígena dentro de la sociedad nacional sin tomar en cuenta la diversidad cultural de estos. Prevalecen todavía, cuestionadas legislaciones y políticas de cuño asimilacionista-proteccionista en casi todos los países latinoamericanos. La antigua tradición indigenista, caracterizada por el integracionismo y el paternalismo, cedió paso, de forma paulatina, a nuevas políticas basadas en la participación, la concertación de intereses y el fomento de formas de desarrollo de los pueblos indígenas dentro del proceso de desarrollo nacional. (MURRIETA, 2003, p.18).

Em consonância com Murrieta (2003), a OMS/OPAS (1993) recomendou algumas estratégias para a melhoria da saúde dos povos indígenas das Américas:

- A participação efetiva de líderes e representantes dos povos indígenas na formulação das políticas públicas e estratégias de saúde.
- A necessidade de garantir maior acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde de qualidade.
- O fortalecimento da capacidade administrativa, técnica e gerencial das instituições nacionais e locais responsáveis pela saúde dos povos indígenas.
- A necessidade de implementar ações intersetoriais que incluam a participação de governos, organizações não governamentais, universidades, centros de pesquisa e organizações indígenas.
- A formação de redes de informação e colaboração recíproca entre organizações diversas envolvidas com a saúde indígena.
- Promover a transformação dos sistemas de saúde por meio do apoio ao desenvolvimento de estratégias alternativas de cuidado à saúde, como a medicina tradicional.
- A promoção da saúde e de programas de prevenção de enfermidades.

Reafirmando as estratégias previstas nos documentos da Convenção 169 da OIT e a OMS/OPAS (1993), de acordo com o relatório da *División de Población*

de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), de novembro de 2014, a OMS também abordou a temática saúde dos povos indígenas de maneira bastante pontual em 1997, estabelecendo um programa de medicina tradicional que teve os seguintes objetivos: apoiar as terapias tradicionais nos estados e nas instituições de saúde; promover a definição de políticas nacionais em prol da saúde indígena; incentivar o uso de plantas medicinais com base em normas internacionais, além de desenvolver normas técnicas e pesquisas científicas sobre as plantas e terapias tradicionais.

Após 13 anos que a OMS/OPAS obteve aprovação no continente americano referente às estratégias que deveriam ser tomadas para a melhoria da saúde dos povos indígenas, em 2006 a Organização em questão retomou a mesma discussão, elencando importantes obstáculos vivenciados no acesso dos povos indígenas aos serviços de saúde, tais como a falta de formação dos trabalhadores interculturais e de saúde; o fato de que as decisões políticas e econômicas foram feitas sem a participação dos povos indígenas; as desigualdades econômicas, além das visíveis fragmentações, rivalidades e lutas de poder entre as organizações Indígenas. (CEPAL, 2014).

Ao longo da trajetória histórica da saúde indígena mundial foram possibilitados vários diálogos entre diferentes atores sociais, nos quais tensões foram sendo estabelecidas e pontos nevrálgicos elencados. Partindo desses fatos, os direitos dos povos indígenas foram ratificados na Declaração das Nações Unidas (2007), reforçando a igualdade entre os povos, e o seu direito de reconhecimento por serem diferentes e de serem respeitados como tais.

Reconhece-se, portanto, o direito à autodeterminação destes povos, permitindo-lhes determinar livremente as suas relações com os Estados em um espírito de convivência, benefício mútuo e pleno respeito, definindo o seu estatuto político e assegurando livremente o seu desenvolvimento econômico, social e cultural, mas também tendo o direito de manter e reforçar suas próprias instituições política, jurídica, econômica, social e cultural.

Neste contexto, os povos indígenas têm o direito de desfrutar plenamente os mais altos níveis de saúde física e mental, e com ele, como povos, têm o direito de promover, desenvolver e manter seus próprios sistemas de cura, conhecimento, medicamentos, práticas e instituições de saúde.

Seguindo o relatório CEPAL (2014), no ano de 2011 os povos indígenas elencaram novamente algumas prioridades sobre saúde para que fossem pontos de discussão na etapa preparatória da Conferência Mundial sobre os povos indígenas das Nações Unidas, onde algumas temáticas foram recorrentes de outros documentos mencionados anteriormente, tais como a necessidade de assegurar que os povos indígenas desfrutem de serviços de saúde com igualdade e sem discriminação; promover o respeito pelos modos de vida tradicionais, garantir alimentação adequada, acesso à água potável e ar sem exposição aos poluentes; e assegurar o fornecimento e monitorização dos serviços de cuidados e prevenção da violência contra as mulheres e os jovens.

A síntese desse percurso histórico de lutas dos povos indígenas pelo acesso à saúde com dignidade se resume no Capítulo IV do relatório CEPAL (2014), em uma passagem do item que trata dos direitos humanos dos povos indígenas à saúde e as brechas de implementação:

[...] existe un estándar de derechos en materia de salud para los pueblos indígenas, que establece el derecho individual al más alto nivel de salud y, de manera complementaria, el acceso al bienestar entendido según las epistemologías indígenas, que abarca las dimensiones de un acceso culturalmente adecuado, e incluye la espiritualidad y la madre tierra. Estos derechos se inscriben y tienen sentido en el marco general del reconocimiento de la autonomía y de los derechos territoriales y de participación, sobre la base del respeto del consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas. En consecuencia, el mejoramiento de las condiciones de vida, del bienestar y de la salud de los pueblos indígenas no puede concebirse como algo que compete solo al sector de la salud y al desempeño de los servicios de atención sanitaria, sino que se requiere la formulación de estrategias integrales e intersectoriales, puesto que las brechas en la implementación del derecho a la salud son el resultado de la subordinación sociopolítica actual, la degradación y el despojo de sus territorios, y la violencia que los afecta. (CEPAL, 2014, p.208).

Conforme Oyarce e Pedrero (2007), vários países reconhecem explicitamente que essas políticas fazem parte do quadro conceitual de modelos de saúde intercultural (conforme ampliaremos no seguinte tópico deste capítulo). Porém, as conceituações, orientação e a ênfase no funcionamento deste conceito ainda são muito heterogêneas no decorrer da implementação das políticas de saúde indígena, visto que apresentam uma grande variabilidade social de acordo com o tipo de organização do sistema de saúde formal, assim como as visões de mundo particulares e o grau de controle cultural e territorial sobre as medicinas tradicionais de cada povo indígena. Logo, são necessários progressos no reforço do sistema de

vigilância intercultural, para o qual se deve incluir a identificação étnica na saúde além de apresentar claramente indicadores culturalmente relevantes para a saúde indígena.

Assim como a trajetória brevemente descrita em documentos como a Convenção 169 da OIT, a OMS/OPAS (1993), a Declaração das Nações Unidas e outros mencionados no relatório CEPAL (2014), o Brasil também vem apresentando um percurso expressivo referente aos direitos dos povos indígenas ao acesso à saúde e a efetiva participação destes nas discussões das políticas públicas.

Como foi mencionada, a Política indigenista ao longo da história do Brasil foi modelada pela marcante interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira. A criação do SPI em 1910 chamou a atenção do Estado referente à assistência à saúde indígena. Esse modelo estava claramente fundamentado nos padrões eurocêntricos de assistência médica curativa desenvolvida pelos médicos que se deslocavam às aldeias ou aos hospitais indígenas para tratamento de doenças infecciosas que já causavam elevado número de mortalidade. (LIMA, 1992).

Já, em 1964, com a criação da FUNAI, é que se apresenta a forma mais evidente da política brasileira de saúde indígena, com o auxílio do Ministério da Saúde buscou garantir ações esporádicas de saúde em áreas indígenas, com a participação de equipes volantes formadas por profissionais de saúde que desempenhavam suas ações no controle de epidemias.

Ambos os órgãos tinham como atribuições prestar assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros.

Conforme Oliveira (1976), ao longo do tempo de contato interétnico a relação entre Estado brasileiro e povos indígenas se caracterizou pelo objetivo explícito de assimilação desses povos. Mas a partir de 1970 é que se torna marcante o começo de um processo de organização de luta pelos direitos indígenas e, principalmente, na defesa dos Direitos Humanos.

Anterior a Constituição Federal de 1988, historicamente a construção das políticas públicas brasileiras estiveram pautadas pelo atendimento a uma cidadania genérica e abstrata, artificialmente criada pela elite política, eurodescendente e

eurocentrada, na qual a repressão à diversidade sociocultural era uma prática constante, seja em função das populações autóctones e ou pelos grupos denominados minoritários (imigrantes, negros ou os mestiços), populações estas simbolicamente domesticadas pela modernidade, urbanização e pelo poder tutelar mais especificamente representado pelo Estado.

Já, em 1990, um conjunto de decretos da Presidência da República retirou da FUNAI boa parte de suas atribuições nas áreas de saúde, educação e de preservação cultural, fazendo com essas responsabilidades fossem repassadas para os ministérios equivalentes, já que esses tinham gerência sobre essas políticas públicas para o conjunto da população brasileira. “A medida ampliou o conjunto de instituições de governo atuantes na questão indígena, tornando mais complexo o cenário político do indigenismo”. (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003 *apud* GARNELO, 2012, p.20).

Sendo assim, até 1990, a Política indigenista, aí incluídas as ações de saúde, era de responsabilidade exclusiva da FUNAI. Por consequência, o Ministério da Saúde não acumulou experiência no desenvolvimento de Políticas de saúde específicas para as minorias étnicas até o presente momento.

Em 1999 foi criado o subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas como forma de organização dos serviços de saúde destinados à população indígena. Os DSEIs são unidades organizacionais da FUNASA e deveriam ser entendidos como uma base territorial e populacional subresponsabilidade sanitária claramente identificada, enfeixando conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do SUS, para referência e contrarreferência, composto por equipe mínima necessária para executar suas ações e com controle social por intermédio dos Conselhos Locais e Distrital de Saúde, cujo objetivo maior foi criar um espaço institucional importante de diálogo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, estreitando assim, as relações do Estado com essa população alvo. (BRASIL, 1999 a; BRASIL, 1999 b).

A criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas foi fruto de uma intensa mobilização de lideranças indígenas e profissionais de saúde iniciada no final da década de 1980 a partir da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (1986) que convocou a 1ª. Conferência Nacional de Saúde Indígena. A 8ª. Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi um momento histórico na Política de saúde brasileira

ao consolidar as propostas do Movimento da Reforma Sanitária num documento que veio se tornar a base do SUS a ser instituído pela Constituição Federal promulgada em 1988. A nova Constituição Federal também conferia aos índios a cidadania plena e, conseqüentemente, o direito à saúde como todo cidadão brasileiro.

Como marco da saúde indígena no Brasil, a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, citada anteriormente, fez com que a saúde indígena emergisse como política própria, e não mais como eixo de outras estratégias políticas, em função da incorporação do direito como sistema de referência por parte dos movimentos indígenas conjuntamente com outros movimentos sociais. Essas modificações foram frutos dos campos de lutas, por parte dos indígenas, que buscaram tornar diferente aquilo que a cultura produzia como igual, não ignorando mais os sistemas de representação, os valores e as práticas desses povos, ou seja, essa mecânica passa a tornar o outro não somente em termos de direitos, mas sim de práticas de significação. (BERNARDES, 2011).

Assim, pensando numa política específica para a saúde indígena, retomo a questão dos Distritos Sanitários, que foram pensados para atenderem as especificidades dos povos indígenas, tanto por questões sociais, culturais e ou geográficas.

Conforme Brasil (2004), os DSEIs, têm em sua composição postos de saúde dentro das Terras Indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN), onde cada aldeia/comunidade conta com a atuação destes agentes com atividades vinculadas a um posto de saúde para acompanhamento de tratamentos médicos, atendimento aos casos de doenças mais frequentes e prestação de serviços de primeiros socorros, por meio dos pólos-base, que se constituem na primeira referência para os AIS que atuam nas aldeias. Esses pólos podem estar localizados numa comunidade indígena ou num município de referência, neste último caso correspondendo a uma unidade básica de saúde já existente na rede de serviço daquele município, sendo que cada pólo cobre um conjunto de aldeias e sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realizar a capacitação e supervisão dos AIS.

Cada pólo-base está estruturado como Unidade Básica de Saúde e contam com a atuação de uma equipe multidisciplinar de saúde indígena, composta principalmente por médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem. Já, as CASAI se localizam em municípios de referência, inclusive, algumas nas capitais dos

estados, que estão sendo readaptadas, considerando as especificidades da saúde indígena para facilitarem o acesso da população de um ou mais Distritos Sanitários ao atendimento secundário e ou terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS.

Além da estrutura física e humana mencionada anteriormente, existem os conselhos de saúde locais e distritais, que foram criados para exercerem o controle social das metas do plano distrital e desempenho das ações de saúde, como também da definição e da aplicação orçamentária. De acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, FUNASA (2002), toda esta organização foi pensada para garantir a extensão dos princípios de universalidade, integralidade e equidade afirmados pelos SUS à população indígena, bem como a participação dos indígenas no planejamento e na fiscalização das ações de saúde, o respeito às práticas indígenas de cura e sua articulação com os serviços biomédicos oferecidos pelo SUS a toda população brasileira, buscando reconhecer a eficácia da medicina indígena e o direito desses povos à sua cultura.

Cabe ressaltar aqui, ainda com foco nas CASAI, que de acordo com a PORTARIA Nº 254, DE 31 DE JANEIRO DE 2002, estes espaços para além das unidades de referência do SUS foram criados para receber pacientes e seus acompanhantes encaminhados pelos DSEI; alojar e alimentar pacientes e seus acompanhantes durante o período de tratamento; estabelecer os mecanismos de referência e contrarreferência com a rede do SUS; prestar assistência de enfermagem aos pacientes pós-hospitalização e em fase de recuperação; acompanhar os pacientes para consultas, exames subsidiários e internações hospitalares; fazer a contrarreferência com os Distritos Sanitários e articular o retorno dos pacientes e acompanhantes aos seus domicílios, por ocasião da alta.

Embora denominadas Casas de Saúde Indígena, essas estruturas não foram pensadas para executarem ações médicoassistenciais, tendo em vista que foram criadas para recepção e apoio ao índio, que vem referenciado da aldeia/pólo-base, além de se responsabilizarem pelo agendamento dos serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o paciente tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte a exames e tratamento especializados, fazer serviço de tradução para os que não falam a língua portuguesa e viabilizar seu retorno à aldeia, em articulação contínua com os DSEI.

Mas para que toda essa logística da saúde indígena possa ser implementada, além das questões interculturais, dos profissionais que fazem parte dessa articulação entre os diferentes saberes de cura, os papéis desempenhados pelos DSEI dentre outros fatores, cabe ressaltar que os recursos financeiros são essenciais para o funcionamento da política de atenção aos povos indígenas. De acordo com a FUNASA (2002), em sua proposta inicial, o financiamento dos Distritos Sanitários é majoritariamente público, composto por recursos orçamentários do Ministério da Saúde, com complementos dos estados e municípios que têm populações indígenas em suas áreas territoriais, sendo que a distribuição desses recursos seria feita segundo critérios populacionais, perfil epidemiológico e características geográficas. Ademais, alguns auxílios também podem ser provenientes de cooperações mútuas internacionais e ou da iniciativa privada.

Retomando novamente o resgate histórico da saúde indígena no país, no ano de 2000, foi lançada a primeira edição da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, e em 2002 ocorreu o lançamento de sua segunda edição. Em referência às práticas indígenas de autoatenção à saúde, o documento reconhece "a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura". (BRASIL, 2002, p. 13).

O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, [aos] valores e [às] práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. (BRASIL, 2002, p. 18).

Assim, a base das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas são os sistemas tradicionais indígenas, respeitando, sobretudo as características culturais de cada grupo étnico, cujas "práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e é o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem". (BRASIL, 2002, p. 17).

No que concerne especialmente às questões culturais, essas têm importante papel na implementação das políticas públicas de saúde indígena a partir de 1988, por meio da Constituição Federal, na qual a sociedade brasileira, por ordenamento jurídico, passou a ser reconhecida como sociedade pluriétnica e multicultural. Desde então fez-se necessário estruturar as políticas públicas a partir do direcionamento pelo respeito e atendimento aos direitos diferenciados, em qualquer um dos níveis

das esferas públicas do país, dando visibilidade e devida importância aos costumes e valores consuetudinários (tradicionais) específicos. Neste caso, enfatizam-se as comunidades indígenas existentes em território nacional, uma vez que são autóctones e têm seus direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, como também terem reconhecidos seus costumes, línguas e cosmovisão próprias.

No ano de 1990, de acordo com Fajardo (2009), paralelamente às reformas de Estado e inserido no contexto da globalização, o multiculturalismo passou a ser uma temática importante dentro do contexto das discussões referentes às políticas públicas. Isso provocou uma mudança política na maioria dos países latino-americanos, fazendo com que os povos indígenas começassem a demandar reconhecimento “[...] não apenas como “culturas diversas”, mas como nações originárias ou sujeitos políticos coletivos com direito a participar nos novos pactos do Estado, que se configurariam, assim, como Estados plurinacionais”. (p.27).

A partir do direito pelo reconhecimento das culturas diversas pelo Estado, o multiculturalismo e a plurietnia têm gerado algumas implicações para essa esfera, não somente no contexto da existência de um direito individual, estendido às comunidades indígenas, mas sim, consubstanciando numa maior abrangência que vem acarretando como dever do Estado o de prestar políticas públicas adequadas à diversidade cultural. Neste sentido, os direitos sociais devem se modelar às práticas culturais da heterogeneidade étnica, buscando atender as demandas da coletividade e ao mesmo tempo, devendo respeitar a multiplicidade de identidades culturais, tanto no plano individual quanto coletivo.

Esse reconhecimento pela condição multicultural e pluriétnica que a sociedade brasileira passou a ter a partir da Constituição de 1988, partiu do pressuposto da efetivação da cidadania indígena nos termos propostos pela Convenção 169 da OIT de 1989 e pela Declaração da ONU sobre os direitos dos povos indígenas de 2007, reconheceu juridicamente os direitos políticos e sociais desses povos, incluindo autonomia de decisão, direito à representação política nas instâncias do poder legislativo do Estado, dentre outros, além do direito ao protagonismo na formulação e controle sobre as chamadas políticas públicas do Estado.

[...] *En América Latina la tendencia es hacia el desarrollo de Estados democráticos, multiétnicos, pluriculturales y multilingües. Los pueblos indígenas por otro lado nos enseñan que es posible preservar las diversas culturas e identidades, que es posible organizarse en nuevas formas sociales, y que la política no solo debe verse en términos puramente económicos y sociales, sino también considerando la cultura como elemento indispensable e inseparable de la democracia. (MURRIETA, 2003, p.27).*

Acontece é que ainda alguns países (incluindo o Brasil) têm apresentado certo distanciamento da efetivação das propostas sobre o reconhecimento jurídico dos direitos políticos e sociais dos povos indígenas, abordadas por meio da Convenção 169 da OIT de 1989 e pela Declaração da ONU. “Não obstante as tentativas de abrandar a natureza integracionista da legislação e da relação estabelecida com os povos indígenas, ainda é muito presente e atuante o velho *vicio tutelar* do Estado colonialista brasileiro”. (VERDUM, 2009, p. 97, grifo do autor).

Ainda, para o mesmo autor, o *indigenismo brasileiro* apresenta contradições insolúveis, postulando o *relativismo cultural* ao mesmo tempo em que ambiciona como meta “incluir os índios” na sociedade nacional, um trânsito entre um discurso ideológico relativista e um discurso que encobre uma prática integracionista. (VERDUM, 2009, p. 97, grifo do autor).

Contudo, das várias contradições e das tensões que se estabelecem ao longo da história das políticas indigenistas, algumas tentativas de amenizar essa situação têm se apresentado no campo da saúde indígena. Nestas, podemos citar o princípio da atenção diferenciada no qual se refere a situação multicultural de ações e serviços de saúde indígena, expressa na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, de 1986, que buscava avaliar a situação de saúde dos indígenas objetivando com isso criar uma política efetiva para esses povos.

Ainda citando a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, especificamente no que se refere aos sistemas médicos, define-se que as práticas médicas indígenas são sistemas tradicionais de saúde que operam com abordagem holística e se baseiam no princípio de harmonia das relações sociocósmicas. Neste sentido, as práticas de cura são influenciadas pelo modo de vida de cada comunidade indígena e em relação ao que os indígenas têm com o mundo espiritual e a diversidade de seres que habitam o ambiente em que vivem. Brasil (2002, p.16-17) afirma que “Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente da OMS”.

Para Garnelo e Sampaio (2003), a saúde não pode ser constituída como um espaço autônomo, pois se deve levar em consideração “[...] questões mais gerais da cosmologia, da organização das sociedades indígenas e do exercício do poder político, entendido à luz das interações engendradas pelo processo colonizatório”. (p.312).

Considerando que o Estado-nação se constitui em organização política característica da modernidade, a emergência das políticas públicas se constitui em advento moderno a partir do qual o tradicional é definido. A dicotomia tradição/modernidade, que subordina os saberes locais a uma ordem biomédica universal, é estruturante dos discursos oficiais. Então, se este é um fenômeno discursivo característico da modernidade, a categoria tradição se constitui em constructo moderno. Nesse processo, o Estado está construindo objetos híbridos de políticas públicas, sustentados na retórica da tradicionalidade. (FERREIRA, 2013, p. 207).

A tentativa de apropriação das políticas públicas no âmbito da saúde por parte dos indígenas reforça cada vez mais a busca pelos seus direitos constitucionais e o interesse no desenvolvimento de mecanismos que atuem para a melhoria da saúde dos povos indígenas, fazendo com que o reconhecimento pelas práticas tradicionais de cura seja parte integrante do processo de indigenização da modernidade.

A trajetória de décadas de lutas pelos direitos dos povos indígenas no que se refere ao acesso à saúde se apresenta por meio de vários documentos normativos e seus órgãos representativos, conforme demonstrado no quadro1, que sintetiza um pouco a história do Sistema de Saúde Indígena no Brasil. Mesmo após todo este percurso, Costa (2011) relata que o sistema de saúde indígena brasileiro ainda passa por mudanças em todas as esferas (política, econômica, social, cultural, dentre outras), reforçando a idéia de que o país “Atualmente, caracteriza-se por mudanças intensas, desde rápidas modificações em perfis epidemiológicos até a reestruturação do sistema de assistência à saúde indígena”. (p.190).

Quadro 1- Síntese cronológica da Política de Saúde/Saúde Indígena no Brasil

ANO	ÓRGÃO	ATIVIDADE
1910	SPI	Criação da Casa do Índio
1964	FUNAI	Criação de Delegacias Regionais e Pólos de Saúde Indígena
1986		Iª Conferência de Saúde Indígena
1988	BRASIL	Constituição Federal – Direito à Saúde e Direitos Indígenas
1990	BRASIL	Lei 8.080/90 criação do Subsistema de Atendimento à Saúde Indígena SASI
1991	MIM. SAÚDE	Criação da Coordenação de Saúde do Índio - COSAI
1992	MIM. SAÚDE	Criação da Comissão Intersectorial da Saúde do Índio - CISI
1993		IIª Conferência de Saúde Indígena
1994	FUNAI	Decreto nº 1.141/94 responsabilidade da saúde indígena volta a ser responsabilidade da FUNAI através da CISI
1999	MIM.SAÚDE/FUNASA	Decreto 3156/99 e Lei Arrouca – 9836/99 Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas - DSEI's
2001		IIIª Conferência de Saúde Indígena
2002	MIM.SAÚDE/FUNASA	Política Nacional de Saúde -Portaria 254/2002
2003	MIM.SAÚDE	Lei 10.683/03 – Saúde Indígena é função exclusiva e não compartilhada do Ministério da Saúde
2003	FUNASA	Decreto Federal 4.727/03 Saúde Indígena é compartilhada entre Ministério da Saúde e FUNASA com coordenação e execução pelo último
2004	FUNASA	Assume a coordenação dos DSEI's e diminui o papel das ONG's
2006		IVª Conferência de Saúde Indígena
2010	MIM.SAÚDE/ESAI	Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena sob responsabilidade do Ministério da Saúde

Fonte: (COSTA, 2011, p.191).

Assim, mesmo que as políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas apresentem diretrizes que se fundamentam no respeito à pluralidade étnica e multicultural dessas comunidades, a formação dos profissionais que atuam com esses povos e a prática emanada por eles correspondem a um fato que rompe com os paradigmas apresentados na estruturação dessas políticas.

Para Garnelo e Langdon (2005), os profissionais que atuam com saúde se pautam no biologismo e no individualismo, fazendo com que não os habilitem a distinguir uma idiosincrasia individual de um padrão grupal de comportamento, às vezes, excluindo as referências socioculturais de seus pacientes. Isso, possibilita o

atendimento recebido funda-se na assimetria e na subalternização, forjadas por normas e pelas rotinas do espaço sanitário.

Ainda, de acordo com as autoras acima mencionadas, a pluralidade e os confrontos da vida social são ignorados pelos profissionais da saúde, que em alguns momentos desconhecem os fluxos discursivos presentes no ato sanitário, fazendo com que inevitavelmente haja um distanciamento entre o que de fato ocorre na vida social dos pacientes, gerando certas tensões entre as práticas sanitárias propostas pelas equipes de saúde e como essas práticas são apropriados pela população que as recebe. A diversidade de saberes relativos às práticas sanitárias presentes na saúde pública “[...] não gozam de uma garantia apriorística de hegemonia, sendo mais um, entre tantas outras práticas discursivas presentes no mercado simbólico dos sistemas de saúde/enfermidade/cuidados”. (GARNELO; LANGDON, 2005, p. 138).

Mesmo com os processos políticos da implantação e implementação dos DSEI, e também da criação do subsistema de saúde e da sua inserção atual nas comunidades indígenas, algumas fragilidades ainda se apresentam em relação às formas de representação e participação dos povos indígenas e também do real papel dos AIS, que a eles deveria caber a função de estabelecer o elo entre a comunidade indígena e os profissionais de saúde, além de promoverem a articulação entre as práticas tradicionais indígenas e o sistema de saúde oficial.

O papel do AIS é considerado central na realização do princípio da atenção diferenciada, ou seja, na oferta de serviços de saúde sensíveis ao pluralismo e à diversidade cultural, incorporando o direito da comunidade de participar, individual ou coletivamente, em seu planejamento, execução e avaliação. (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012, p. 819).

Para Garnelo e Langdon (2005), os primeiros anos da existência dos DSEI exigiram a superação de vários problemas organizacionais para garantir serviços de saúde em todas as áreas indígenas do país, visto que estas se caracterizavam por situações divergentes de contato com a sociedade envolvente, além do controle das condições de vida e acesso aos serviços de saúde.

Em termos gerais, ao longo da trajetória de implementação da política de atenção à saúde dos povos indígenas até a atualidade percebe-se existir uma compreensão equivocada/distorcida ou até mesmo pouco entendimento sobre o significado e a importância da atenção diferenciada por parte dos profissionais que trabalham com saúde indígena, e isso se reflete na prática cotidiana de atuação

profissional, ou seja, ainda é o modelo médico hegemônico pertencente ao sistema de saúde oficial que continua sendo a base da prestação de serviços entre os povos indígenas.

A partir disso, às vezes em função da incompreensão por parte dos agentes de saúde e demais profissionais envolvidos com a saúde indígena, não percebem que as intervenções sanitárias em processos socioculturais exigem a interação com agentes políticos distribuídos nos mais diversos nichos sociais, é que se estabelecem os pontos de tensão os quais acabam sendo manifestados mais frequentemente em conflitos na arena política e não especificamente na saúde.

Mais de duas décadas se passaram desde a Primeira Conferência Nacional de Saúde Indígena e o modelo de atenção a saúde tem constituído, contudo, objeto da mais variada sorte de denúncias e contestações por parte dos representantes dos povos indígenas e seus aliados políticos devido as influências dos interesses econômicos locais, regionais e globais que se interpõem a qualidade do gerenciamento dos serviços nos âmbitos municipais. (PELLON; VARGAS, 2010, p. 1382).

Diante deste cenário que a saúde pública para os povos indígenas tem se apresentado, o fato do Brasil ser um país de uma vasta riqueza, no que concerne a sua pluralidade cultural, talvez tenha feito com que a abordagem intercultural da saúde venha ganhando a cada dia mais espaço, especialmente, nas áreas de filosofia, teoria política e nas ciências sociais ao longo das últimas décadas, este tem buscado efetivar estratégias de resolução dos inúmeros conflitos etnoculturais surgidos e afinal, apontam pela necessidade de reconhecimento da diversidade etnocultural existente no país.

Portanto, faz-se necessária uma vasta discussão sobre o incentivo das possibilidades e formas de realização das políticas públicas que almejem o reconhecimento das diferenças existentes entre os indivíduos e os grupos culturais minoritários presentes nas sociedades, com foco na busca de analisar os processos identitários, vinculando a necessidade e exigência de reconhecimento para com as identidades. Diante disso, a questão do reconhecimento passa a ser vista como uma necessidade humana vital, já que a formação das identidades individuais e grupais está ligada diretamente a ele. (TAYLOR, 1993).

3.3 Saúde e interculturalidade

A temática da interculturalidade tem sido notória na América Latina entre os anos 1990 e 2000 em diferentes campos da antropologia e mais recentemente, discutindo os processos de saúde/enfermidade/atenção. De aparente simplicidade, embora necessite aprofundamento conceitual, a discussão sobre concepções de saúde e doença em diferentes contextos culturais levam a antropologia para um campo eivado de tensionamentos políticos. (MENÉNDEZ, 2006).

A relação entre cultura e saúde foi amplamente trabalhada pela antropologia ao longo da sua história como disciplina. Estudo das práticas etnomédicas e dos sistemas de medicina interpretavam as diversas práticas terapêuticas numa perspectiva holística, pensando a relação entre cosmologias religiosas e cosmologias médicas. (SAILLANT; GENEST, 2012).

Nessa investida, a antropologia buscava compreender a relação entre saúde e cultura, por meio de estudos que utilizaram, a partir da década de 1920, a medicina como categoria de pesquisa nas culturas não europeias. Esses estudos fundamentaram-se na ideia de que a medicina indígena representava um modo de pensamento qualitativamente distinto do modelo da biomedicina, reconhecendo, por conseguinte não haver uma medicina “primitiva”, mas sim uma pluralidade delas, cada uma ligada à sua cultura particular. A partir disso, é que se introduziram os estudos da etnomedicina como objeto de pesquisa antropológica. (LANGDON, 1996).

O olhar relativista da antropologia exercita a capacidade de respeitar o outro, limita o etnocentrismo da biomedicina, propicia a redução das assimetrias entre saberes científicos e não-científicos e o reconhecimento das necessidades e prioridades dos usuários. (GARNELO; LANGDON, 2005, p.152).

Apesar da introdução dos estudos da etnomedicina na antropologia, a partir das pesquisas realizadas por Buchillet em 1991, a autora constatou que durante muito tempo as práticas médicas tradicionais e suas representações foram vistas como objetos exóticos, desprovidos de coerência e eficácia, caracterizadas como fruto de uma cultura subdesenvolvida e que provavelmente desapareceria com a introdução e disseminação em massa das práticas biomédicas. Entretanto, foi a partir de 1980 que se constataram no Brasil, estudos antropológicos que evidenciassem questões relativas às práticas de cura xamânicas e seus rituais,

práticas preventivas e terapêuticas tradicionais, concepção indígena do corpo e da pessoa, nosologias indígenas, categorias de causalidade, distinção entre doenças tradicionais ou autóctones e aquelas decorrentes do contato interétnico, além dos estudos voltados às modalidades de articulação dos sistemas de saúde. (BUCHILLET, 2007).

Conforme Laplantine (1999), a antropologia da saúde, fiel à tradição relativista da disciplina, passou a considerar todos os sistemas médicos, bem como todos os discursos sobre o corpo, a saúde e a doença, como categorias culturais, qualquer que seja sua procedência, pelo simples fato de que eles existem e dedica-lhes o mesmo interesse.

Para Langdon (2014), enquanto a biomedicina constrói a doença a partir de uma ótica universal, biológica e individual, a antropologia enfatiza o aspecto relacional da doença e as diferenças na construção da pessoa em contextos sociais heterogêneos. Com base nessas premissas, os paradigmas atuais na antropologia da saúde buscam dar conta das variadas formas de sistemas terapêuticos acionados nos processos saúde/doença, procurando ressaltar aspectos como interação entre os sujeitos e a relacionalidade inerentes às práticas sociais.

A perspectiva antropológica requer que, quando se deparar com culturas diferentes, não se faça julgamentos de valor tomados com base no próprio sistema cultural, passando a olhar as outras culturas segundo seus próprios valores e conhecimentos – através dos quais expressam visão de mundo própria que orienta as suas práticas, conhecimentos e atitudes. A esse procedimento se denomina *relativismo cultural*. É ele que permite compreender o porquê das atividades e os sentidos atribuídos a elas de forma lógica, sem hierarquizá-los ou julgá-los, mas somente e, sobretudo, reconhecendo-os como diferentes (LANGDON; WIIK, 2010, p.177-178).

Scopel (2013) reforça a importância da antropologia como mecanismo que “[...] procura desconstruir essa alegoria que opõe o mundo “moderno” ao mundo “tradicional” e busca desnaturalizar os preconceitos que a envolvem” (p. 27), principalmente no que diz respeito ao entendimento ocidental de que a modernidade supera o mundo das tradições. Essa visão, às vezes equivocada, desconsidera a historicidade dos contextos locais onde o moderno e o tradicional são vivenciados, além de não levar em conta que “[...] em muitos casos, as forças cosmopolitas as quais valorizam o moderno podem encontrar ressonância em forças locais fundamentadas em valores tradicionais.” (SCOPEL, 2013, p. 27).

Ressalto aqui, em referência ao “mundo tradicional”, “saberes tradicionais”, torna-se essencial a compreensão de que esta terminologia não significa essencialmente algo estático, imutável, mas algo que vem sofrendo alterações ao longo do tempo em virtude de transformações históricas que cada população vivencia.

[...] Os instrumentos internacionais, quase por definição e com a melhor das intenções, caem em algumas armadilhas. Começam por desconsiderar variações entre regimes específicos de conhecimentos e fundem-se em uma noção homogênea. Tratam o conhecimento tradicional sumariamente no singular, como uma categoria definida meramente por oposição ao conhecimento científico, sem contemplar a miríade de espécies incluídas sob o mesmo rótulo. Uma vez que o conhecimento científico foi tornado uno e universalizado, especula-se [...] a unidade do conhecimento tradicional. Como se o único só pudesse se defrontar com um outro único e não com a multiplicidade. (CUNHA, 2009, p. 364).

É interessante notar que a relevância atual da discussão de interculturalidade pode ser relacionada ao fenômeno referido por Manuela Carneiro da Cunha (2009), em que “cultura” passa a assumir no cenário político contemporâneo um novo papel, servindo de certa maneira como “arma dos fracos”, mormente, no que se refere aos direitos intelectuais sobre os conhecimentos dos povos tradicionais. Retomando Marshall Sahlins, a autora explicita o paradoxo de que, ao mesmo tempo em que a antropologia contemporânea:

[...] vem procurando se desfazer da noção de cultura, por politicamente incorreta (e deixá-la aos cuidados dos estudos culturais), vários povos estão mais do que nunca celebrando sua “cultura” e utilizando-a com sucesso para obter reparações por danos políticos. A política acadêmica e a política étnica caminham em direções contrárias. Mas a academia não pode ignorar que a “cultura” está ressurgindo para assombrar a teoria ocidental. (CUNHA, 2009, p. 313).

Nesse sentido, a autora chama a atenção ao aprofundamento da dimensão política do conceito de cultura, o que podemos articular com a relação entre cultura e saúde.

Pode-se dizer que a relação cultura e saúde ganha na contemporaneidade um espaço social de visibilidade movido pelas lutas políticas de atores minoritários que não se sentem contemplados nos seus direitos integrais à saúde. Esta relação é visibilizada inclusive no olhar dos órgãos transnacionais, como a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), que operacionalizam um enfoque intercultural para as intervenções

nos países da região. Neste sentido, a OMS/OPAS (1998, p. 18) supõe o cumprimento de alguns princípios para a operacionalização do conceito de interculturalidade, tais como: “*Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia; Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad; Democracia cultural; Participación que incorpora la representación, la consulta [...]*”.

Conforme estudos realizados pela CEPAL (2014), ao longo das últimas duas décadas a saúde intercultural vêm mudando consideravelmente, passando por uma concepção de saúde como um processo dinâmico e contínuo de relacionamentos, comunicação e aprendizagem entre culturas, capaz de legitimidade mútua e igualdade construída entre pessoas e grupos com diferentes conhecimentos e práticas culturais e hoje, incrementando as demais concepções ao reconhecimento da pluralidade e da diversidade cultural a qual diferentes culturas interagem e conhecem uns aos outros, permitindo elos entre os sujeitos envolvidos.

Na medida em que houve progresso no reconhecimento dos direitos individuais e coletivos dos povos indígenas, o conceito de saúde intercultural também passou a abranger a promoção de mudanças de fatores estruturais da exclusão, bem como a organização e prestação de serviços de saúde, impulsionando ações para promover a medicina tradicional.

Aunque la mayoría de las iniciativas relativas a la salud intercultural se iniciaron en ámbitos locales, promovidas por organizaciones, comunidades o gobiernos indígenas, la tendencia en la región ha sido la conformación de una base política normativa de salud intercultural. Las reformas constitucionales han servido como marco para promover transformaciones en los sistemas de salud, al reconocerse la identidad colectiva de los pueblos indígenas y, en ese contexto, su derecho al autogobierno, a la participación y al desarrollo de sus propias instituciones y sistemas de salud.

Neste sentido, o relatório supramencionado ressalta que, um dos principais facilitadores para que haja uma compreensão sobre a interculturalidade presente na saúde é que a maioria dos países, incluindo o Brasil, existe legislações próprias que reconhecem os direitos dos povos indígenas ao acesso aos serviços de saúde, com programas próprios para esses povos, mesmo que entre os países se apresente heterogeneidade em conceitos, orientações de saúde, modelos de variabilidade social de acordo com o tipo de organização do sistema de saúde formal que cada país adota, as visões de mundo particulares das pessoas, o grau de controle cultural e territorial sobre medicinas tradicionais e também os recursos que cada território têm para o funcionamento dos sistemas de saúde. (CEPAL, 2014).

Até 2013, os países mencionados nos informes da CEPAL, que têm programas destinados aos povos indígenas (Bolívia, Brasil, Chile, Costa Rica, Equador, México, Nicarágua, Panamá, Perú, Venezuela, Colômbia, Guatemala, Honduras e Paraguai) convergeram na compreensão da saúde intercultural como um conjunto de práticas e cuidados de saúde tanto na medicina indígena quanto na ocidental, articulado de forma complementar, resultando interação entre os atores sociais que fazem parte deste contexto, da saúde intercultural.

Desta forma, para pensar a saúde intercultural para os povos indígenas ou demais grupos populacionais o ponto de partida parece estar centrado em uma teoria dialógica de caráter intersubjetivo na qual a fundação do sujeito ocorre na interação com o outro. Para Taylor (1993), é mediante esta relação entre autenticidade e originalidade num contexto dialógico que se ressalta a importância da pertença comunitária cultural para formação da identidade, na qual o tema central é o reconhecimento das diferenças, constituindo-se em substancial manifestação de pluralismo cultural, colocado contra a discriminação por motivo de raça ou cultura, privilegiando o reconhecimento das diferenças culturais como um direito inerente às minorias.

Como aponta Albó (2005), as relações de interculturalidade se constroem entre pessoas ou grupos sociais de diferentes culturas, que buscam nessas diferenças dialogarem em prol de uma mesma finalidade:

A interculturalidade assim entendida é um caso específico das relações de *alteridade* ou- como outros preferem- de *outridade*, isto é, de relações entre pessoas que são *diferentes* por sua cultura, pelo sexo, pela filiação política, etc. Essas relações são positivas se uns ou outros aceitam seu modo diferente de ser. Em todos esses casos, uns aprendem com os outros, sem perder por isso seu próprio modo de ser. Todos vão se enriquecendo e transformando-se mutuamente, mas sem deixar de ser o que são. Para isso, devem-se fortalecer os dois pólos- o da própria identidade e o da identidade do “outro” diferente- e criar condições para que se produzam intercâmbios construtivos entre eles. (ALBÓ, 2005, p. 48, grifo do autor).

Interessante ressaltar que Albó menciona a necessidade de “criar condições” para que ocorra a interculturalidade. A nosso ver, os documentos da OMS/OPAS e a CEPAL pressupõem uma situação de horizontalidade entre grupos que opaca uma visão dos conflitos decorrentes de relações assimétricas entre culturas. Assim, para Canclini (2005), a interculturalidade é entendida como a confrontação e o entrelaçamento entre grupos sociais que entram em relações de trocas e

pressupõem condições de assimetria, subordinação e conflito, pois as culturas se desenvolvem na tensão e só existem se produzidas por indivíduos ou grupos que ocupam posições desiguais no campo social, econômico e ou político.

Pode-se pensar que a interculturalidade está presente na realidade dos grupos sociais. Seguindo os pensamentos de Canclini (2005), esses tipos de relações interculturais são caracterizados pela complementação, simetria, equidade, cooperação e também, pela assimetria, enfrentamento e luta, já que essas relações culturais têm funcionado em contextos de dominação, exploração e de hegemonia/subalternidade. Assim, o ponto de partida da interculturalidade supõe reconhecer sua existência praticamente em todo o contexto, nos quais operam de forma conjunta sujeitos culturalmente diferentes, implicando a existência potencial de relações tanto de solidariedade como de opressão.

A saúde intercultural, segundo Oyarce e Pedrero (2007), demandaria um processo de negociação coletiva e de construção de significados entre as partes interessadas de diferentes culturas, sobre as suas epistemologias e realidades distintas, seja nas fases e ciclos de vida, no processo de saúde, doença e cura, bem como, nos conceitos de pessoa, tempo e espaço, buscando com isso o bem estar dentro de um território que seja socialmente significativo e clinicamente apropriado para cada pessoa ou grupo social.

Conforme Diehl e Pellegrini (2014), o sistema de saúde se depara com a dimensão intercultural quando relacionado às comunidades indígenas, o que diretamente remete-se à discussão a respeito da adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e sua relação com os sistemas indígenas de saúde. Para Menéndez (2006) essa concepção em termos de processo de saúde/enfermidade/atenção se expressa especialmente nas relações que se estabelecem entre o setor de saúde e os grupos étnicos, especialmente, nas relações da equipe de saúde e os sujeitos pertencentes às diversas etnias. Nesse caso, o que se percebe é que há representações e práticas diferentes entre os profissionais da saúde e os membros dos mais variados grupos étnicos, gerando por vezes certas tensões de relacionamento entre os sujeitos envolvidos.

Pensando nos efeitos que as produções etnográficas possam contribuir com a prática profissional, Albert e Gomez (1997) destacam a importância da passagem de um “etnocentrismo” a um “relativismo” médico:

Abandonar este atendimento guiado pelo “etnocentrismo”, onde só valem as idéias e técnicas ocidentais, para levar em conta a relevância própria do sistema de interpretação e tratamento Yanomami da doença, é chegar a um entendimento regido pelo “relativismo cultural”. Essa passagem do “etnocentrismo” ao “relativismo” médico deve ser a base de toda assistência de saúde intercultural. É a garantia tanto da eficiência do atendimento prestado aos povos indígenas quanto do respeito a seus direitos. (ALBERT; GOMEZ, 1997, p.55).

Esse exercício de relativização apontado pelos autores supracitados menciona que os mais variados sistemas médicos possuem suas especificidades e devem estar em constante reconfiguração e interlocução entre os atores sociais envolvidos, sejam eles profissionais do sistema de saúde oficial, usuários, curandeiros, pajés, xamãs, entre outros. Essa interlocução terá sua relevância a partir do momento em que houver uma compreensão mais ampliada do contexto sociocultural dos sujeitos envolvidos no processo saúde e doença.

O contexto sociocultural é relevante para compreender tanto a definição da doença em si quanto a escolha das práticas de cura empregadas. Desta maneira, a cosmologia de um grupo é também um fator na constituição dos itinerários de diagnóstico/tratamento. (LANGDON, 2014, p. 1026).

Ainda, seguindo Langdon (2014), o reconhecimento dos saberes plurais, além da autonomia dos atores sociais e os fatores globais que estão presentes nas situações locais da saúde indígena são paradigmas que possibilitam trazer para o campo da saúde coletiva e da construção e execução das políticas públicas uma visão de coletividade, contribuindo assim, para a interculturalidade necessária na discussão das políticas públicas em questão.

Destaco que esta tese se articula com posições de autores que problematizam quais seriam as possibilidades de diálogo intercultural, precisando de um olhar micropolítico a fim de analisar a produção das relações interculturais entre sujeitos com práticas e saberes distintos e em posições (e situações de legitimação) desiguais.

3.4 A saúde indígena: entre a contextualização regional e local

Os dados constantes no documento elaborado pelo *Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*, de novembro de 2014, trata

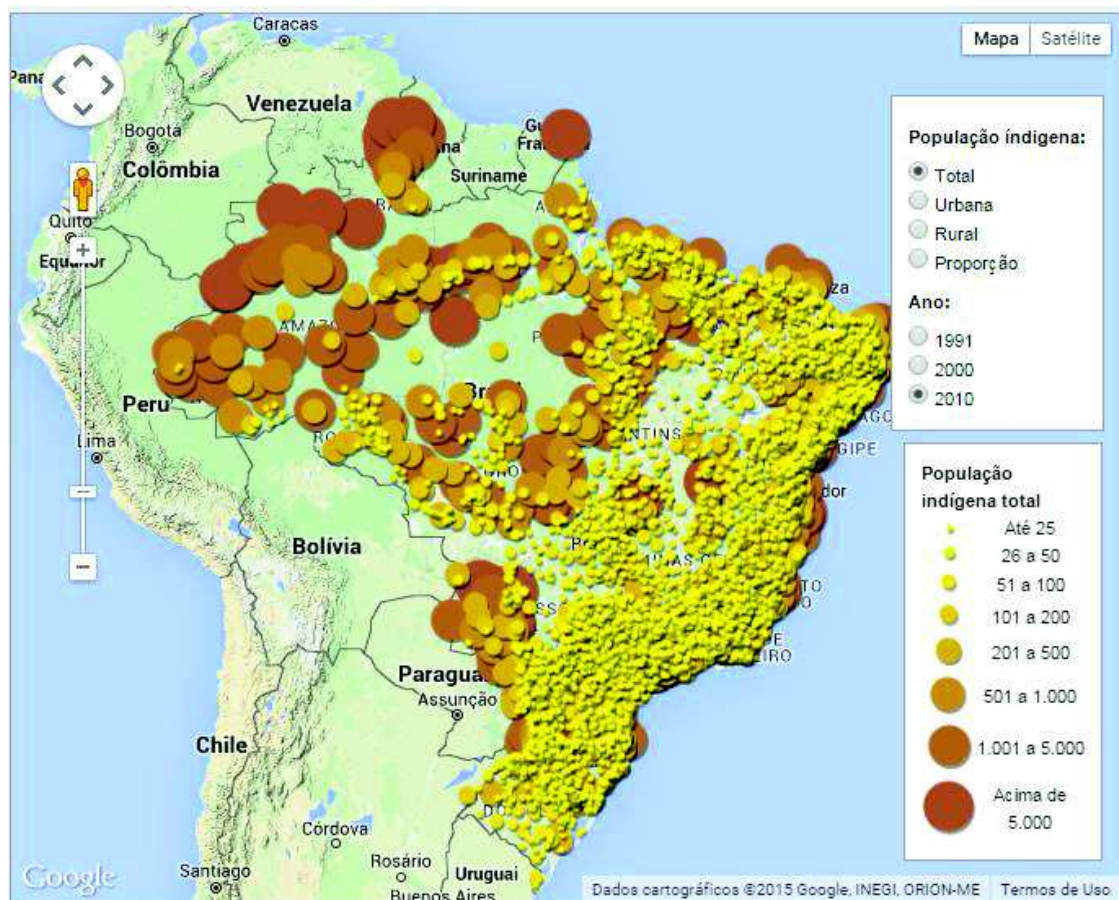
dos avanços na última década e os desafios restantes para garantir os direitos dos povos indígenas na América Latina, pois cerca de 45 milhões de indígenas vivem na América Latina, o que representa 8,3% da população da região, número expressivo de pessoas em busca de seus direitos, embora, a maioria das vezes, invisível aos olhos da população declarada não indígena. O estudo observa que, de acordo com dados censitários, a população indígena estimada na América Latina em 2010 foi cerca de 45 milhões de pessoas, demonstrando este continente como o lar de 826 grupos indígenas. Isto representa um aumento a partir do último valor indicado pela CEPAL em 2006, quando foram identificados 642 povos. Ainda, conforme a CEPAL, este salto quantitativo foi devido às melhorias nos dados estatísticos dos últimos anos e à influência dos povos indígenas através das lutas para o reconhecimento de seus direitos.

Dessa forma, o Brasil retrata o maior quantitativo de povos indígenas (305), seguido pela Colômbia (102), Peru (85), México (78) e na Bolívia (39). Muitos desses grupos estão em perigo de desaparecer fisicamente e culturalmente, como foi confirmado nos casos do Brasil (70 povos em situação de risco), Colômbia (35) e Bolívia (13). Além disso, o relatório estima que outros 200 povos indígenas estão vivendo em isolamento voluntário na Bolívia, Brasil, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru e Venezuela. (CEPAL, 2014).

Especificamente no caso do Brasil, de acordo com o Censo 2010¹⁷ do IBGE, o país tem 896,9 mil indígenas em todo o território nacional, somando a população residente tanto em terras indígenas (63,8%) quanto em cidades (36,2%). Entre as regiões, o maior contingente está na região Norte (342,8 mil indígenas), e o menor, no Sul (78,8 mil). Considerando a população indígena residente fora das terras indígenas, a maior concentração está no Nordeste, perfazendo um quantitativo de 126,6 mil indígenas. Estes dados estão representados no mapa cartográfico do IBGE (figura 12).

¹⁷ Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/governo/2012/08/brasil-tem-quase-900-mil-indios-de-305-etnias-e-274-idiomias>>. Acesso em: 09 de setembro de 2015.

Figura 12- Dados cartográficos com distribuição das populações indígenas no Brasil



Fonte: IBGE- Censo 2010¹⁸.

Retomando o relatório da CEPAL (2014) na última década houve progressos no acesso aos cuidados de saúde e também na educação, por meio da participação política dos povos indígenas e o reconhecimento de seus direitos territoriais, mas lacunas expressivas ainda persistem referentes à aquisição desses serviços de forma a abranger todos os povos com qualidade, equidade e respeito às diversidades culturais. Apesar do registro de aumento da participação política dos povos indígenas, o reforço contínuo das suas organizações e o estabelecimento de alianças para a influência política, o relatório adverte que esses grupos ainda são pouco representados nos órgãos do Estado. Mesmo que os progressos tenham sido observados no direito de consentimento prévio, livre e informado e o respeito pelas instituições e sistemas de autogoverno, essas conquistas são insuficientes em

¹⁸ Disponível em: < <http://indigenas.ibge.gov.br/mapas-indigenas-2>>. Acesso em: 09 de setembro de 2015.

relação às normas internacionais as quais reconhecem o direito fundamental à autodeterminação desses povos.

Esse envolvimento em prol da garantia de igualdade de gozo dos direitos humanos dos povos indígenas e, ao mesmo tempo, o direito coletivo de ser diferente tornou-se o mecanismo central para a elaboração e execução das políticas públicas de atenção aos povos indígenas em todos os países, não sendo diferente no Brasil, enfatizando aqui, o estado de Roraima.

Logo, o texto a seguir retrata a forma e os mecanismos de participação dos povos indígenas na elaboração das políticas públicas de saúde indígena, primordialmente com foco na região amazônica, por meio de seus representantes buscam reforçar a dimensão individual e coletiva, interdependente, de suas práticas, experiências históricas e visões de mundo em relação aos direitos fundamentais da saúde.

Dessa maneira, tanto o movimento indígena quanto as organizações de apoio, os conselhos indígenas e organizações não governamentais levantaram duas questões fundamentais quando do processo de criação da Secretaria de Saúde Indígena, sendo que a primeira se referiu à estrutura de uma gestão mais participativa como forma de controle das influências políticas locais e dos interesses econômicos dos DSEI, e a segunda, dizia respeito à necessidade de contratações de recursos humanos específicos para atuarem nas áreas indígenas.

Reforço aqui o papel dos DSEI, de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2002), a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) doravante denominado Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) trata-se de:

[...] um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado -, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social¹⁹. (BRASIL, 2002, p. 13).

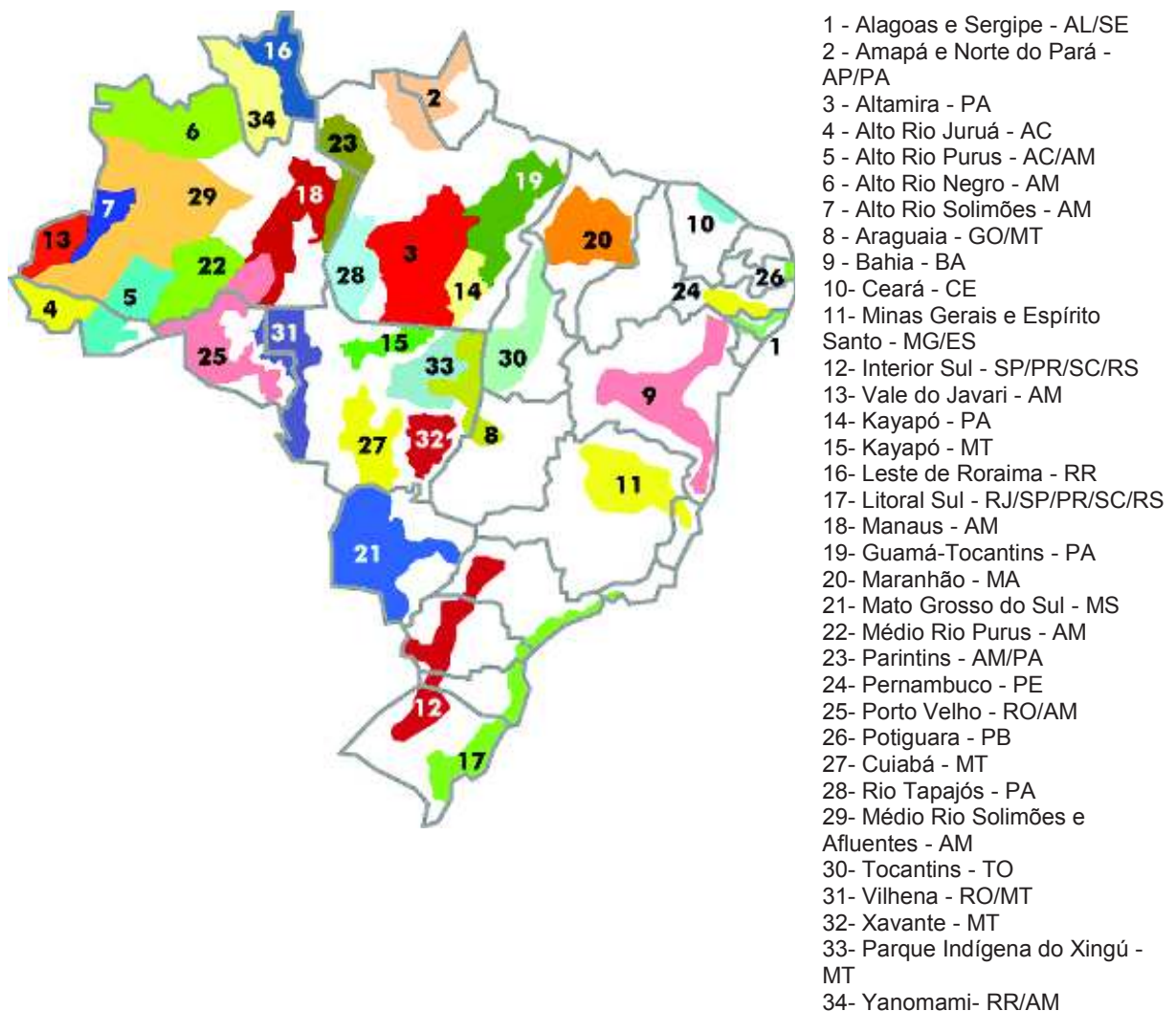
¹⁹ O termo controle social é utilizado na saúde pública brasileira para designar o controle e o acompanhamento que a sociedade civil deve exercer sobre a aplicação das políticas públicas e dos recursos destinados à prestação de cuidados sanitários; via de regra, o controle social é exercido nos conselhos de saúde, onde são planejadas as ações de saúde destinadas a uma região geográfica determinada. (GARNELO, 2003, p. 173).

Com a transição da FUNASA para SESAI, a busca por maior autonomia para os DSEI passou a ser um dos focos centrais da discussão, que teve como objetivo transformá-los em unidades gestoras, sendo que seus chefes seriam indicados pelos Conselhos Distritais impedindo ou minimizando com isso manipulações políticas locais e interesses econômicos pessoais, além de garantir orçamento para o desenvolvimento das ações voltadas à execução da política de saúde destinado aos povos indígenas, sem interrupção dos recursos em atendimento às metas previstas para a saúde em seus Planos Distritais.

Ainda, no processo de transição de um órgão federal para o outro a centralidade das discussões da proposta foi a melhoria da qualidade de vida dos povos indígenas, cujo acesso aos serviços de saúde de qualidade deveria ser o foco principal da política de saúde indígena. Porém, na formulação dessa política de criação da SESAI levou-se em consideração características culturais universais da população envolvente. Isso na prática acarretou grandes lacunas e abismos entre o proposto teoricamente para a elaboração das políticas públicas de saúde indígena e como foi realmente efetivado nos serviços de saúde encontrados em cada ambiente, comunidade e ou aldeia.

Atualmente, no Brasil, existem 34 (trinta e quatro) DSEI divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas, conforme demonstrado na figura 13.

Figura 13- Mapa do Brasil com as localizações dos DSEI



Fonte: Ministério da Saúde- FUNASA²⁰

Em se tratando da distribuição geográfica de localização de cada DSEI, o que fica perceptível no mapa acima é a existência de uma diversidade étnica, cultural, social e política, a qual desperta a necessidade de pensar a saúde indígena por áreas estratégicas, aqui tratadas como áreas geográficas, tendo em vista as especificidades de cada uma dessas regiões. Não afirmo neste momento, a necessidade da existência de lidar com várias políticas de saúde indígena para cada região brasileira, mas reforço a importância de ter um olhar diferenciado para as

²⁰ Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsapi/p/fulltext/distritos/mapa.pdf>>. Acesso em: 15 de agosto de 2015.

diversas localidades brasileiras, impactando em recursos humanos específicos que reconheçam e compreendam as diversidades socioculturais e epidemiológicas de cada região, além de recursos financeiros e de infraestrutura apropriados para cada particularidade regional.

A mesma inquietação foi relatada por uma Gestora Hospitalar, ex-chefe da CASAI-RR (narrativa de 05 de agosto de 2015), no que se refere às particularidades de cada Distrito e as falhas apresentadas na execução das políticas de saúde indígena quando se trata do acesso aos serviços de saúde para esses povos como algo linear e homogêneo.

“Nós temos muitas dificuldades em justificar algumas situações para os órgãos controladores, pois a lei trata os povos indígenas de forma generalizada, mas cada etnia tem suas especificidades, não tem como tratar todos os distritos da mesma forma, não dá para comparar indígenas do sul, sudeste com os índios daqui da Amazônia. A CASAI daqui de Roraima é completamente diferente, quase um hospital, a demanda natural fez com que nossa CASAI fosse completamente diferente das demais do país, que são casas de apoio somente, conforme consta nos documentos oficiais da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Mas nesse sentido, assim como está, a SESAI não consegue dar conta dessas diferenças entre as regiões, suas culturas, a diversidade epidemiológica que se apresenta em cada comunidade. O maior gargalo foi ter pensado numa saúde indígena para todos os povos, mas existem muitas discrepâncias, por isso a política precisa ser repensada levando em consideração essa diversidade sociocultural existente no país. Vou citar um exemplo: a logística para chegar os serviços de saúde e medicamentos no sul do país é muito diferente do que temos aqui na Amazônia, é outra realidade, mas essas especificidades dentre muitas outras não são levadas em consideração dentro do que temos hoje como política para a saúde indígena, pois ela é generalista, de certa forma trata todos os indígenas de forma igualitária, o que na realidade não é”.

Um dos pontos agravantes da assistência à saúde de alguns povos indígenas, principalmente na região amazônica, da qual o estado de Roraima está inserido, são as longas distâncias entre a sede e os pólos-base e destes para com algumas aldeias, que consomem das equipes de saúde várias horas e até dias de deslocamento para a realização do atendimento aos indígenas. Além desta fragilidade geográfica que pode impactar negativamente no trabalho dos profissionais que atuam nas áreas indígenas, existe ainda a dificuldade de acesso aos medicamentos disponibilizados pelos DSEI, seja pelo tempo necessário para

que esses medicamentos cheguem de outros estados até Roraima e deste até os pólos-base.

Devido à vulnerabilidade frente a algumas doenças apresentadas entre os indígenas de Roraima e também Amazonas, Guiana Inglesa e Venezuela²¹ (por exemplo, malária, gripes, tuberculose), produzida provavelmente pelo contato interétnico, pela forma de vida ou mesmo pela carência na assistência à saúde destes povos, incluindo aqui a falta de medicamentos e também o trabalho de atenção básica nos pólos-base, é que alguns elementos da política de saúde para estes povos têm se apresentado frágil. Dentre estas fragilidades, outros pontos nevrálgicos também se apresentam na efetividade da execução dessa política de assistência à saúde dos indígenas, conforme as narrativas de gestoras dessas políticas, tanto do DSEI Yanomami quanto da chefia da CASAI-RR.

Outra narrativa a seguir sobre a execução da política de saúde indígena é de uma antropóloga, com experiência de trinta anos de atuação na saúde indígena, dentre eles sete anos trabalhando com a gestão das políticas públicas para os povos indígenas. Contratada pelo Ministério da Saúde como técnica de laboratório e também com a formação de técnica em enfermagem, além da formação acadêmica em antropologia, com vasta experiência profissional em área indígena, foi a primeira gestora do DSEI Yanomami e contribuiu com a elaboração da proposta de estruturação da SESAI e transição da gestão da saúde para esses povos, desde FUNAI para FUNASA e desta para SESAI, sendo a interlocutora com o Ministério da Saúde na figura de gestora do DSEI.

Em entrevista realizada com essa ex-gestora do DSEI Yanomami, em 31 de julho de 2015, um dos questionamentos sobre a política de saúde indígena tratou do processo de implantação, de assimilação dessa política para a população envolvente e de que maneira ocorreram as discussões para a criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena, primordialmente, no que se referia à participação dos povos indígenas na estruturação dessa política e também se existia conhecimento da realidade vivida por esses povos por parte daqueles que estavam à frente deste processo de implantação da SESAI. Parte da transcrição da

²¹ Cito o estado do Amazonas e os países que fazem fronteira com o estado de Roraima, neste caso Venezuela e Guiana Inglesa, pois a CASAI-RR e os hospitais de Boa Vista recebem indígenas dessas localidades para tratamento médico-hospitalar, tendo em vista que uma parcela expressiva de indígenas, em especial da etnia Yanomami, residem nestes territórios vizinhos e acabam se deslocando para Roraima em virtude dos serviços prestados pela CASAI e demais instituições de saúde, por serem referência no atendimento à saúde dos povos indígenas na região amazônica.

entrevista, citada abaixo, retrata uma parcela da realidade vivenciada no decorrer do processo de criação e implantação da SESAI, mas também as aproximações e diálogos que ocorreram com lideranças indígenas do estado de Roraima para tratarem sobre a temática em questão.

“Nós trabalhamos uns dois anos explicando para os indígenas, fomos praticamente a todas as comunidades, falamos como seria esse processo, os indígenas queriam muito, eles lutaram muito para que isso acontecesse, porque naquela época a FUNASA estava com muitos problemas de corrupção, de política, os indígenas achavam que muita coisa não chegava às comunidades por causa de roubo/desvio de recursos, por causa de política. Na construção/criação da política teve a participação direta de representantes dos indígenas, todas as reuniões em Brasília o Davi Yanomami estava, além disso, estavam também o presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena - CONDISI e mais algumas lideranças indígenas, a gente foi pólo por pólo explicando como iria ser a política. A política não foi criada aleatoriamente, várias vezes o Dr. Antonio Alves entrou na área antes da criação, para explicar como seria a SESAI e também para ouvir as comunidades indígenas. Pensando-se nisso, criando-se essa secretaria (SESAI), os Distritos teriam autonomia para comprar materiais, remédios, poderíamos fazer compras diretamente.” (Relato da Antropóloga, em 31 de julho de 2015).

Neste sentido, a partir da narrativa da antropóloga e ex-gestora do DSEI Yanomami percebe-se que na época das discussões para estruturação da SESAI no ano de 2010 e a reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada naquele período pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, houve a participação do CONDISI, de lideranças indígenas e também de alguns membros das comunidades visitadas na época, garantindo assim, que as vozes das comunidades indígenas fossem percebidas por aqueles que estavam à frente das discussões sobre a estruturação desta Secretaria Especial.

Contudo, essa participação de algumas lideranças indígenas no decorrer das discussões para estruturação da SESAI, transição da FUNASA para o novo órgão e a reformulação da gestão da saúde indígena no país pode ter sido uma particularidade encontrada em Roraima, tendo em vista que estiveram capitaneando todo esse processo alguns antropólogos que vivenciavam a realidade indígena, tanto em áreas bastante isoladas como aquelas visitadas na época pelo representante do Ministério da Saúde, Dr. Antonio Alves, que se fez presente

somente em comunidades cujo acesso a essas se dava por aeronaves ou mesmo por rodovias e ou demais estradas acessíveis ao deslocamento com automóveis.

Partindo da realidade acima descrita, foram surgindo novos questionamentos e algumas inquietações. De que maneira os indígenas cujas aldeias são mais distantes (geográfica e politicamente) foram ouvidos, tendo em vista que algumas visitas se deram somente em aldeias mais próximas ou de fácil acesso? Será que em todo esse processo de reformulação da gestão da saúde indígena no país houve a participação de indígenas de diferentes áreas geográficas do país nessas discussões? Como as pessoas que estavam à frente dessas discussões pensaram a pluralidade cultural que o país apresenta principalmente a nível regional, com imensas diversidades culturais, políticas, sociais, geográficas e epidemiológicas peculiares de cada estado brasileiro? Os atores sociais que iriam atuar e atuam na gestão da política de saúde indígena, seja em Brasília ou nos DSEI apresentam conhecimento e preparo para exercer tal função? Os recursos financeiros seriam suficientes para a execução da gestão e demais serviços da saúde indígena, tendo em vista todas as especificidades regionais de acesso aos povos indígenas e recursos humanos necessários para o êxito de assistência à saúde dessa população? Como se desprender da racionalidade tecnoburocrática e etnocêntrica presente na medicina ocidental/sistema de saúde oficial para pensar nos cuidados com a saúde indígena de maneira mais holística, respeitando e preservando o espaço interétnico e os fundamentos mítico-rituais próprios de cada etnia ou grupo linguístico?

Ao longo da narrativa da antropóloga foram sendo relatados outros abismos, pontos nevrálgicos e divergências do que foi pensado em 2010 para a criação da SESAI e o que de fato vem ocorrendo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no tocante especificamente, ao estado de Roraima.

“Nos dois primeiros anos que eu fiquei como gestora no Distrito eu consegui fazer todas licitações, consegui fazer várias compras, os processos eram todos elaborados por aqui, os pareceres técnicos eram feitos todos pelo setor jurídico daqui. Então assim, em dois anos eu consegui trabalhar, o recurso chegava, era suficiente, eu tinha autonomia, o recurso vinha direto para a secretaria e para o Distrito, pode ser que em outras secretarias os processos não andaram por falta de conhecimento e boa vontade. Mas isso aconteceu porque eu conhecia a realidade das comunidades indígenas daqui, mas isso não acontece mais, pois a maioria das pessoas que estão a frente da saúde indígena no Brasil

nunca nem viram um índio, desconhecem a realidade dos povos indígenas. Já, sobre os recursos que a SESAI repassava, estes eram suficientes, mas o que tem acontecido nos Distritos é a não preparação dos projetos, dos processos, tudo tem que estar muito bem elaborado, por exemplo, obras de saneamento que não foram adiante porque os profissionais não conseguiram fazer os projetos, porque nem conheciam a realidade das comunidades. Se esses projetos não forem bem elaborados, provavelmente eles não serão aceitos pela Secretaria de Saúde Indígena em Brasília. Os recursos têm, o que não tem são os projetos para serem aprovados para que a verba possa ser liberada, hoje se não chega o recurso é porque os profissionais não estão executando suas ações, não estão conseguindo elaborar os projetos e processos, com isso, a verba não pode ser liberada. Mas por exemplo, para horas voo nunca faltou recurso. Já, sobre os medicamentos, na verdade os projetos sempre foram encaminhados a tempo, no entanto, quem ganhava as licitações geralmente eram empresas do sul e sudeste, então até essa medicação chegar aqui, as outras medicações já tinham acabado, por causa do tempo que o transporte demorava três ou quatro meses para chegar aqui, mas isso os indígenas não entendem, daí é mais fácil eles falarem que não tem medicação, que a culpa é do Distrito ou da CASAI. Em “resumo, se não tiver equipe técnica competente que faça bons projetos e processos, nenhum órgão público vai para frente.” (Relato da Antropóloga, em 31 de julho de 2015).

Uma situação que vem sendo bastante questionada pelos movimentos indígenas de Roraima e alguns órgãos controladores são os altos custos da saúde indígena no estado, seja pela contratação de recursos humanos, pelo custo final dos medicamentos e, principalmente, no que diz respeito ao deslocamento dos pacientes e seus acompanhantes das áreas indígenas para a capital Boa Vista.

De acordo com as informações prestadas pela antropóloga que esteve à frente da coordenação do DSEI Yanomami até meados de janeiro de 2014, durante sua gestão o custo de cada hora voo era de R\$ 1.300,00 (um mil e trezentos reais), sendo que algumas viagens poderiam ter duração superior a 4 horas, por isso o alto custo desse deslocamento. Ainda, além do valor da hora voo, a quantidade de acompanhantes que utilizam esse transporte é muito maior do que foi previsto pelo DSEI e pela CASAI, isso impacta também no custo da alimentação. “A regra era trazer somente um acompanhante, mas tem gente que traz a família toda, inclusive o animal de estimação e se não trouxer, o paciente se nega a vir fazer o tratamento”. (Relato da Antropóloga, em 31 de julho de 2015).

Retomando as particularidades que o estado de Roraima apresenta, em função da localização geográfica que algumas comunidades indígenas estão

inseridas, além do deslocamento por aeronave (avião) para Boa Vista, alguns grupos necessitam de jornadas de longas caminhadas, deslocamento de barco ou mesmo de helicóptero para que possam chegar ao destino previsto. Assim, o elevado custo da saúde indígena no estado se justifica, já que o valor de uma hora voo de helicóptero no início do ano de 2014, custava ao DSEI Yanomami R\$ 6.000,00 (seis mil reais) e às vezes ocorria a necessidade desse deslocamento por várias horas até os indígenas ou equipes de saúde chegarem ao destino almejado.

“Não é que tem gente roubando como os indígenas pensam, é que o custo de tudo isso é muito alto. O problema é que os indígenas não têm noção de todo esse custo, aí muitas vezes eles falam que os gestores estão roubando. Na minha gestão nossa equipe fez/construiu quatro pistas de pouso, quanto gasta para fazer cada pista? Embora precárias, elas estão funcionando, hoje até o exercito e o Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais -IBAMA utilizam essas pistas. Mas ressalto aqui que isso tudo feito de forma parcialmente ilegal, porque tínhamos que derrubar centenas de árvores, abrir clareiras no meio da mata, o que requer toda uma burocracia para essa liberação, mas pela necessidade, fizemos as pistas, porque se não fizessemos isso os indígenas iriam morrer. Por isso hoje eu respondo alguns processos, por me preocupar com o salvamento dos indígenas, que sempre foi minha prioridade, por isso construímos essas pistas e contratei vários profissionais. Esse é um ponto muito falho da política de saúde indígena, porque se preconiza o atendimento a todos os povos, mas de que jeito se não temos como chegar a esses povos? Ninguém pensou nisso!” (Relato da Antropóloga, em 31 de julho de 2015).

Algumas lacunas na execução da política indígena se apresentam ao longo das narrativas dos atores sociais envolvidos, tanto na gestão quanto nos atendimentos aos povos indígenas. No entanto, pontos positivos também são evidenciados, como algumas ações que foram desenvolvidas pelo DSEI Yanomami ao longo da transição de FUNASA para SESAI para minimizar as assimetrias culturais presentes na saúde indígena, como no caso da atuação dos AIS.

Uma das principais funções dos AIS é de acompanhar os profissionais não indígenas em suas atividades em área, junto às comunidades, objetivando diminuir as assimetrias culturais além de serem os facilitadores das relações interpessoais que devem ocorrer durante os atendimentos de saúde e demais momentos de convívio intercultural. Em relação à atividade profissional desses AIS, na época em que a gestão da saúde indígena estava sob-responsabilidade da FUNASA, estes agentes viviam com base no material de troca, mas isso não era visto com bons

olhos perante os demais profissionais de saúde e os órgãos responsáveis pela área. Então, como forma de valorização e legitimação desses profissionais é que se iniciaram as discussões para a legalização do trabalho em questão por meio de contratação desses AIS como profissionais da equipe multiprofissional de saúde.

“Não é porque eles não sabiam nem ler e nem escrever que as ONGS não poderiam contratar essas pessoas com carteira assinada. Aí conseguimos contratar 260 AIS com carteira assinada e fazer cartão de banco para que eles pudessem receber seus salários. Aí a Missão Evangélica Caiuá²² contratou todos eles para não ficarem trabalhando como escravos, pagos por moeda de troca. A política não foi pensada também para resolver essa situação. Até hoje tem indígena que só presta serviços com moeda de troca, como era antigamente. Quem dava a lista dos materiais de troca era a comunidade, rede, terçado, anzóis, sabão, essas coisas. Aí de quatro em quatro meses eles vinham receber os salários, por causa dos custos dos voos. Tínhamos que trazê-los para receberem e para fazerem as compras que a comunidade solicitava. Isso ainda acontece, a diferença é que não somos mais nós que compramos os materiais de troca, mas agora eles é que fazem as compras com o salário que recebem como AIS, isso no ano de 2012. Os AIS são muito importantes entre a nossa medicina e a deles. Eles é que fazem essa intermediação/interlocução entre as práticas médicas presentes na comunidade, além do outro papel muito importante deles que é o controle social.” (Relato da Antropóloga, em 31 de julho de 2015).

A narrativa da antropóloga acima mencionada ratifica a afirmativa de Garnelo (2003), quando relata que a presença de um AIS na comunidade gera prestígio perante outras aldeias além de também viabilizar o ingresso dos cobijados bens de consumo, adquiridos por meio do salário regular que a ele é disponibilizado pelo seu trabalho.

O assalariamento representa um importante ingresso de recursos em uma vida social marcada pelo baixo nível de acesso à economia de mercado; em consequência disso, os membros de sua parentela têm exercido uma pressão permanente para inserir estes ganhos no circuito coletivo de partilha de bens, cobrando dos agentes uma redistribuição de seu salário por meio de compras de itens como sal, pilhas, sabão e roupas, que,

²² A Missão Evangélica Caiuá, é uma entidade das Igrejas Presbiteriana do Brasil – (IPB), Presbiteriana Independente do Brasil (IPI) e Presbiteriana Indígena do Brasil (IIPB), criada em 1928. Realiza trabalhos assistenciais nas tribos indígenas do país, com vistas a melhor qualidade de vida. A entidade desenvolve também um trabalho constante na área da saúde e mantém, através de convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde), um hospital para atendimento exclusivo ao índio – Hospital e Maternidade Porta da Esperança, fundado em março de 1963, e a Unidade de Tuberculose, que teve início em março de 1980, além de uma pediatria que faz parte do Projeto Fome Zero, para tratar de crianças desnutridas. Assiste também a saúde da população indígena em diversos Estados através de um convênio com a SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena), órgão pertencente ao Ministério da Saúde. (informações extraídas do site da Caiuá, disponíveis em http://www.missaocaiua.org.br/atual/crbst_37.html).

embora sejam gêneros de primeira necessidade, são de difícil aquisição pelos aldeados. (GRANELO, 2003, p. 221).

Retomando a questão da contratação dos AIS, a fim de que eles pudessem atuar como interlocutores na saúde indígena houve a necessidade de capacitação desses sujeitos com o intuito de obterem maior êxito em sua atuação profissional e credibilidade junto as suas comunidades. Essa capacitação teria que perpassar por conhecimentos tradicionais da cultura indígena e por elementos constitutivos da medicina ocidental, não ignorando nenhum dos dois sistemas de doença e cura, sem que houvesse desvalorização das práticas pertencentes ao sistema de saúde oficial e nem da medicina tradicional, tarefa significativamente árdua, visto que os interlocutores que trabalhariam com essas capacitações deveriam ter amplo conhecimento da diversidade étnica encontrada nas diversas áreas de abrangência de cada DSEI.

Conforme narrativa de um indígena da Comunidade do Marari do estado do Amazonas (registro do diário de campo em 24 de outubro de 2014), ainda existem algumas lacunas encontradas na política de saúde indígena, principalmente na formação desses AIS, de modo que:

“Os AIS são muito importantes na nossa comunidade, eles ajudam os parentes com medicamentos e outras coisas, mas às vezes têm alguns que não querem mais respeitar a sabedoria dos mais velhos, só querem mandar os parentes para a cidade para fazer exames. Eu acho que eles têm que respeitar a cultura indígena e também a cultura da medicina do branco. As duas são importantes juntas. Além disso, hoje em dia alguns AIS têm utilizado o dinheiro que recebem pelo seu trabalho para trazerem coisas ruins para a comunidade, como é o caso da cachaça que vem causando muitas brigas e até morte na comunidade”.

Assim, como ocorreu com os AIS no que se referiu à contratação desses agentes, outro ponto positivo na saúde indígena de Roraima foi a inserção de outros profissionais da saúde nos quadros das equipes multiprofissionais, por intermédio da Missão Evangélica Caiuá. De acordo com as informações prestadas pela chefia da CASAI e pela ex-coordenadoria do DSEI Yanomami, esse recurso é repassado diretamente de Brasília, por meio da SESAI que destina a verba para a Missão contratar os funcionários necessários para atender a demanda de trabalho tanto em área indígena como na CASAI. Essa forma de contratação diminui expressivamente os entraves burocráticos que haveria, caso o meio de acesso dos profissionais de

saúde fosse somente por concurso público. Com isso, hoje a contratação desses profissionais se dá de forma rápida para atender a demanda conforme se apresenta, assim como a demissão destes, caso seja necessário.

Dessa forma, Garnelo (2003) afirma que as contratações de profissionais para atuarem com a saúde indígena por meio de organizações indígenas ou ONGs pode possibilitar a “[...] desconstrução do estigma da tutela e da incapacidade política e intelectual que lhes foi atribuída pelo mundo do branco no processo colonizatório” (p.200). Uma maior visibilidade das organizações indígenas como sendo parceiras do Ministério da Saúde por meio da SESAI pode viabilizar maior reconhecimento na cena política, como também em sua existência jurídica.

Embora exista o reconhecimento jurídico das organizações indígenas na política de saúde, principalmente no tocante às contratações de profissionais para atuarem junto aos povos indígenas, facilitando assim, o processo de admissão desses sujeitos, ainda é fato que a insegurança e instabilidade desta forma de contratação na carreira profissional retratam um cenário de grande inquietação encontrado no campo de pesquisa, tendo em vista que a fala mais recorrente encontrada na CASAI por parte dos profissionais que alí atuam é de que a incerteza do “amanhã”, é um desestímulo para a realização de um trabalho de qualidade. Essa inquietação é exemplificada na narrativa de uma enfermeira da CASAI que atua na Unidade de Vigilância Sanitária:

“Acredito que todos que estão aqui trabalhando na CASAI amam o que fazem, mesmo com todas as dificuldades, com a falta de medicamentos, número reduzido de médicos e a carência de alguns profissionais específicos. O maior problema que enfrentamos é que nossos contratos, seja pela Caiuá ou pela Vale, não nos dá qualquer tipo de segurança. A qualquer momento podemos ser demitidos e não importa se nosso trabalho foi feito com excelência ou não. Nesse caso, desconsidera-se toda nossa experiência, nossa história. O clima aqui na CASAI está muito ruim pois vários profissionais que são contratados pela Vale serão demitidos em dezembro de 2015, tem muita gente triste, desmotivada e pior de tudo isso é que os maiores prejudicados serão os próprios indígenas que dependem do nosso trabalho”. (Enfermeira da Unidade de Vigilância Sanitária- UVE, relato do diário de campo em 08 de outubro de 2015).

Apesar de algumas arestas terem sido aparadas para que a saúde indígena caminhasse conforme planejado pela SESAI juntamente com os Distritos Sanitários, em prol da melhoria da qualidade de vida desses povos, a saúde pública vem

adoecendo paulatinamente, e isso fica evidente no relato da ex-coordenadora do DSEI Yanomami.

“Eu tive autonomia, eu tinha todo conhecimento da realidade, então eu viajava para Brasília e lutava pelos meus direitos e dos indígenas, então ninguém batia de frente comigo. Hoje, a maioria das pessoas que trabalham a frente da gestão e execução das políticas de saúde indígena é novato, pessoas que não conhecem e às vezes nem compreendem como funciona a saúde indígena, que não tem o devido conhecimento para estar ali, isso inviabiliza o trabalho. Falta capacitação, preparo desse pessoal. Escrever no papel é fácil, mas entender a realidade é difícil. Por isso está mais do que na hora que a política de saúde indígena seja repensada. Como alguém vai cobrar algo dos distritos se as pessoas que estão na gestão maior da SESAI desconhecem a realidade, o cotidiano, nunca entraram em área indígena. Lembrando que nossos indígenas são bem diferentes de vários indígenas do restante do Brasil, a Amazônia é muito diferenciada nas questões geográficas e culturais. Então a política deveria ser pensada de forma diferenciada, regionalizada. Estão deixando fechar postos de saúde por causa de conflitos, tem sido mais fácil fechar esses postos do que tentar amenizar os conflitos ali presentes, e isso muitas vezes por causa do despreparo dos profissionais, da falta de condições físicas e humanas e de certa maneira até de boa vontade.” (Relato da Antropóloga, em 31 de julho de 2015).

Para a Gestora Hospitalar que vem atuando direta e indiretamente com a saúde indígena por 16 (dezesesseis anos), sendo que dentre estes um ano como chefe da CASAI, durante o processo de criação da SESAI/MS gerou-se muitas expectativas, especificamente, no que diz respeito a autonomia de cada DSEI e valorização dos servidores, a proposta de abertura de concurso público para a área da saúde indígena, além da melhoria do acesso aos serviços de saúde para esses povos. No entanto, isso nunca ocorreu. *“O ideal que almejávamos era bastante positivo, mas isso nunca foi efetivado. Tudo isso vem dificultando a estabilização do quadro funcional, por isso a rotatividade de recursos humanos é demasiada. Na verdade, não houve um preparo nessa transição da política com a criação da SESAI, para mim, esse processo foi de certa forma abrupto”.* (Relato de uma servidora da CASAI, em 05 de agosto de 2015).

Ainda, seguindo a narrativa da servidora acima mencionada, essa mudança possivelmente foi decorrente de muita pressão, cobrança dos movimentos indígenas, dos profissionais que atuavam com a saúde indígena e dos Conselhos indígenas. Toda transição foi feita de uma forma repentina, sem preparo, isso ainda tem refletido nos serviços deficitários em área indígena e demais locais de

atendimento à saúde, não por falta de profissionais, mas em função de como vem ocorrendo a atenção básica em área.

Outro fato alarmante no processo de criação da SESAI é que desde 2012 a falta de medicamentos na CASAI-RR continua sendo recorrente, assim como tem sido crônico a falta de materiais médico hospitalares, possivelmente por causa da elaboração deficitária de projetos em tempo hábil para serem enviados para a SESAI/MS, provavelmente reflexo da carência de capacitação profissional adequada para gerenciar a execução da política de atenção à saúde dos povos indígenas, ou seja, os mesmos problemas que ocorriam na época da FUNAI e FUNASA ainda continuam evidentes na gestão da SESAI. Fatos esses que podem ser provenientes de inúmeras falhas/lacunas que vêm se apresentando ao longo da história da implementação da política de saúde indígena.

O somatório de narrativas dos gestores tanto do DSEI Yanomami quanto da CASAI-RR (abaixo mencionadas) retratam exatamente essas fragilidades que a Política de Saúde Indígena vem apresentando ao longo da sua trajetória de implementação.

As discussões sobre a saúde indígena, na ocasião a criação da SESAI iniciou porque tiveram muitas reivindicações dos indígenas, porque o SUS não conseguia atender as particularidades indígenas, a questão da língua, era necessário ter uma contratação de funcionários muito grande, os indígenas sofriam muito. Mas esse atendimento diferenciado ainda não avançou, os indígenas não são bem tratados como deveria ser, ainda tem problemas culturais. O que percebemos é que a saúde indígena só irá melhorar quando forem criados hospitais especiais ou CASAIS especiais com todo sistema médico e não somente como casas de apoio, mas uma unidade de saúde, isso daria mais certo, porque eles levam aquele choque quando se deparam com o contexto do hospital, isso gera muito conflito e há poucos profissionais que trabalham com a saúde indígena nesse contexto, não dão conta, o atendimento passa a ser precário. Os pacientes sofrem demais quando saem da área e se deslocam para a CASAI e ou para os hospitais, se a CASAI tivesse mais autonomia, se a CASAI tivesse uma preparação maior como deveria ser, seria excelente para eles. A questão intercultural, o preconceito ainda ocorre, o mau atendimento ainda existe, a não aceitação da cultura, mesmo num estado que é preponderantemente caracterizado pela cultura indígena. Isso se deve a falta de preparo dos profissionais, os cursos de formação na área da saúde deveriam se preocupar com a saúde indígena como sendo uma área de extrema importância para o profissional. (Narrativas da Gestora do DSEI-Y e da CASAI-RR)

Não senti diferença de quando era FUNASA e depois foi criada a SESAI e os Distritos, foram frustrados, ela poderia funcionar melhor, pois o Ministério da Saúde criou expectativas muito grandes para os funcionários e para os indígenas, dizendo que a saúde indígena iria melhorar, mas de repente eles começaram a cortar algumas coisas, por exemplo, alguns processos já são feitos em Brasília, a tutela voltou a ser de Brasília, os distritos estão perdendo sua autonomia. Projetos de até R\$ 500.000,00 não podem mais serem feitos aqui, eles são elaborados pelo Ministério da Saúde, é como se tivesse pegado todas as crianças e agora não querem mais cuidar delas. Mas tudo isso só prejudica os indígenas, quem sofre são eles, é uma falsa autonomia dos Distritos, pois foi essa a promessa do Ministério da Saúde e agora está voltando grande parte das decisões para serem tomadas em Brasília, por pessoas que as vezes nem se quer conhecem um índio, nunca chegaram perto de uma comunidade indígena. (Relato da Antropóloga, ex-coordenadora do DSEI Yanomami, em 31 de julho de 2015).

Embora a política de atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil ter representado um marco histórico nas lutas desses povos por seus direitos no que concerne ao acesso à saúde pública, de acordo com Pellon e Vargas (2010), infelizmente essa atenção diferenciada à saúde desses povos tem sido “historicamente marcada pela intermitência, desarticulação e imposição do caráter assimilacionista dos valores ocidentais aos índios e suas culturas, amplamente adotado pelas políticas públicas que precederam a abertura democrática do país” (p.1380).

Langdon (2004) afirma que, referente aos avanços em matéria de cidadania étnica percebe-se que as políticas de saúde indígena, em grande parte, ainda seguem orientações de parâmetros da medicina ocidental, além de carecerem estruturalmente de meios e recursos que sejam capazes de torná-las efetivas do ponto de vista intercultural, tendo em vista que faltam recursos materiais, capacitação técnica e participação efetiva dos povos indígenas no decorrer da implementação dessas políticas públicas de saúde. Esses fatores refletem não somente num quadro desfavorável no Brasil, em relação a essas questões mas também em toda a América Latina.

Neste sentido, percebe-se que ainda existem lacunas entre o disposto constitucional da saúde e o que ocorre no cotidiano dos serviços de saúde indígena, estando de um lado o direito universal levado em consideração, as condicionantes sociais e econômicas possibilitando que os componentes da etnicidade de cada povo sejam contemplados, pelo menos normativamente, como elementos essenciais

à manutenção da vida com dignidade e melhor qualidade, e de outro lado, a presença do elemento contraditório que tem sido a luta constante dos povos indígenas pelo reconhecimento de seus saberes, respeito à cosmovisão e o acesso à saúde com equidade, qualidade e com respeito à pluralidade cultural.

Apesar da longa trajetória de discussões sobre a saúde indígena no Brasil, mais se tem a certeza de que essa temática necessita de outros olhares de todos os atores sociais envolvidos com a questão da melhoria da qualidade de vida dos povos indígenas por meio de uma saúde mais positiva, visões que considerem de fato a importância da interculturalidade presente neste contexto. Neste sentido, a complexidade da temática saúde indígena perpassa um campo discursivo do processo saúde/doença de cada etnia ou localização geográfica, porque os agentes socialmente participantes da saúde dos povos em questão estão posicionados e distribuídos em espaços que extrapolam as fronteiras nacionais.

De acordo com Ferreira (2013), para discutir a interculturalidade presente na saúde indígena brasileira, mormente no tocante ao processo de emergência da medicina tradicional indígena como objeto de políticas públicas, se torna necessário compreender que:

As relações sociais estabelecidas nesse campo articulam múltiplas localidades – as comunidades e os povos indígenas – às escalas nacionais e internacionais do mundo contemporâneo. O campo da saúde indígena, portanto, constitui a zona de contato em que ocorre o encontro colonial entre povos indígenas e os agentes do Estado-nação responsáveis pela implantação das políticas de saúde. (FERREIRA, 2013, p. 204-205).

Diante desse cenário, abre-se o interrogante: como se dá na prática a produção de saúde indígena em renovadas “políticas da vida”, embasadas numa relação mais horizontalizada de sujeitos e saberes? Como são produzidas as possibilidades de um diálogo intercultural? Nos próximos capítulos, a partir da experiência de campo na CASAI, aprofundaremos essa discussão.

CAPÍTULO IV - A CASAI COMO ESPAÇO DO MÚLTIPLO: ATORES E TERRITÓRIOS DA SAÚDE INTERCULTURAL

Neste capítulo, pretende-se analisar a respeito da produção intercultural de saúde no espaço da CASAI. Pode-se interpretar, seguindo a Clastres (2014), que neste espaço se dá a coexistência entre o Um e o múltiplo. Se o Um nas filosofias políticas ameríndias representa as instituições do Estado, podemos pensar a CASAI como espaço o qual se constitui como o Um, já que é uma instituição dentro da rede de saúde pública ocidental, ao mesmo tempo, abre a possibilidade para o múltiplo das experiências ameríndias. Aqui, proponho-me refletir sobre encontros e desencontros, diálogos e tensões nessas relações intersubjetivas as quais perpassam/constituem espaços interculturais de produção de saúde.

4.1 A territorialização da diversidade na CASAI

O espaço da CASAI onde a alteridade é a essência da convivência ora conflituosa, ora harmoniosa, tem sido palco das manifestações das relações estabelecidas na instituição e suas formas de poder, que às vezes pode retratar um eixo transversal capaz de agrupar diferenças específicas. De acordo com Clastres (2014) ao mesmo tempo em que existem semelhanças no plano socioeconômico, no plano cultural, especificamente falando, há uma irreduzível heterogeneidade, peculiar de cada grupo étnico, fazendo com que os processos identitários sejam bem específicos em cada etnia ou grupo linguístico, permitindo ao indivíduo se definir por sua pertença a um grupo de parentesco e a uma comunidade, de acordo com as afinidades e especificidades culturais dos povos indígenas envolvidos em cada relação de parentesco.

É a alteridade e não a homogeneidade que funda a vida social; apesar disso, a diferença não deixa de ser associada ao perigo e à violência potencialmente disruptiva da vida social. A alteridade seria entendida, no pensamento ameríndio, como uma forma de variação (necessária) no conjunto de forças da cultura, o que é também uma forma de representar o poder. (GARNELO, 2003, p.116).

Dessa forma, a ruptura do cotidiano na aldeia a partir do momento em que os indígenas são deslocados para a cidade com a finalidade de tratamento de saúde, faz com que cada etnia ou grupo linguístico busque uma proximidade com aquilo que lhes é familiar, por isso a busca constante pela união com seus parentes ou outras pessoas que não lhes causem perigo, como por exemplo, aqueles oriundos de feitiçaria de pessoas pertencentes a grupos inimigos.

Essa união notoriamente se dá pela agregação desses sujeitos mais próximos nas mesmas enfermarias ou em espaços socialmente organizados pelos próprios indígenas para que o tempo de permanência na CASAI, seja o menos doloroso possível e que gere o mínimo de tensão interétnica. Cabe ressaltar aqui, ao me referir “enfermarias”, não se tratam de estruturas médico-hospitalares, com leitos semelhantes aos hospitais, com camas, equipamentos tecnológicos utilizados em espaços hospitalares, mas sim, em espaços físicos para cada grupo indígena onde possam residir durante o período de permanência na CASAI, sem a presença de camas, mas com vários espaços para fixarem suas redes, proporcionando assim, aproximação com a realidade vivenciada em área indígena.

Além de várias malocas com espaços para redes, a CASAI conta com enfermarias especiais, onde há camas para os pacientes que estão impossibilitados clinicamente para dormirem em redes e algumas vezes, necessitam também de espaço restrito com certo isolamento por apresentarem algum tipo de doença infecto contagiosa. Já, para os bebês em fase de tratamento clínico que requer cuidados especiais, existe também outra enfermaria climatizada, com berços e atendimento especializado com equipe de médico, fisioterapeuta, enfermeiros e técnicos de enfermaria que atuam diretamente com recém-nascidos e demais crianças que precisam de cuidados especiais.

Exemplificando o que ocorre com os adultos em termos organizacionais e estruturais de suas malocas enfermarias, as figuras 14 a 17, a seguir, refletem a maneira pela qual ocorrem as aproximações com seus pares, dentro do contexto da CASAI-RR.

Figura 14- Imagem de uma maloca enfermaria dos Yanomamis do Amazonas



Fonte: Própria autora

Figura 15- Imagem de um grupo Yanomami que organizou sua própria maloca enfermaria



Fonte: Própria autora

Figura 16- Imagem de uma maloca enfermaria organizada pelos próprios indígenas



Fonte: Própria autora

Figura 17- O fogo como proteção em uma maloca enfermaria organizada pelos próprios Yanomamis



Fonte: Própria autora

As formas de organização espacial são definidas pela CASAI e ao mesmo tempo estruturadas pelos próprios indígenas, que nem sempre aceitam determinadas imposições oriundas da instituição.

Neste sentido, a CASAI apresenta em sua estrutura organizacional espaços físicos, denominados malocas enfermarias, destinadas para cada etnia e em alguns casos diferentes malocas para a mesma etnia de grupo linguístico variado. Grande parte destas malocas são construções de alvenaria, atualmente duas malocas de madeira e algumas organizadas pelos próprios indígenas nas áreas comuns da

CASAI ou mesmo em área vizinha, pertencente à Universidade Federal de Roraima-UFRR. As imagens 16 e 17 refletem a realidade dessas malocas enfermarias organizadas pelos indígenas de diferentes grupos linguísticos, pertencentes à etnia Yanomami.

Tornam-se perceptíveis algumas aproximações de convivência entre grupos e mesmo a estrutura diferenciada de maloca enfermaria quando no caso dos Yanomamis ou mesmo dos Ingaricós, que ainda são etnias que vivem em áreas de floresta, por vezes de difícil acesso e em alguns casos grupos com pouca convivência com não indígenas. Nesses casos, ficam mais visíveis as organizações em estruturas não convencionais da CASAI (malocas construídas em alvenaria ou madeira, seguindo os mesmos moldes de outras enfermarias da instituição), ou seja, esses grupos se aglutinam debaixo de lonas, em área aberta e uma parcela representativa em área de mata localizada nas terras vizinhas à CASAI.

A partir da minha trajetória de convivência dentro desse espaço intercultural que a CASAI representa, foi possível perceber que existe uma busca constante por parte da gestão da instituição e da equipe multiprofissional que alí atua em fazer com que as relações interpessoais entre todos os sujeitos envolvidos com a saúde indígena ocorram da maneira mais harmoniosa possível, a fim de que os diálogos possam ser estabelecidos e os pontos de tensão não se tornem conflitos de grande espectro. Esses arranjos ou formas de organização dentro do espaço da CASAI ficam evidentes com a narrativa de uma enfermeira da instituição:

“Os indígenas que estão aqui na CASAI preferem ficar em grupos, debaixo das lonas, no meio do mato, porque se sentem menos distantes do lugar onde vivem. Não querem se misturar com outros indígenas que não sejam da mesma etnia ou do mesmo grupo linguístico, assim evitam conflito. Eles querem acender suas fogueiras e se for dentro da enfermaria fechada eles não podem fazer isso. É a forma deles não se distanciarem tanto assim dos costumes vividos em área. É meio estranho isso, porque eles preferem ficar no meio do mato, mesmo com chuva ou sol forte, do que ficarem abrigados dentro das malocas enfermarias, isso acontece com todas as etnias, mas é muito mais evidente com os Yanomami. Então respeitamos essa decisão para que não se sintam tão tristes aqui e para que não entrem muito em conflito com outros grupos com quem não exercem boa relação de parentesco”. (Enfermeira da CASAI, entrevista de 28 de julho de 2015).

Embora a convivência de todos os indígenas ocorra dentro de um mesmo espaço geográfico, percebe-se que os limites dessa relação são bem definidos, fazendo com que cada espaço físico seja demarcado notoriamente dentro da CASAI, e isso se reflete na existência física de várias enfermarias. De um lado, aquelas construídas pela instituição e de outro, as malocas organizadas por cada etnia, onde buscam maior proximidade com a realidade vivenciada em área indígena.

Existe uma flexibilidade de organização de seus espaços por afinidade, seja dentro das malocas enfermarias ou na mata presente nas encostas e arredores; seja pela opção de não permanecerem em leitos com camas ou outras formas de aposentos que gerem estranhamento e descontentamento, mas sim em suas redes (exceto os casos em que o paciente fica impossibilitado de se acomodar na rede e necessita de um leito com características próprias da medicina ocidental); seja pela liberdade de se deslocarem dentro da instituição e fora dela; isso gera uma aproximação da realidade vivenciada na área indígena.

Além das questões acima mencionadas, a presença do rio Cauamé, que faz divisa com as terras pertencentes a CASAI também é um dos fatores geográficos que torna o espaço da instituição menos distante da realidade vivenciada pelos indígenas em área, fato esse relatado a seguir:

“Quando estamos aqui na CASAI é tudo muito diferente do que na nossa comunidade, aqui é muito calor. Onde moramos às vezes é muito frio pela noite, bom para descansar, aqui a gente acha isso do calor ruim, ainda bem que tem a mata onde podemos dormir nas redes e o rio bem aqui ao lado onde podemos nos refrescar, tomar nosso banho na água fresquinha e também passar um tempo lá para que nossas crianças possam brincar na água com outras crianças, pois as vezes elas são as que mais sofrem por estarem longe do lugar que estão acostumadas a viver, a mesma coisa acontece com os mais velhos”. (Relato do senhor Gilberto, indígena Yanomami da região de São Gabriel da Cachoeira- Amazonas, em 22 de outubro de 2014).

Torna-se perceptível aos olhos de quem observa e passa a conviver de “fora para dentro” é que, apesar da CASAI politicamente ser visualizada por agentes externos à instituição como poder do Estado, existe uma preocupação por parte dos sujeitos que trabalham na instituição em não inferiorizar culturalmente qualquer grupo linguístico ou etnia, ou seja, não reduzir ou tentar homogeneizar um grupo ao

outro, que para Clastres (2014, p. 83), seria um etnocídio que resultaria “(...) na dissolução do múltiplo no Um”.

Um dos mecanismos adotados pela CASAI em não homogeneizar o espaço interétnico ali representado, e para que as relações de conflito não sejam exacerbadas tem sido o formato geográfico e estrutural pelo qual as malocas enfermarias são distribuídas dentro da instituição. Assim, essas malocas são organizadas separadamente por etnias, regiões ou grupos linguísticos, que na sua maioria não dialogam entre eles, ressaltando aqui esta separação espacial das malocas ocorre tanto por parte da própria logística estabelecida pela CASAI quanto por parte dos indígenas que organizam seus espaços de acordo com a demanda que se apresenta.

Apesar da situação de agrupamento geográfico e físico das malocas enfermarias citada anteriormente, ser um mecanismo facilitador da “boa convivência” dentro da instituição, alguns conflitos são perceptíveis entre as etnias e mesmo entre os grupos linguísticos pertencentes a uma mesma etnia, tendo em vista que cada sujeito ou grupo representa uma identidade própria com relações de poder específicas que se modificam constantemente de acordo com as tramas políticas que se estabelecem com outros grupos.

Para Cunha (2009), qualquer situação interétnica não está desprovida de estrutura, bem ao contrário, “[...] elas se auto-organizam cognitivamente e funcionalmente”. Além disso, “[...] numa situação interétnica são as próprias sociedades como um todo que constituem as unidades da estrutura interétnica, constituindo-se assim em grupos étnicos” (p.356).

Essas articulações interétnicas fazem parte do cotidiano da CASAI, ora harmoniosas e ora nem tanto, pois de um modo geral, torna-se visível disputas nas relações sociais as quais se estabelecem nesse contexto, como também nas relações de poder por parte de determinadas etnias ou grupos linguísticos.

Dentro do contexto da CASAI, em função da minha proximidade com os Yanomamis ao longo da imersão no campo de pesquisa, um exemplo visível de conflito entre grupos de menor contato e mesma etnia provocam tensões constantes com a alteridade foram os Yanomamis que habitam a região do Marari, no estado do Amazonas. Eles permanecem em uma maloca enfermaria onde algumas características são bem pontuais em relação a outras malocas ou barracos adaptados com lonas, como por exemplo, a boa organização do espaço físico e da

colocação de suas redes, além do “melhor” estado de limpeza/higiene do ambiente presente no contexto em questão, algo bastante singular que os diferencia de outros grupos étnicos e ou linguísticos que estão inseridos na CASAI. Além das questões organizacionais que os diferenciam de outros grupos, evidenciou-se um ar de “superioridade” destes para com os demais indígenas, fato esse que ficou claro por meio do relato do filho do Pajé, Sr. Vanderlei da comunidade do Marari: *“Nós, os Amazonas, somos especiais, olha a fogueira que eu fiz, é bem mais organizada, aqui tudo é mais limpo, todos respeitam papai, porque nossa comunidade é especial”* (Relato do filho do Pajé Vanderlei, em 22 de outubro de 2014). Nesse relato se torna evidente que existem diferenças culturais entre cada etnia e às vezes gera pontos de tensão com outros indígenas que não pertencem à mesma comunidade, embora sejam da mesma etnia.

Essas tensões perpassam não somente as relações entre os indígenas, mas deles com a equipe multidisciplinar de saúde e, em alguns casos, com o tratamento que é proposto ao usuário.

Dessa maneira, um dos relatos mais recorrentes dos profissionais de saúde da CASAI, em relação à permanência de várias etnias e grupos linguísticos no mesmo espaço geográfico tem sido as desavenças entre membros de comunidades distintas e o uso indiscriminado de bebida alcoólica dentro da instituição. Fatores esses que têm agravado essa situação e ambas temáticas de conflito serão tratadas posteriormente nesta tese.

Cabe ressaltar também que a CASAI é vista como palco de algumas situações conflituosas não somente entre os pacientes e seus acompanhantes que ali se encontram, mas por representar à comunidade indígena e também não indígena, aqui citando barqueiros, amigos de pacientes ou mesmo de membros da equipe de saúde, que se deslocam para a cidade de Boa Vista com diversas finalidades e acabam utilizando a estrutura da CASAI como um “espaço” ou “hospedaria” de passagem. Esses problemas têm desencadeado algumas situações conflituosas como falta de espaço físico e alimentação, além de outras tensões como entrada de álcool, prostituição, adultério, furtos, dentre outros fatos que possam gerar certo desconforto entre os sujeitos os quais fazem uso dos serviços prestados pela instituição.

Evidenciam-se também as desigualdades encontradas nos serviços de saúde da CASAI em função da etnia ou grupo linguístico a que se refere.

“Um dos principais problemas encontrados no trabalho da CASAI e nos hospitais de Roraima são as fronteiras livres que Roraima tem com os outros países, a preocupação de cair/chegar aqui um paciente da Venezuela, por exemplo, com doença ainda desconhecida por nós brasileiros, que não conhecemos o tratamento. Como vamos conseguir lidar com isso? Nós atendemos indígenas da Venezuela, da Guiana e do estado do Amazonas, que por vezes apresentam perfis epidemiológicos bem diferentes dos povos indígenas de Roraima e por isso, em algumas situações não conseguimos detectar a doença, fazer o diagnóstico porque nem conhecemos essa doença. O pior de tudo isso, é que nos sentimos de mãos amarradas, sem saber o que fazer, ficamos decepcionados por que nem sempre conseguimos ajudar esses indígenas, por fim essa situação gera muita tensão dentro da CASAI. Imagina uma doença que nem conhecemos se proliferar entre os demais indígenas que estão em tratamento aqui na instituição? Isso pode virar um caos na saúde desses indígenas, seria como se fosse uma epidemia de algo ainda desconhecido.” (Enfermeira da Unidade de Vigilância Sanitária- UVE, entrevista de 28 de julho de 2015).

Interessante notar nessa narrativa que os profissionais parecem estar mais preparados para lidar com a diversidade de ameríndios territorializados no Brasil. A fronteira nacional parece também constituir uma fronteira na diversidade “conhecida” e provoca um olhar de potencial “perigo” frente a outras territorializações.

4.2 Os pajés

A região amazônica congrega várias etnias e grupos linguísticos que entre si mantêm diferentes interações sociais, políticas e também espirituais, ora com relações interétnicas mais harmoniosas e ora gerando tensões recorrentes da alteridade presente nessa região.

O processo saúde-doença passa a ser um dos pontos mais evidentes de empoderamento de cada grupo, tendo em vista que “[...] a doença e a cura representam o processo crítico para a definição de relações de poder”. Cita-se aqui, aquelas doenças causadas pela feitiçaria, fruto da ação humana, que “[...] são mecanismos normativos para a regulação do poder”. (GARNELO, 2003, p.10).

Para tanto, a atuação do pajé tem importante papel na compreensão dessas nuances e como ator principal na intervenção desse processo de cura, seja imerso dentro de sua comunidade ou mesmo atuando em prol da saúde de indígenas de

outras comunidades, até mesmo com aquelas que não tenham relações interétnicas harmoniosas entre si.

Cabe ressaltar que a existência e atuação do pajé enquanto especialista em cura se deve pelo auxílio de espíritos protetores que agem como guias em todas as manifestações de pajelança. Assim, a atuação do pajé abrange um vasto espectro do campo espiritual que, além das curas aos agravos à saúde, identifica feiticeiros e seus feitiços pode localizar objetos furtados, como realizar a cura também pode desencadear processos patológicos decorrentes de alterações climáticas e cósmicas. Pode ainda, desestabilizar a ordem deste e de outro mundo, dentre tantas outras manifestações que estão descritas ao longo desta tese, que demonstram a força e o poder espiritual/cosmológico que o pajé tem e representa para os povos indígenas.

Ao longo do percurso de imersão no campo de pesquisa se tornou mais evidente a presença na CASAI de pajés da etnia Yanomami e de seus subgrupos, embora existisse em determinados momentos alguns pajés de outras etnias, como a Macuxi e Wapixana. Alguns pontos relevantes observados nessa trajetória de contato com esses pajés foram as formas diferentes de ritualização e o acesso desses líderes espirituais na instituição. No caso dos Macuxi e Wapixana, em função de serem etnias nas quais suas comunidades estão localizadas em áreas de maior proximidade da cidade de Boa Vista, esses pajés, muitas vezes, se deslocavam à cidade para visita de parentes na CASAI, em hospitais ou mesmo para adquirirem bens de consumo e, na ocasião, a convite de parentes próximos ou mesmo de membros da comunidade de origem desses pajés é que ocorriam alguns rituais de cura. Ressalto aqui, nesses rituais não foi detectada a utilização de qualquer substância (ervas da floresta, sementes, fumo ou qualquer outro tipo de substância química) por parte dos pajés, somente rezas, benzeduras e cânticos.

Já, quando da presença de pajés principalmente da etnia Yanomami, esses líderes recebem chamados de seus parentes, por intermédio do sistema de comunicação da CASAI, para realizar seus rituais de cura, na qual permanecem na instituição por períodos de tempo mais prolongados, mormente em função do sistema de transporte aéreo ou fluvial de que dependem para se deslocarem à Boa Vista. Observa-se que a diferença marcante entre esses pajés e os demais de outras etnias foi a utilização de substâncias oriundas da floresta (Paricá- que será detalhado ao longo dessa tese), além da maneira em que os rituais ocorrem.

Enquanto que, para os Macuxi e os Wapixana não foi detectado o uso de qualquer substância, também as rezas, os cânticos são pontuais, de curta duração, já para os Yanomami cada ritual pode ter a duração de horas com sequência de vários dias, até mesmo em função do maior período de permanência desses pajés na CASAI.

É importante destacar, como já foi mencionado anteriormente, não somente a função do pajé como agente de cura, mas também como sujeito que atua diretamente com a profilaxia, a prevenção da doença, a proteção da saúde dos membros de sua comunidade, proteção da lavoura e de suas terras, de suas plantações, das questões climáticas. Desenvolver ainda ações de feitiçaria contra inimigos de seu povo, ou seja, o espectro de abrangência de atuação de um pajé é amplo, e não se restringe apenas às questões relativas aos processos de ritualização de cura de enfermidades.

Quanto maior for a profundidade de conhecimento dos processos de cura e a capacidade de diálogo com o cosmos, maior será o prestígio e a hierarquia que o pajé ocupará entre seus pares, sendo que grande parte dessas atividades são monopolizadas pelos homens, detentores dos poderes de cura e donos dos cânticos. Neste sentido, o pajé ocupa um espaço de grande importância no centro da vida religiosa do grupo a que pertence, já que busca constantemente traçar uma linha demarcatória entre o social e o religioso, isso faz parte do cotidiano e o que é sobrenatural²³. Logo, seu objetivo principal é de assegurar sempre a saúde, principalmente, dos membros de sua comunidade.

Para Cunha (2009), a notoriedade do conhecimento de anciões e pajés se deve pelo peso dos conhecimentos tradicionais, das experiências sejam elas visuais, auditivas ou mesmo perceptivas que cada um deles vivenciou.

A presença de pajés participando diretamente no processo de cura dos indígenas de várias etnias se tornou algo comum atualmente em diferentes contextos de saúde na cidade de Boa Vista-RR. É possível vivenciar em alguns momentos na CASAI, o diálogo intercultural presente nas diferentes racionalidades médicas. De um lado, o médico atuando no processo de cura, pautado na biomedicina, do corpo anatomizado, de cálculos e procedimentos precisos e do

²³ “[...] a expressão “tornar-se xamã” é sinônima de “tornar-se espírito”, xapiri-pru. Os xamãs se concebem como de mesma natureza que os espíritos auxiliares [...]. Neste sentido, “[...] O conceito de xapiripë assinala portanto uma interferência complexa, uma distribuição cruzada da identidade e da diferença entre as dimensões da “animalidade” (yaro pë) e da “humanidade” (yanomae thëpë). (CASTRO, 2006, p.321)

outro, concomitantemente o trabalho do pajé, por meio dos seus rituais de cura, pautado no sistema de saúde tradicional, corporificando dimensões cosmológicas espirituais nas suas práticas. Esse fato é reforçado pela fala de um pajé da região do Marari, onde ele descreve seu papel junto à sua comunidade:

“Eu faço requebrante, eu tira espírito do mal, espanta os maus espíritos que deixam meu comunidade doente, eu curo doença dos espíritos, da alma, coisa que médico branco não cura. Ele cura a malária, que nós não tem remédio na comunidade, isso porque é doença que o branco levou para nós. Então o médico precisa do pajé e o pajé precisa do médico, porque um não cura doença do outro. Aqui na CASAI não tem problema, médico aceita, as vezes até mandam me chamar na comunidade para vir fazer xabori na CASAI, mas no hospital as vezes médico nem me deixa entrar, só os médicos que conhecem o trabalho do pajé é que acreditam no meu trabalho.” (Relato do Pajé Ari do Estado do Amazonas, em 22 de outubro de 2014).

O diálogo entre os dois sistemas médicos não se evidencia somente por parte dos indígenas, mas também por alguns médicos que atuam na CASAI-RR, que compreendem a importância da articulação entre as diferentes racionalidades médicas. Conforme narrativa de uma médica pneumologista que atua há 13 anos na CASAI o êxito no tratamento de saúde somente ocorre quando há respeito mútuo entre as práticas médicas, então ao mesmo tempo em que o pajé faz o xabori dele, o tratamento biomédico também é feito.

A partir da narrativa da médica, pode-se considerar que há um trabalho de interação comunicativa extremamente favorável no interior do sistema interétnico local, aqui estabelecido pelas equipes de saúde da CASAI e os pajés. Mas tensões também estão presentes neste contexto, pois em algumas situações de tratamento de agravos à saúde existe a rejeição do tratamento biomédico por parte dos indígenas, que solicitam a volta imediata do paciente para a comunidade, seja para ele receber o ritual de cura do pajé ou mesmo para morrer dignamente junto a seus parentes.

Exemplificando essa questão da atuação do pajé dentro da CASAI e a vontade de alguns indígenas em retornar à comunidade, mesmo sem finalizar o tratamento médico, cito o caso de um casal indígena, da etnia Ingaricó, residentes no país vizinho ao estado de Roraima, a Guiana Inglesa. Conforme narrativa do Intérprete Marcio Ingaricó, em 08 de outubro de 2014, o casal em questão já estava aproximadamente há um ano na CASAI para tratamento do marido referente a uma

hérnia, que fez vários exames, procedimentos, porém continuava alegando muita dor e desconforto. Com isso, solicitaram o trabalho de um pajé para auxiliar no tratamento e isso ocorreu quando um curador da Venezuela esteve na instituição, na ocasião realizou alguns rituais de pajelança, minimizando a dor do paciente. No entanto, neste longo período de tratamento do indígena, sua esposa que estava na condição de acompanhante, realizou alguns exames médicos e a partir desses foi detectado um câncer ginecológico.

Após diagnosticado o câncer ginecológico na indígena Ingaricó do país vizinho, a Guiana Inglesa, e aguardando cirurgia de hérnia do seu esposo, o casal solicitou remoção para a comunidade, alegando que já estavam no final de suas vidas e gostariam de ter uma morte digna, perto de seus parentes, pois lá seriam acolhidos com carinho e que qualquer procedimento cirúrgico seria uma forma de agressão ao corpo físico e assim, conseqüentemente, à alma do paciente, pois de acordo com o relato do Intérprete Marcio Ingaricó “[...] *na nossa comunidade não é comum, a gente não vê a retirada de um membro/parte do corpo como sendo algo natural, isso fere nossa alma, vai contra a natureza, os espíritos não gostam de mutilação*”.

Essa situação supramencionada é comum nos hospitais de Boa Vista e na CASAI. Entretanto, para que o paciente seja removido, essa ação somente ocorre após liberação do médico, autorização da CASAI e do Distrito Sanitário, além da assinatura de um termo de compromisso por parte do indígena enfermo ou de algum parente responsável.

“Por vezes os indígenas mandam buscar o pajé da comunidade para vir até a CASAI para fazer o xabori, e ele é colocado no avião para vir para cá, fazer seu trabalho junto com o tratamento médico. O médico é preparado para aceitar isso, ele precisa aceitar o trabalho do pajé. Isso já é natural para os médicos que atuam na CASAI há mais tempo, mas para os novos, nem sempre é bem visto. As vezes o indígena não quer aceitar a medicina ocidental, não quer tomar remédio, quer voltar para a comunidade, quer morrer junto aos seus parentes. Quando ele quer receber o xabori na CASAI e não tem, o indígena retorna para a área para receber o tratamento do pajé, levando o medicamento necessário. Mas assim ele fica mais perto da medicina deles, as vezes confia mais no pajé do que no médico da cidade, embora se faça todo diagnóstico biomédico.”
(Técnico de Enfermagem da CASAI, relato de 29 de julho de 2015).

A presença do pajé em espaços interétnicos da saúde na região Amazônica, em especial no estado de Roraima, atualmente, não tem gerado maiores estranhamentos pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde, embora ainda esta prática não seja tão recorrente nesses espaços. Não significa que a prática de pajelança tenha ampla aceitação pelos sujeitos envolvidos com a saúde indígena, primordialmente os profissionais de saúde, mas o reconhecimento dessa prática tem sensibilizado esses sujeitos de que a saúde indígena é um espaço intercultural, de múltiplas facetas, no qual o diálogo entre todos os saberes é essencial para o êxito no tratamento do processo saúde-adoecimento dos povos indígenas.

4.3 Os profissionais de saúde

No decorrer do percurso etnográfico desta tese uma problemática recorrente relatada tanto pelos profissionais de saúde²⁴ da CASAI quanto pelos indígenas que ali permanecem tem sido a execução das políticas públicas para a saúde indígena, principalmente no trabalho realizado nas aldeias, nos pólos-base, seja pelas lacunas existentes na formação dos profissionais que atuam diretamente com a pluralidade cultural presente na saúde indígena ou pelo número reduzido de recursos humanos que prestam os serviços de saúde e ainda, em alguns casos, a falta desses profissionais, carência de medicamentos ou mesmo pelo diagnóstico não preciso, que às vezes é reflexo da inexistência de equipamentos apropriados e exames clínicos mais fidedignos. Com isso, a atenção básica a saúde dos povos indígenas que deveria ser prestada em área indígena acaba sendo transferida aos hospitais ou mesmo à CASAI, que não consegue atender com qualidade a demanda que se apresenta.

No estudo realizado por Scopel (2013) com os índios Munduruku da Amazônia, algumas fragilidades foram retratadas em relação aos serviços de saúde prestados aos povos indígenas. Cito este estudo em virtude das características apresentadas no campo de pesquisa do autor ser semelhantes ao cotidiano dos indígenas de Roraima. Assim, o autor descreve e analisa brevemente a situação

²⁴ No contexto desta tese, refiro-me profissionais de saúde que atuam diretamente com os povos indígenas, especialmente na CASAI, como: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista, dentistas, AIS.

encontrada nos serviços de saúde realizados na TI Kwatá Laranjal, como segue abaixo:

[...] a composição da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena e as consequências da ausência e rotatividade de profissionais na equipe; as práticas que caracterizam o bom relacionamento entre profissionais e lideranças, como o “aconselhamento” e a importância de atitudes não etnocêntricas dos profissionais; o impacto da precariedade, falhas estruturais e de gestão do subsistema nas atividades da EMSI, causando o alto grau de improvisação e insatisfação de profissionais e indígenas com o subsistema; a crescente relação dos indígenas com os saberes biomédicos através da atuação dos Agentes Indígenas de Saúde e da participação maciça em reuniões do Conselho Local de Saúde. (p.210).

Neste sentido, o estudo de Scopel (2013) retrata uma série de lacunas e fragilidades encontradas nos serviços de saúde indígena, especificamente aqueles realizados nos Pólos Base ou mesmo nas comunidades, que perpassam desde a formação profissional quanto às questões físicas e estruturais precárias referentes aos ambientes de trabalho as que estas equipes ficam submetidas, destacando ainda, as dificuldades de articulações feitas por profissionais e indígenas para garantir o atendimento de saúde, e tudo isso reforça mais a complexidade que o sistema de saúde indígena apresenta.

Coimbra Jr. (2014) afirma que o trabalho realizado pelos profissionais de saúde nas aldeias ainda é tímido, conservador e não dá conta da complexidade epidemiológica nos quais se inserem as 300 etnias indígenas reconhecidas no último censo decenal brasileiro, nem mesmo da diversidade de cenários socioculturais ambientais que o país apresenta. Caso essas arestas não sejam aparadas e as lacunas existentes nos serviços de saúde prestados aos povos indígenas não forem minimizadas ou nulas, possivelmente, não haverá avanços nos campos da política e do planejamento das ações de saúde destinadas a essa população.

Além de alguns pontos nevrálgicos relativos aos serviços de saúde retratados no estudo de Scopel (2013), especificamente em relação á saúde indígena no estado de Roraima, a dificuldade de compreensão da língua que possibilite um diálogo intercultural mais profícuo, a formação acadêmica e demais capacitações dos profissionais que atuam com a saúde indígena também são pontos de tensão relevantes neste contexto de discussão.

As angústias e necessidades apresentadas pelos profissionais que atuam com a saúde indígena, no decorrer desta tese, reforçam os pensamentos de Pontes,

Stauffer e Garnelo (2012), ao afirmarem que, o processo de formação profissional para os povos indígenas deve ser organizado a partir das características culturais dos diferentes grupos, como também é imprescindível reconhecer e valorizar os conhecimentos e línguas desses povos. Dessa forma, torna-se mais evidente a complexidade que a saúde indígena apresenta no tocante ao processo formativo daqueles que irão atuar nesses diferentes contextos inter e multiculturais.

As falas recorrentes dos profissionais de saúde que atuam na CASAI-RR apontam para a necessidade de formação acadêmica a fim de atuar na saúde indígena, além de outras capacitações que proporcionem uma reciclagem de conhecimentos desde a compreensão antropológica da cultura indígena, dos tratamentos da medicina tradicional e seus sistemas de cura, como também conhecer a realidade cotidiana das comunidades indígenas.

De acordo com a narrativa da ex-coordenadora do DSEI Yanomami (gestora que permaneceu maior tempo frente à gestão do DSEI-Y), os profissionais tiveram várias capacitações no período em que a FUNASA esteve à frente da saúde indígena, mas depois que foram criados os Distritos e a SESAI essas capacitações não aconteceram mais. Apesar de alguns profissionais serem formados por Instituições de Ensino Superior do Estado de Roraima, que abordam superficialmente a temática saúde indígena em seus currículos, ainda há um quantitativo elevado de técnicos e demais servidores da saúde com nível superior que não tiveram qualquer tipo de preparo técnico, científico e cultural para atuarem nessa realidade e a situação fica ainda mais agravante quando há profissionais de outros estados, que não vivenciaram esse contato com os povos indígenas, fato muito presente na região amazônica como um todo.

Essas lacunas/fragilidades existentes no processo de formação dos profissionais que atuam com a saúde indígena no estado de Roraima também se evidencia na fala de um AIS da etnia Yanomami que estava de passagem na CASAI:

“Eu fiz um curso na cidade de Boa Vista para ser AIS, mas pouco tempo, bem difícil, porque nós temos nossa cultura, nossa medicina e então precisamos entender e aceitar também a medicina do branco. Eu sei que é importante, mas nem sempre minha comunidade aceita esses conhecimentos, principalmente os mais velhos da aldeia. É muita coisa para aprender em um curso, na verdade a gente aprende todos os dias, mas acho que deveriam ter outras capacitações aqui na cidade.”(Relato de um AIS, em 04 de março de 2015).

Cabe ressaltar que, especificamente, e referente à formação dos AIS, de acordo com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002, p.15), as capacitações para esses agentes deveriam se constituir em estratégias que visem “[...] favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de se somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não”.

Em termos gerais, as fragilidades quanto ao processo formativo de todos os profissionais da saúde indígena vão se tornando evidentes nas falas dos atores sociais envolvidos, como também nas práticas observadas no cotidiano de trabalho, que refletem as lacunas existentes no decorrer do ato sanitário, sejam no decorrer das consultas, no tratamento das equipes de saúde para os indígenas ou mesmo pelos discursos presentes no cotidiano de atuação profissional.

“Tivemos e ainda temos um problema sério com alguns profissionais que atuam em área, com a interação com os serviços porque eles não aceitam as condições, eles acham que terão uma casa a disposição, mas só tem uma maloca, tem que caminhar bastante, e todas as outras questões culturais que se apresentam. Isso gera muita tensão em área. Uns aceitam ficar e outros não, aí voltam para a cidade. A SESAI falhou nessa parte de capacitações, tanto com os AIS como com os profissionais. Aí essa rotatividade de profissionais e às vezes o mau atendimento com os indígenas acontece, esse é outro ponto falho da política, não se pensou em capacitação para esses profissionais que iriam atuar com a saúde indígena, nem no início da política e nem agora. Os profissionais estão preparados para atuarem com a biomedicina, mas não com a realidade da saúde indígena, e pior ainda, saúde indígena na região amazônica, muito distante da realidade de outros estados brasileiros.” (Relato da Antropóloga, ex-coordenadora do DSEI Yanomami, em 31 de julho de 2015).

Conforme relato de vários profissionais de saúde que atuam na CASAI, o mesmo fato acima narrado pela antropóloga ocorre dentro da referida instituição, que na sua grande maioria, afirmam que não tiveram suporte teórico para atuar na saúde indígena, a formação acadêmica foi pautada na biomedicina, apesar de alguns professores, em suas disciplinas dentro da grade curricular citarem a saúde indígena no contexto do processo saúde-doença, não há aprofundamento nesse sentido. Essa capacitação profissional somente torna-se possível por cursos ofertados pela FUNASA, pelo Distrito Sanitário Especial Indígena, por outros órgãos competentes envolvidos com essa questão ou mesmo pela própria CASAI.

“Eu não tive nenhuma formação acadêmica para trabalhar com índio, somente na residência médica tivemos uma única passagem em comunidade indígena nas imediações de São Paulo, somente para conhecer. Quando voltei para Boa Vista quis trabalhar especificamente com a hansenologia²⁵, foi quando passei no concurso da FUNASA e logo depois fui trabalhar na CASAI como clínica geral, apesar da minha formação ser em dermatologia. Nunca havia trabalhado com esse público, mas a cada dia é um aprendizado. Não tive capacitação específica para trabalhar com a saúde indígena, mas a cada dia busco aprimorar meus conhecimentos, procuro outros profissionais que possam me auxiliar, principalmente em casos ainda desconhecidos por mim. Na verdade, o trabalho com a saúde indígena é um grande aprendizado constante.” (Relato de uma Médica da CASAI, em 03 de dezembro de 2015).

Lorenzo (2001) relata que, embora exista a recomendação do Ministério da Educação em dar um enfoque ético-humanístico na formação acadêmica nos cursos da saúde, infelizmente essa recomendação está longe de ser implantada no território nacional, já que a base predominante ainda está pautada numa formação construída sobre as bases do determinismo cientificista próprio à epidemiologia e à biomedicina, mostrando que, cada vez mais a literatura é incapaz de dar respostas a conflitos interculturais no contexto da saúde indígena.

De acordo com a OMS/OPAS (1998), a incorporação do enfoque intercultural da saúde em instituições acadêmicas possibilitaria preparar recursos humanos capazes de responder o perfil e as necessidades reais da população atendida. Dessa maneira, a inclusão de determinados conhecimentos técnico-científicos pautados nas ciências sociais, com aporte da antropologia em suas análises, além do conhecimento de diferentes culturas e cosmovisão dos povos da região, e também, a inclusão de aspectos de gestão, gerenciamento, liderança e comunicação social são imprescindíveis para a formação dos profissionais que atuam na oferta dos serviços de saúde intercultural.

Para Langdon (2001a) é imprescindível que os saberes indígenas sejam respeitados pelos profissionais de saúde, em algumas situações da prática sanitária cotidiana acabam adotando posturas etnocêntricas (oriundas da formação acadêmica biologicista), desconsiderando com isso a eficácia de cura ritual e o papel

²⁵ Hansenologia é um ramo da dermatologia que estuda especificamente a hanseníase. Conforme Eidt (2004) a hanseníase, também conhecida como lepra, é uma doença infecto-contagiosa cuja evolução ocorre de forma crônica, principalmente por lesões cutâneas que causam diminuição de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa. Tais manifestações são resultantes da predileção do *Mycobacterium leprae*, agente causador da doença de Hansen, acometendo células cutâneas e nervosas periféricas.

das relações sociais presentes no processo saúde-doença pertinentes aos saberes tradicionais de cura indígena. Evidencia-se, portanto, a importância de uma abordagem intercultural na saúde na qual os profissionais pudessem reconhecer as limitações da medicina ocidental, relativizando-a e admitindo que existam outros sistemas de cura, outros saberes médicos e que os sistemas de saúde são dinâmicos, citando aqui as diferenças epistemológicas capazes de contribuir com novos conhecimentos.

Entretanto, seria interessante questionar, tanto na formação acadêmica quanto na educação permanente, de que maneira a intersubjetividade, os diálogos necessários entre profissionais de saúde e indígenas é trabalhado ao longo do processo formativo desses profissionais de saúde, como também quais os afetos em jogo nesses encontros e desencontros, em que medida a proximidade e o distanciamento influenciam nas relações entre esses sujeitos, de acordo com Bonet (2004, p. 32), a formação acadêmica dos profissionais de saúde, na sua grande maioria, está pautada na “[...] racionalidade científico-mecanicista [...]”, onde a essência dessa formação está “[...] nas profundidades mensuráveis do corpo anatomizado” (p.31), instituindo às vezes um dualismo entre os aspectos materiais, presentes no sistema de saúde oficial e os aspectos espirituais, intrínsecos no processo saúde doença da cultura indígena.

Apesar das lacunas evidentes na formação acadêmica dos profissionais que atuam na saúde indígena, um fator bastante positivo encontrado na CASAI é de que a maioria dos servidores que ali estão já trabalharam em área indígena, nos Pólos Base ou em outros postos de saúde presentes nas comunidades, obtendo vasta experiência com a realidade vivida e, por isso, geram maior segurança no atendimento aos indígenas, porque esses já conhecem alguns profissionais por meio da convivência gerada em área indígena. Neste sentido, a maior aceitação para o tratamento se torna evidenciada na narrativa abaixo:

“[...] se ele te conhece ele toma o medicamento, senão eles jogam fora, porque acham que o profissional pode passar alguma doença ou um feitiço, é relação de confiança normal, assim como a que nós temos pelos nossos médicos, se não confiamos no diagnóstico, não faremos o tratamento, não tomaremos os remédios que ele receitar e vamos procurar outro profissional que nos passe mais confiança”. (Relato da Antropóloga, ex-coordenadora do DSEI Yanomami, em 31 de julho de 2015).

A partir da narrativa acima citada ratifica-se a importância do diálogo, de que todo processo de tratamento deve estar pautado em relações de confiança, de reciprocidade entre o profissional de saúde e o paciente, e por esta razão se enaltece a importância da formação profissional de forma humanística, seja em qualquer área do conhecimento, mas especialmente daqueles que atuam com as particularidades que a saúde indígena apresenta, seja sociocultural, político ou geográfico. A próxima narrativa reforça essa situação referente à necessidade de formação diferenciada do profissional que atua com a saúde indígena no país, com ênfase no estado de Roraima.

“Geralmente as pessoas não têm preparo para atuarem na saúde indígena, e isso vem sendo de sempre. Quando iniciou o Distrito Sanitário Yanomami, que foi um dos primeiros concursos que houve aqui em Roraima, fazia-se o concurso, as pessoas vinham de fora, geralmente vinham da Bahia, Manaus, Rio, faziam o concurso e depois faziam um curso de um período de 6 meses somente e depois entravam em área, sem nenhum preparo, nunca tinham visto um índio, e aí passavam um tempo lá. Na época aceitava-se os auxiliares de enfermagem (auxiliar 1), no primeiro concurso não teve tanta exigência, mas no segundo já começou a ter, queriam técnicos, mas ainda aceitavam os auxiliares. Eles entravam, passavam um período e depois iam embora então, essa é uma das dificuldades que a gente tem com funcionários em área, porque é outro mundo lá dentro, quem quer abandonar as suas famílias, a sua vida para ficar no mato? Isso, o que acontece, os próprios indígenas não tem confiança, porque a confiança no funcionário é adquirida com o tempo e quando vai se estabelecendo essa segurança a pessoa vai embora, aí é uma troca de funcionários e eles acabam ficando na vulnerabilidade. Para eu tratar um paciente indígena num posto, primeiro eu tenho que entender a cultura daquele povo.” (Enfermeira da Unidade de Vigilância Sanitária-UVE, entrevista de 28 de julho de 2015).

Corroborando com a narrativa acima, o trabalho realizado por Diehl e Pellegrini (2014), sobre o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais, fica evidente que os profissionais de enfermagem têm clareza que a assistência aos povos indígenas é uma experiência diferenciada, existe necessidade do diálogo intercultural e que esses enfermeiros devem se identificar como profissionais da saúde indígena.

Prosseguindo, para os mesmos autores citados anteriormente, no cotidiano de suas práticas de enfermagem vários questionamentos começam a surgir, como a vulnerabilidade dos povos indígenas e a eficácia do sistema de saúde oficial quando

exposta à realidade indígena, mantêm uma relativa distância das concepções e tecnologias biomédicas. Na prática parecem não caber o idioma e o vocabulário aprendidos na formação biomédica, tendo em vista que na cosmologia indígena os eventos patológicos não têm apenas uma causa, geralmente costumam ter mais de uma origem e, na sua maioria das vezes, não é biológica, mesmo que materializado fisicamente. Esse fato comprova um distanciamento da formação acadêmica com a realidade vivenciada na saúde indígena, pois:

[...] revela de um lado as limitações da formação biomédica e de outro indicam que para atuação em contextos indígenas, os processos formativos (sejam eles na graduação ou na educação em serviço) não têm uma fórmula pronta ou única, necessitando elaborações para além das disciplinas clássicas no campo da saúde. (DIEHL; PELLEGRINI, 2014, p.870).

Alguns relatos de profissionais de saúde da CASAI durante o período de imersão no campo corroboram com as citações de Diehl e Pellegrini (2014) quando retratam a saúde indígena como “outro mundo”, que mesmo ouvindo falar sobre o cotidiano em área, procedimentos clínicos a serem adotados na saúde indígena e demais atitudes e protocolos que deveriam seguir no decorrer dos atendimentos de saúde seja em área ou mesmo nos hospitais quais prestam serviços a esses povos, há um enorme distanciamento entre a teoria e a prática vivenciada.

Para cada situação vivida, em cada comunidade indígena a realidade é diferenciada, as práticas culturais, a cosmologia, a língua, a forma de tratamento de saúde e outras particularidades passam a ser um desafio ao conhecimento pré-existente, não existem fórmulas prontas, nem formação acadêmica que dê conta de atender essa diversidade cultural, o que existe de fato é uma fala recorrente de todos os profissionais ouvidos durante a pesquisa de que:

“[...] tem que ter amor pelo que fizemos, ou você ama trabalhar com a saúde indígena ou você odeia, pois cada dia é uma nova experiência, é um outro mundo bem diferente do que estamos acostumados, outro aprendizado, isso faz com que vivemos em constante capacitação profissional, por mais que tivéssemos toda formação acadêmica para atuar com a saúde indígena, é na prática que aprendemos, ainda mais porque cada comunidade, cada região e cada estado a formação acadêmica é diferente e nem dá para falar das características culturais dos indígenas, que diferem consideravelmente por regiões do país, por etnias e outras peculiaridades de cada povo. Aqui temos profissionais de vários lugares do Brasil, com conhecimentos bem diferentes, então cada

um utiliza suas experiências de vida e mais aquelas adquiridas em área indígena para que possamos fazer o melhor trabalho aqui na CASAI junto aos indígenas". (registro do diário de campo referente às conversas informais com vários profissionais da CASAI, período de 17 de setembro de 2014 a 23 de outubro de 2015).

A assistência à saúde prestada pelos profissionais envolvidos com esses cuidados é desenvolvida numa situação intercultural, que de acordo com Albert e Gomez (1997), significaria o atendimento de saúde deve ocorrer na fronteira de dois sistemas de interpretação que envolvem visões de mundo radicalmente diferentes em seus conceitos e práticas de saúde. Além disso, a precariedade na comunicação linguística entre os sujeitos envolvidos (usuários e profissionais) faz com que se constitua um quadro permanente de frustrações, dissabores, angústias e desventuras por parte de todos os envolvidos.

4.4 Os desafios da língua e a presença dos intérpretes

A diversidade linguística tem sido um dos traços marcantes dos povos indígenas e é por meio da língua que esses povos dialogam entre si, demarcam seus territórios, representam-se socialmente, culturalmente e simbolicamente, mas nem sempre essas vozes, essas linguagens conseguem expressar suas necessidades, e são nesses momentos que as relações conflituosas entre indígenas ou mesmo deles com não indígenas se estabelecem, causando a barreira linguística, ou seja, um abismo infinito entre os sujeitos presentes na CASAI.

Para Garnelo (2003), a dinâmica do movimento indígena e das conjunturas políticas e econômicas requer das lideranças indígenas a apropriação dos saberes do mundo não indígena, aqui especificada pela linguagem, caso contrário, a falta desse conhecimento deixa muitos líderes fora do páreo de qualquer tipo de negociação, conseqüentemente, aprofundando as assimetrias entre indígenas e não indígenas, mantendo o mesmo mais imerso numa lógica preponderantemente local.

Além da situação anteriormente mencionada e em outras situações cotidianas, a barreira linguística fica muito evidente e é apontada pelos profissionais de saúde e pelos indígenas como um ponto bastante negativo para o diálogo, principalmente em área indígena.

Conforme os relatos dos profissionais de saúde entrevistados para essa pesquisa, cada etnia é um mundo diferente, cada etnia tem dialetos e subdialetos, que são os grupos linguísticos, com isso, a diversidade linguística é enorme, sem falar nos indígenas da Venezuela e da Guiana que são atendidos no estado de Roraima. Além da língua própria dos países ainda há a questão étnica com suas linguagens próprias. O número de intérpretes é de certa maneira insuficiente, primordialmente nos hospitais, isso faz com que a relação entre os profissionais da saúde e os indígenas fique fragilizada.

Essa dificuldade de interpretação linguística e de diálogo intercultural na CASAI fica bastante evidente na fala de uma Assistente Social, que apesar de doze anos atuando diretamente com a saúde indígena dentro da instituição, ela relata que ainda possui algumas dificuldades de diálogo com determinadas etnias em função da barreira linguística, isso gera insatisfação por parte do paciente e frustração por parte do profissional. Nessa situação especificamente, ressalta-se que o setor que a servidora trabalha é o serviço social, que é responsável por uma gama de ações que dependem prioritariamente do diálogo onde:

“[...] tudo passa por aqui, desde as intermediações dos conflitos, liberações de vários documentos pertinentes ao setor social até o auxílio funeral para deslocamento do paciente em óbito para a área, sem falar que muitas vezes eles nos procuram para conversar, pois sentem muito com a ausência dos parentes e se não compreendemos as angústias desses indígenas por meio da fala, fica difícil auxiliá-los, a gente se sente incapaz, fragilizado, e o indígena percebe essa nossa insegurança o que acaba não passando credibilidade e segurança a ele”. (Relato de uma Assistente Social, entrevista de 05 de agosto de 2015).

Essa fragilidade de compreensão linguística também ocorre parte da equipe de saúde, que além de não terem domínio das diferentes línguas pertinentes a cada etnia ainda descrevem a dificuldade de diálogo com os intérpretes, que nem sempre conseguem atender a demanda ou interpretar as falas dos indígenas para com as equipes de saúde e vice-versa, segundo descrito abaixo na narrativa de uma médica dermatologista:

“O intérprete nem sempre consegue interpretar o que estamos falando e por vezes acaba instruindo o paciente de forma errônea, equivocada, o mesmo ocorre quando ele não consegue repassar ao médico as informações que o indígena disponibilizou. Tem vezes que o indígena fala

muito e o intérprete repassa uma ou outra palavra ao médico, dificultando assim nosso trabalho, ou seja, eu vejo o indígena falar e falar e falar e na hora do intérprete repassar o que o paciente falou ele acaba dando o mínimo de informação possível. Já aconteceram situações em que recomendo alguns cuidados e procedimentos para o tratamento do paciente e o intérprete repassa outras informações de forma equivocada. Nessas horas percebo o quão frágil é nossa atuação médica em relação a não compreensão da língua, pois essa é uma das maiores ferramentas de trabalho que temos, a linguagem, compreender e sermos compreendidos.” (Relato de uma Médica da CASAI, em 03 de dezembro de 2015).

Em termos mais generalizados, apesar das particularidades e fragilidades relatadas, na CASAI esse diálogo intercultural tem sido um processo mais naturalizado, de confiança dos indígenas para com os profissionais, fato este decorrente do tempo de prática e vivência destes em área indígena. Atualmente, a maioria dos profissionais que estão atuando na CASAI já viveram em área indígena por alguns anos, principalmente junto aos Yanomamis, compreendem a língua e as diferenças culturais, conhecem a realidade de saúde de cada etnia. Decorrente disso, há uma maior aceitação dos tratamentos médicos e das práticas de cura indígena de ambas as partes, tendo em vista que muitos indígenas já conhecem esses profissionais que lá estão desde o tempo em que atuavam em suas comunidades.

A aceitação e o conhecimento de outras culturas por parte dos profissionais de saúde presumem o estabelecimento de relações de confiança entre todos os atores sociais envolvidos nos serviços de saúde em espaços interculturais, citando aqui, especialmente a CASAI-RR.

Comparados com a CASAI, que embora tenha certas tensões linguísticas, porém não apresenta grandes barreiras, os hospitais mostram problemáticas mais graves, visto que a maior parcela dos profissionais nunca vivenciou a realidade indígena em área, além do quantitativo ínfimo de intérpretes que estão atuando nessas instituições em Roraima. Esse pode ser um fator de superlotação de leitos na CASAI e cada vez mais evasão dos hospitais por parte dos indígenas. Se não há comunicação, se não existe compreensão do que o outro está falando, como ter confiança sobre um diagnóstico e o tratamento?

“Se o branco levou a doença aos indígenas, então nós temos que levar a cura também, como nossa obrigação. Mas como fazer isso sem a confiança deles na gente? Vejo que um dos primeiros passos para se adquirir essa confiança é podermos dialogar com o outro, é na fala, nos gestos e nas nossas atitudes que aproximamos nosso paciente, ainda mais esses indígenas que se deslocam de tão longe e passam um grande tempo na CASAI, como o caso dos Yanomamis, eles acabam ficando fragilizados, inseguros e carentes, eles precisam de atenção, gostam demais de conversar e quando não podemos nem fazer esse mínimo que é trocar informações com eles aí é que fica tudo muito difícil, se perde parte da essência do nosso trabalho com esse povo que tanto precisa da nossa ajuda, da nossa atenção.” (Relato de um Enfermeiro da CASAI, entrevistado em 29 de julho de 2015).

Cabe ressaltar aqui que a angústia, a inquietação e outras sensações que geram desconforto em relação a barreira linguística também foram questões que me afetaram durante o trabalho de campo. Por hora dialogava livremente com indígenas de algumas etnias, como por exemplo, os Macuxi e os Wapixana, populações essas em que parte de seus parentes vivem na cidade ou em suas proximidades, mas especialmente com os Yanomamis, povo com o qual tive maior contato ao longo dessa trajetória. O mesmo não ocorreu com as pessoas que tive maior contato eram lideranças/tuxauas, pajés, jovens indígenas os quais possuíam certa habilidade na língua portuguesa, além de alguns indígenas que tiveram maior proximidade com o mundo dos brancos, seja pela atividade com o garimpo, prestação de serviços na área da agricultura, construção conhecimento da língua portuguesa, facilitando assim, meu diálogo com esses sujeitos. Não posso deixar de citar o auxílio de alguns enfermeiros do posto Yanomami que diversas vezes, foram os facilitadores para que alguma forma de diálogo pudesse ser estabelecida.

Em relação aos intérpretes, ao mesmo tempo em que tive ótimas experiências de aproximação com esses sujeitos para me auxiliar nos momentos de diálogo atuando de certa maneira como “minha voz” junto aos indígenas, também passei por algumas vivências não tão exitosas, seja pela dificuldade de aproximação com alguns intérpretes ou pela inquietação que tive em determinados momentos em não sentir segurança nas informações que eram repassadas para os indígenas e da parte deles para comigo, ou seja, até que ponto havia uma compreensão das minhas intenções naquele espaço da CASAI e até onde minhas informações eram repassadas com fidedignidade aos indígenas, assim como as informações dos indígenas foram repassadas para mim?

A importância do trabalho dos intérpretes indígenas nos espaços de saúde onde a presença do modelo biomédico ainda é muito evidenciada é de extrema importância já que eles proporcionam um canal de interlocução entre as equipes de saúde e o paciente indígena. Porém, o que se encontra na CASAI, especificamente, são evidências de que ao mesmo tempo que esses sujeitos atuam em prol da causa indígena, podem se tornar mecanismos de algumas tensões entre diferentes atores sociais envolvidos. Cito aqui algumas inquietações que levo comigo ao longo da trajetória dessa pesquisa a partir da representação social dos intérpretes, que são jovens indígenas e possuem certo domínio na língua portuguesa e atuam no espaço da CASAI geralmente acompanhando consultas médicas e ou outros procedimentos de diagnóstico ou de cura e também pertencem /representam uma etnia.

Dentre algumas inquietações provenientes da imersão no campo de pesquisa, cito as mais expressivas: de que maneira as equipes de saúde, em especial os médicos, conseguem ter a garantia de que esses sujeitos compreendem de fato todas as informações (clínicas e, posteriormente, medicamentosa) repassadas ao paciente? Até que ponto as informações prestadas pelos pacientes são repassadas de fato à equipe de saúde? Se o intérprete indígena pertence a uma determinada etnia, porém, é de grupo linguístico diferente do paciente ou mesmo de comunidade considerada inimiga daquele em que o paciente pertence, como as relações de confiança e reciprocidade ocorrem a ponto de não se tornarem alvo de conflito, seja pela informação não repassada de forma correta ou até mesmo o paciente se negar a prestar informações para um membro de uma comunidade inimiga? Até que ponto esses jovens intérpretes não fazem uso desse “espaço que eles preenchem na CASAI para obterem um certo prestígio na comunidade e utilizarem desse artifício para gerar possíveis conflitos entre outros grupos linguísticos ou mesmo outras etnias?

Ao longo do meu percurso etnográfico, por intermédio das relações que se foram estabelecendo com as equipes de saúde, foi possível detectar pelas narrativas de enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, médicos e gestores da CASAI e do DSEI-Y algumas inquietações bastante recorrentes no que diz respeito à presença e atuação dos intérpretes que atuam na CASAI. Nesse sentido, cito algumas dessas narrativas de maior expressividade:

“Têm alguns intérpretes muito “gente boa”, são gentis, atenciosos, bem profissionais, mas têm outros que fazem questão de não esconderem que estão atuando na saúde indígena por “prestígio ou status” junto as suas comunidades, além da questão financeira, pois passam a ter seus recursos próprios de sustento, com isso, alguns bebem, gastam com mulheres, essas coisas, isso interfere no trabalho deles”. (Relato de uma Enfermeira, entrevista de 28 de julho de 2015).

“Alguns conflitos provenientes do uso de álcool dentro da CASAI e o envolvimento desses intérpretes com mulheres/esposas de tuxauas ou demais pacientes geram tensões severas dentro da instituição, ou seja, esses profissionais que deveriam auxiliar a saúde indígena por vezes acabam atrapalhando ainda mais. Alguns intérpretes indígenas ficam tão “encantados” com o que a cidade pode oferecer a esses jovens que por vezes esquecem o principal objetivo de estarem residindo em Boa Vista, que é o trabalho que deve ser realizado tanto na CASAI, quanto nos hospitais ou nos acompanhamentos de exames clínicos, laboratoriais ou ainda outras formas de diagnóstico ou tratamento em outros ambientes que não tenham sido citados aqui”. (Relato de uma Assistente Social, entrevista de 05 de agosto de 2015).

“A presença dos intérpretes indígenas é de suma importância em espaços interculturais de saúde, no entanto, é questionável a atuação de muitos desses intérpretes principalmente no momento do repasse de informações durante as consultas médicas, diagnósticos e no tratamento propriamente dito. Quando prescrevemos medicação e o tratamento a ser realizado nunca teremos a garantia de que o intérprete compreende o que estamos querendo dizer e assim não repassa as informações corretas ao paciente ou ao acompanhante”. (Relato de uma Médica da CASAI, em 01 de setembro de 2015).

As narrativas acima mencionadas não se esgotam nestes tópicos, mas a partir de algumas dessas inquietações dos profissionais de saúde torna-se perceptível que coexistem diálogos, tensões e contradições na atuação desses intérpretes. Em relação aos pontos nevrálgicos dessa atuação, nem sempre tem sido algo simples de ser resolvido por parte da gestão da CASAI, tendo em vista que alguns desses intérpretes foram indicados pelo tuxaua e atuavam como “pessoa de confiança” do líder da comunidade o que de certa maneira deixa-os “protegidos” de possível demissão ou outro tipo de retaliação.

Outras situações presentes no espaço da CASAI referente aos intérpretes é a forma de escolha desses profissionais por parte da comunidade, visto que às vezes é um jovem que se destaca junto a seu povo, mas quando inicia seu trabalho na saúde indígena nem sempre apresenta o mesmo destaque ou desempenho em sua

atuação; além disso, existem situações em que o jovem indígena foi indicado para realizar essa função de intérprete, mas que na verdade não é um objetivo de vida desse indígena que acaba se “tornando intérprete” por pressão da comunidade, de seus parentes e, de certa maneira, forçosamente se desloca para a cidade para realizar esse trabalho, sendo assim, esses exemplos de diferentes situações vivenciadas pelos intérpretes podem fazer com que seus desempenhos não atendam às expectativas daqueles que os indicaram para a função e principalmente, não apresentando êxito no trabalho a que se refere.

Mas quando questionado à gestão da CASAI sobre quais procedimentos seriam cabíveis para minimizar algumas problemáticas vivenciadas entre os intérpretes, pacientes e os profissionais de saúde, todas as narrativas tiveram convergência para o mesmo argumento, de que apesar de ocorrerem algumas situações conflituosas a presença desses intérpretes ainda é imprescindível para que a engrenagem da saúde indígena esteja em funcionamento, porque eles representam o elo de linguagem, de diálogo e de interpretação dos saberes entre todos os sujeitos envolvidos com a saúde indígena, mesmo que algumas evidências indiquem certa imprecisão nas informações por eles prestadas.

De um lado, as narrativas dos profissionais de saúde da CASAI e de outro lado, as inquietações dos intérpretes indígenas. Assim, durante aproximadamente dois anos de imersão no campo de pesquisa presenciei várias narrativas de alguns desses profissionais, mas uma delas chamou a atenção pela angústia representada por um intérprete da etnia Ingaricó:

“Eu gosto do meu trabalho aqui na CASAI, a comunidade me respeita, fui indicado pelo tuxaua para ser intérprete porque falo e entendo o português então acompanho consulta, os exames médicos e no laboratório, essas coisas. As vezes não é fácil ver meu povo sofrendo aqui na CASAI, eles reclamam do calor, do tempo que eles têm que esperar para fazer consulta e o tratamento, mas o pior de tudo é ver meu povo sofrendo por causa da comida, acham o peixe servido no refeitório podre, é congelado, tem gosto ruim, eles estão acostumados comer o peixe fresquinho e também carne de caça, aqui não tem isso. Aí meu povo sofre por tudo isso, eles têm saudade de casa, de seus parentes, aí vem o médico ou o enfermeiro querendo que o paciente faça isso e aquilo, eles querem que o paciente melhore, eu entendo, mas as vezes o tratamento não é aceito pela comunidade, as vezes meu povo só quer o trabalho do pajé, isso é muito ruim para mim, porque sei que o pajé é muito importante, mas sei que o médico da CASAI também é importante, então vejo a tristeza de alguns médicos que querem ajudar, mas vejo o

sofrimento do meu povo. Além disso, nem sempre consigo dizer para o paciente tudo bem igual o que o médico fala, tem coisa complicada, difícil de entender para nós indígena, então as vezes eu posso estar prejudicando o trabalho do médico e também o tratamento do paciente. Por fim, nosso trabalho aqui é puxado, tem vezes que somos quatro ou cinco profissionais trabalhando aqui na CASAI para atender esse mundo de gente e nem sempre tem intérprete de todas as etnias, as vezes temos que acompanhar paciente em consulta no hospital e então não fica intérprete na casa, é cansativo, nós não estamos acostumados a essa rotina, por isso alguns intérpretes de outras etnias pedem para sair, abandonam o trabalho, aí sim tudo fica prejudicado, sem falar que tem colega que não gosta de morar na cidade, acha ruim, aí foge de volta para a comunidade e tem outros que arrumam mulher aqui e nem querem mais saber do trabalho.” (Relato de um Intérprete da etnia Ingaricó, em 17 de setembro de 2014).

Belíssima reflexão da vida entre mundos, que expressa com força a precariedade de condições e a complexidade de dimensões a serem articuladas para possibilitar um diálogo intercultural.

A partir das diferentes percepções dos profissionais de saúde e dos intérpretes indígenas torna-se ainda mais compreensível que a saúde indígena, aqui me referindo ao contexto da CASAI-RR é um espaço de múltiplas facetas, de uma saúde intercultural que estabelece várias formas de diálogo, ao mesmo tempo apresenta um cenário de contradições, de tensões as quais comprovam ainda mais a complexidade que é a saúde indígena com sua heterogeneidade de atores e de relações presentes nesse universo.

4.5 A presença Yanomami

Início a escrita deste último tópico justificando algumas inspirações que me fizeram prestar mais atenção à presença Yanomami no contexto da CASAI. Dentre algumas motivações sobre essa escrita, cito aqui alguns pontos: difícil acesso geográfico às comunidades Yanomami; ocupar fronteiras nacionais e internacionais de grande representatividade no cenário mundial; características culturais e consequentemente, epidemiológicas que os diferenciam das demais etnias; maior contingente de indígenas que permanecem nos espaços da CASAI, além do maior tempo de permanência para tratamento de saúde; dificuldades linguísticas para comunicação; rituais de pajelança/xabori próprios desta etnia; dentre tantos outros

que fizeram com que minhas aproximações fossem expressivamente maiores para com esse povo em relação às demais etnias.

As aproximações com os Yanomami inicialmente, se deram de forma intencional, mas ao longo do percurso etnográfico penso que ocorreram naturalmente, acredito que tanto a “curiosidade” dos Yanomamis para com a minha presença na instituição quanto a minha própria “curiosidade” por se tratar de um grupo com uma grande visibilidade no espaço da CASAI tenha sido pontos que facilitaram essas aproximações.

Os Yanomami estão inseridos na floresta tropical do Norte da Amazônia cujo contato com a sociedade nacional é, na maior parte do seu território, relativamente recente. Até o ano de 2011, o território Yanomami cobria, aproximadamente, 192.000 km², situado em ambos os lados da fronteira Brasil/Venezuela na região do interflúvio Orinoco - Amazonas (afluentes da margem direita do rio Branco e esquerda do rio Negro) e a população total dos Yanomami, no Brasil e na Venezuela, era estimada em cerca de 35.000 pessoas. A Terra Indígena Yanomami abrange 9.664.975 hectares (96.650 km²) de floresta tropical e é reconhecida por sua alta relevância em termo de proteção da biodiversidade amazônica. (ISA, 2016).

De acordo com o ISA (2016), a principal cultura extrativista do povo Yanomami é oriunda das atividades de caça e da coleta de produtos naturais provenientes da floresta e do cultivo agrário por meio de suas roças, fato esse que faz com que os indígenas se movimentem muito fisicamente sejam em busca de alimentos por intermédio da caça ou mesmo em função do deslocamento de suas roças/plantações (consequentemente, também de suas habitações) para outras regiões, características estas peculiares aos Yanomami. Por não possuírem desenvolvida tecnologia de navegação, esses povos evitam o acesso a grandes rios e isso determina que a pesca tenha menor importância quando comparada à caça.

Para Menezes (2010) os Yanomami vêm chamando a atenção de estudiosos, principalmente antropólogos, desde os anos 1960, em função de ser um dos maiores (senão o maior) povo indígena com pouco contato interétnico com o mundo dos brancos. Grande parte dos estudos com os Yanomamis geralmente abordam questões sobre cosmologia, xamanismo, organização social, dieta, cultura material, língua. No entanto, nas últimas décadas além das questões mencionadas que tem sido foco de estudos, a análise sobre os processos de transformação que esse povo tem sofrido em função da diminuição gradativa do “isolamento” e da ampliação de

seu convívio com outros povos tem feito com que estudiosos voltem seus olhares com mais atenção para essa situação intercultural ocasionada de forma voluntária ou mesmo de maneira forçada.

Reforçando os pensamentos de Menezes, Leite (2013) afirma que o povo Yanomami está certamente entre os mais estudados e conhecidos pelo fato de despertarem grande interesse por sua diversidade interna e pela vitalidade social e cultural que apresentam desde a metade do século XX.

Há que se notar que entre os Yanomami encontramos diversos subgrupos usualmente identificados na literatura etnológica a partir de suas fronteiras linguísticas. Ainda que marcados por afinidades, estes subgrupos (Ninam, Sanumá, Yanomae e Yanomami) apresentam diferenças sociológicas e rituais de maior ou menor grau, além daquelas também encontradas em seus repertórios míticos. (LEITE, 2013, p.75).

A presença de subgrupos entre os povos Yanomami faz com que as características culturais não sejam uniformes mesmo sendo parte integrante de uma mesma etnia, no entanto, quando comparadas etnias diferentes existe um universo de características próprias de cada grupo. Para Menezes (2010) o distanciamento dos Yanomami em relação a outros povos colaborou para que traços culturais fossem mantidos, porém, não completamente uniformes internamente.

Dessa forma, Menezes (2010) menciona algumas características culturais marcantes dos Yanomami que os diferencia de outras etnias como, por exemplo: a base alimentar é constituída por banana e caça enquanto que em outras etnias se têm a mandioca e o peixe como elementos nutricionalmente relevantes; arcos e flechas marcadamente maiores que de outros povos de regiões adjacentes. Os Yanomami não produzem bebidas alcoólicas fermentadas, mas fazem uso de substâncias psicoativas como o pó produzido a partir de resina e de fragmentos da casca da árvore *Virola elongata*, que é inalado pelo pajé para se comunicar com os espíritos em seus rituais de pajelança (denominado paricá- yãkoana)²⁶; a utilização do tabaco é diferenciada pelos Yanomamis uma vez que eles não fumam esse tabaco, mas preparam uma espécie de rolo proveniente de uma mistura das folhas

²⁶ Para os Yanomami a utilização da droga alucinógena yãkoana serve como instrumento básico da tecnologia xamânica, sendo usada como próteses visuais entre o visível e o invisível. “Os espíritos xapiripê dançam para os xamãs desde o primeiro tempo e assim continuam até hoje. Eles parecem seres humanos mas são tão minúsculos quanto partículas de poeira cintilantes. Para poder vê-los deve-se inalar o pó da árvore yãkōanahi muitas e muitas vezes. Leva tanto tempo quanto para os brancos aprender o desenho de suas palavras. O pó do yãkōanahi é a comida dos espíritos”. (CASTRO, 2006, p.319).

secas de tabaco e pó branco das cinzas da fogueira com um pouco de água para dar consistência, o qual é encaixado na boca entre a gengiva e o lábio inferior, provocando uma breve tontura e sensação de bem estar.

Especificamente, em relação a forma de utilização do tabaco entre os Yanomami, se tornou perceptível ao longo da imersão no campo de pesquisa, entre diálogos informais que foram ocorrendo entre pesquisadora e alguns Yanomamis, esta forma mais natural de utilização do tabaco, sem que haja a queima das folhas, faz liberar lentamente substâncias que causam uma espécie de dormência entre os lábios e aos poucos possibilitam uma sensação anestésica, que de acordo com o relato do filho do pajé Vanderlei, da região do Marari, estado do Amazonas, “[...] *nossos irmãos da comunidade passam grande parte do dia com tabaco na boca, eles usam para aliviar a dor do corpo e da alma, eles se sentem mais leves, o corpo afasta os maus espíritos*”.

Dando continuidade as características peculiares dos Yanomami, outro fato marcante são os rituais *post-mortem*, que retratam algumas formas de se viver o ritual de passagem da vida para a morte. Para Montardo (1995), a maneira de encarar a morte e tratar os mortos pode variar de uma etnia para outra, com características culturais marcantes como, por exemplo, no passado, alguns grupos indígenas enterravam os mortos de acordo com o nascer ou pôr do sol, ou se o rio estava na vazante, às vezes o espírito poderia tomar um rumo e ir para uma espécie de aldeia divina, ou no fundo do rio, dependendo do grupo, e se os vivos ficarem lembrando muito dessa pessoa, eles não deixam que a alma possa seguir o seu caminho e ficam atrapalhando.

Conforme Lizot (1988) e Menezes (2010), as diferentes concepções da destinação dos mortos encontram variações dentro da etnia Yanomami por intermédio de seus subgrupos e da mesma forma, os diferencia consideravelmente de outras etnias indígenas, como exemplo dessas variações, cita-se os complexos rituais que, no caso dos Sanumá e os Yanomami envolvem a cremação dos restos mortais nos quais o pó proveniente desta cremação (neste caso somente dos ossos) é posteriormente armazenado em recipientes para ser misturado com mingau de banana que será ingerido pelos parentes mais próximos em importante cerimônia mortuária, já, para os Yanomae não se separa os ossos do restante do cadáver, ou seja, o cadáver é envolto em folhas que mais tarde, será depositado na floresta longe do alcance de animais e após decomposição deste cadáver os ossos são

limpos e incinerados. O destino das cinzas depende de alguns fatores como idade e comportamento que tinha com a vida, e essas diferenças fazem com que alguns mortos (por meio de suas cinzas) sejam “bebidos” por seus parentes em rituais ou cerimônias, ou suas cinzas misturadas em alimentos mais líquidos como o mingau de banana, ou ainda enterrados no centro da maloca.

[...] Se os rituais forem realizados de maneira correta, a pessoa falecida entrará em um mundo bastante parecido com o dos vivos, porém, bem mais agradável. Na concepção Yanomami, a morte acarreta a liberação do *pore*, um dos componentes metafísicos que formam a pessoa e cuja aparência é semelhante à aparência física da pessoa em vida. O *pore*, então, segue viagem para as bordas da terra, onde o céu quase toca do solo, até a aldeia dos mortos, que se localiza num nível celeste superior, imediatamente acima do lugar onde aquela pessoa habitava em vida. Caso os ritos funerários não sejam realizados de maneira correta e o corpo não seja cremado, o *pore* não encontra o caminho para o nível celeste superior, passando a vagar eternamente entre os vivos, como um fantasma [...]. (MENEZES, 2010, p.92).

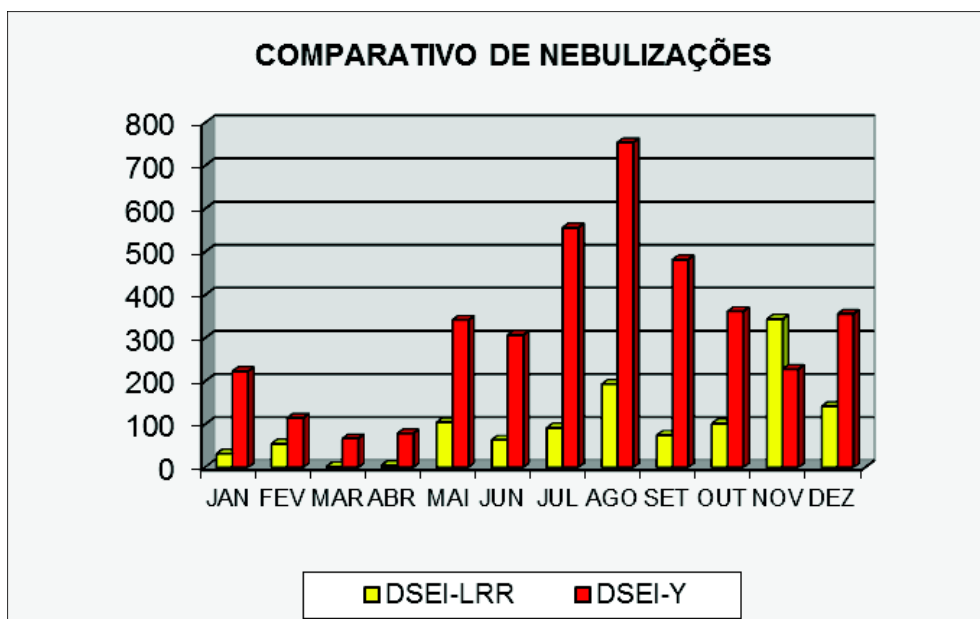
A exemplo dessa diversidade cultural encontrada entre os povos indígenas e a dificuldade relatada pelos profissionais da CASAI-RR quanto a falta de conhecimento ou mesmo equívoco em relação a compreensão das particularidades de cada etnia a fim de que tenha maior êxito no tratamento de alguns agravos à saúde, podemos citar uma das especificidades dos povos Yanomami e seus diversos grupos linguísticos.

Do ponto de vista epidemiológico, a população Yanomami apresenta evolução desfavorável em determinados agravos. Os processos de adoecer e curar dessa população estão atrelados a várias circunstâncias, a saber: local de difícil acesso e as longas distâncias entre as comunidades dessa etnia em relação a CASAI-RR; e o movimento migratório para além do território brasileiro, dificultando a continuidade da assistência de saúde em área. Além disso, segundo Louzada *et al.* (2007) o povo Yanomami apresenta todas as condições necessárias para a disseminação de doenças infecciosas, sobretudo, as de contágio por via aérea, já que habitam em residências coletivas, não dispendo de condições sanitárias adequadas, além de apresentarem carências nutricionais favoráveis ao contágio de doenças respiratórias.

Exemplificando a afirmativa de Louzada *et al.* (2007) quando se refere a disseminação de doenças infecciosas, sobretudo, as de contágio por via aérea, a figura abaixo (figura 18) representa um comparativo de nebulizações realizadas em

pacientes com problemas respiratórios no ano de 2014, demonstrando a grande representatividade nessa ação pelos povos atendidos pelo DSEI Yanomami quando comparados aos indígenas atendidos pelo DSEI-Leste do estado de Roraima.

Figura 18- Comparativo de nebulizações realizadas no ano de 2014 pelos DSEI-LRR e DSEI-Y



Fonte: Dados fornecidos pelo SAME/CASAI-RR (2014)

De acordo com Albert e Gomez (1997), “o fato de os Yanomami distinguirem as epidemias, atribuídas aos brancos, das outras doenças não significa, entretanto, que eles opõem doenças de branco a doenças tradicionais” (p. 48). Mesmo antes do contato direto com os brancos muitas epidemias foram atribuídas à fumaça produzida por outros grupos indígenas. Para os Yanomamis essas epidemias oriundas de substâncias malélicas jogadas no fogo por feiticeiros inimigos, os quais afirmam a distinção está entre as doenças que afetam o indivíduo e aquelas que podem afetar a coletividade. Portanto, um caso isolado de malária pode ser atribuído à feitiçaria ou mesmo a agressão a espíritos xamânicos, enquanto que crises de malária atingem grupos da mesma aldeia podem ser interpretadas como *xawara* (epidemia).

[...] convencer a aceitar o tratamento anti-malárico significa, ao mesmo tempo, admitir a relevância da etilogia indígena e persuadir os parentes do doente de que a malária é *também* uma das causas da doença. Uma confrontação direta com a interpretação xamânica só levaria ao conflito e ao fracasso terapêutico. (ALBERT; GOMEZ, 1997, p.49).

Com a expansão das relações interétnicas o processo de adoecimento, que antigamente tinha sua origem no mundo dos espíritos, fez com que o povo Yanomami absorvesse mais as práticas biomédicas, visto que a doença passou a existir em maior escala após o contato com a sociedade envolvente, “[...] indicando que com os não-índios há sempre uma grande concentração de seres patogênicos invisíveis”. (MENEZES, 2010, p.89).

O caso acima mencionado é um exemplo típico de conflito entre modelos explicativos²⁷ entre a medicina convencional e a medicina indígena que os profissionais de saúde podem encontrar na rotina de atendimento na saúde indígena, e nesse sentido, a compreensão da importância de se ter um diálogo intercultural torna-se imprescindível para minimizar conflitos e com isso obter sucesso no tratamento. (KLEINMAN, 1980).

Neste sentido, o pajé exerce importante papel no espaço interétnico da saúde. No povo Yanomami, conforme Menezes (2010) o pajé geralmente está representado na figura masculina e com auxílio dos espíritos assistentes ele é capaz de fazer diagnósticos, realizar curas, prescrever tratamentos espirituais e interceder entre o mundo dos espíritos e dos humanos nas disputas entre saúde e doença, e isso faz do pajé uma das figuras mais importantes da matriz cultural do povo Yanomami. Ainda conforme Menezes (2010, p.83) citando Chagnon (1997, p.118) os pajés exercem um dos lugares de maior destaque dentro desse povo onde:

[...] Além de identificar e curar doenças, atribui-se ao pajé o poder para atingir seus inimigos com moléstias e tragédias, devendo ele também proteger seu povo dos ataques de outros pajés de outras comunidades. Eles também têm como tarefa manterem posição as camadas do universo, intervir no clima, na abundância da caça e na fertilidade das plantações, atuando assiduamente junto às forças que movem a ordem cosmológica.

A descrição sobre o pajé, acima mencionada, retrata a figura ambígua desse líder espiritual, que simultaneamente, exerce o poder de se comunicar com os espíritos da floresta, os auxilia na realização de diagnósticos, como também no

²⁷ Kleinman (1980) elaborou o conceito de “modelo explicativo” (*explanatory model*) para estudar as dimensões cognitivas e os problemas de comunicação associados às práticas de saúde. A partir da noção de Geertz de que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos, Kleinman relacionou esses modelos à saúde e à doença. O autor distingue “os modelos explicativos” dos profissionais e os “modelos explicativos” utilizados pelos doentes e suas famílias e veiculam crenças, normas de conduta e expectativas específicas.

processo de cura, intercede entre o mundo espiritual e o humano nas disputas entre saúde e doença.

Para Turner (1993) o pajé/xamã também tem o poder de realizar magia agrícola intercedendo na produção e no cultivo agrário, na caça e na feitiçaria, além de possuir funções de suma importância nas incursões guerreiras, fazendo com que ele possa “[...] detectar os inimigos e antecipar seus movimentos, interpretar os presságios de sucesso ou de fracasso na guerra, e, por meio da feitiçaria, fazer doenças se abaterem sobre aldeias inteiras, como auxílio à ação militar”. (p. 55).

A presença do pajé em determinadas comunidades não é algo singular do povo Yanomami, mas representa um simbolismo diferente das demais etnias presentes no estado de Roraima e, principalmente, no contexto da CASAI, porque a atuação desse líder espiritual tem sido sempre mais presente em rituais de cura dentre os Yanomamis em relação aos demais povos indígenas. Esse fato ficou evidente no decorrer do percurso etnográfico desta tese, pois todos os rituais de pajelança que tive a oportunidade de presenciar sempre ocorreram entre os Yanomami e também por meio dos relatos da equipe multidisciplinar de saúde da CASAI, a respeito da atuação e presença do pajé ser em maior escala nessa etnia em detrimento das demais.

Além das especificidades do povo Yanomami no que se referem à saúde, as relações de trocas presentes nos espaços interétnicos também é outra característica marcante desse povo. De acordo com Clastres (2014), os Yanomamis jamais dão algo sem receber algum bem em troca, e assim, as duas partes envolvidas, seja o que deixa algo e quem recebe, devem se satisfazer com essas permutas, caso contrário, “(...) recusar uma oferta de troca (é quase impensável) seria interpretado como um ato de hostilidade, uma violência cujo último termo pode ser a guerra”. (p.34).

Corroborando com os escritos de Clastres referentes às trocas de favores e de bens de consumo, essa situação se tornou evidente em vários momentos do percurso etnográfico por meio da minha inserção nos espaços destinados aos Yanomamis (espaço da CASAI-RR) e no decorrer de algumas vivências de xabori oportunizadas pelo Pajé Vanderlei da comunidade do Marari-Amazonas. Dessa maneira, exemplifico algumas situações de “troca”: na primeira visualização de um ritual de xabori, ao término deste um dos indígenas da mesma comunidade, que fez parte como observador do ritual e tinha domínio da língua portuguesa, gentilmente e

calmamente me explicou tudo que havia ocorrido ao longo do xabori para que pudesse ter maior compreensão daquele momento. Concluída a conversa perguntou o que poderia lhe oferecer como contrapartida pelos esclarecimentos prestados. Foi então, que percebi algumas informações ocorreriam somente por meio de trocas. Especificamente nesta ocasião, tudo que tinha para oferecer àquele Yanomami eram uma caneta, um caderno e um fone de ouvido, e foi assim que algumas trocas se iniciaram. Em outra circunstância, em conversa com um Tuxaua de outra comunidade da mesma etnia, ao longo do nosso diálogo, o mesmo informou que as indígenas “queriam aquela tinta para unhas (entendi que eram esmaltes) e batom”, e que estes deveriam ter cores fortes como, por exemplo, da cor vermelha. No próximo encontro levei até o Tuxaua aquilo que me foi solicitado a fim de que ele pudesse presentear as mulheres indígenas de sua comunidade. Em outro convite para participar como observadora de mais um ritual de xabori feito pelo Pajé Vanderlei, concomitante ao convite já estava atrelado o pedido de roupas para seus parentes e alguns materiais utilizados em seus artesanatos. Aqui, especificamente missangas e cordões para que pudessem fazer adereços como pulseiras e colares, objetos muito utilizados entre os Yanomamis. E assim outros pedidos de bens de consumo por parte dos indígenas foram surgindo sucessivamente no decorrer da trajetória de aproximações e diálogos com esses sujeitos.

As situações acima citadas não se trataram de “compra de informações”, mas para os Yanomamis as minhas contribuições representavam de certa forma mecanismos de troca naturais nas relações de parentesco desses povos e a partir do momento, em que estava inclusa naquele contexto e aceita por aqueles que estavam inseridos naquele espaço físico da maloca enfermária dos indígenas do Amazonas, se tornou imprescindível atender essas solicitações para que pudesse ser parte integrante daquele contexto. Cabe ressaltar aqui, em determinadas situações esses indígenas já ficavam aguardando minha chegada às imediações de acesso a CASAI, ou seja, algumas vezes, já se posicionavam no portão de entrada da instituição para garantir que não entregasse os bens solicitados a outros indígenas, caso contrário a “confusão estava armada” e “promessa deveria ser tratada como dívida” A espera pelos bens solicitados sempre foi algo evidente por parte dos indígenas e o descumprimento do acordo feito com o Pajé ou Tuxaua seria um fator desencadeante de tensão ou mesmo de conflito nas relações, as quais foram se estabelecendo ao longo de todas as aproximações com os Yanomamis.

A situação de trocas de bens de consumo ou outras formas de permuta não é peculiar aos Yanomamis, mas de certa maneira ficou mais evidente na interação com eles. Uma possibilidade pode estar relacionada à grande parte das demais etnias ter acesso mais facilitado à aquisição de determinados bens de consumo, seja pela localização geográfica em que estão inseridas, seja pelas questões socioeconômicas apresentadas por algumas etnias que conseguem comercializar seus produtos nas cidades, ou mesmo oferecerem mão de obra em trabalhos como construção civil, agricultura ou ainda atividades de garimpo que geram renda/recurso financeiro ou ainda pela facilidade de se relacionarem com o não indígena em função do “domínio” da língua portuguesa que age como um mecanismo facilitador de aproximação entre a relação entre oferta de serviços e aquisição de bens de consumo.

A contextualização deste capítulo possibilitou proporcionar ao leitor o conhecimento sobre os espaços interculturais de produção de saúde, os encontros e desencontros, diálogos e tensões presentes nas relações intersubjetivas que constituem o microuniverso da CASAI-RR.

Nesse espaço de coexistência entre o Um e o múltiplo que a CASAI-RR representa, compreender de forma mais ampliada como se dá a territorialização da diversidade de atores sociais que constituem esse universo, direcionará no capítulo seguinte a abertura de uma nova discussão a qual irá tratar sobre as vivências no campo de pesquisa que interferem nas dinâmicas de produção de saúde intercultural.

CAPÍTULO V- ENTRE OS MALES ESPIRITUAIS E AS DOENÇAS “QUE O BRANCO LEVOU PARA NÓS”: DINÂMICAS INTERCULTURAIS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE

Pensar dinâmicas interculturais de produção de saúde indígena requer uma visão mais abrangente da interculturalidade presente neste contexto sanitário, onde o conhecimento, compreensão e respeito às cosmovisões da população a que se atende, sejam o ponto de partida para pensarmos em estabelecer um diálogo equitativo entre diferentes atores sociais e a heterogeneidade de racionalidades médicas presentes no universo da saúde indígena.

Este capítulo pretende descrever situações vivenciadas no campo de pesquisa que interferem nas dinâmicas de produção de saúde, referente à compreensão da representação do tempo de espera, de permanência e o retorno dos pacientes indígenas às suas comunidades; algumas fragilidades encontradas no contexto da CASAI-RR; os diagnósticos realizados e os registros médicos; os “doentes” e as práticas de curas; algumas tensões bioéticas decorrentes das práticas sanitárias realizadas na CASAI-RR, e previstas na política de saúde indígena; os conflitos, principalmente oriundos do uso de álcool e da circulação de diferentes atores sociais no espaço institucional da CASAI-RR; relatos sobre momentos comemorativos/ festejos culturais e, afinal, algumas descrições e narrativas sobre dispositivos de guerra presentes na saúde indígena no estado de Roraima.

5.1 Os tempos

Ao longo da pesquisa de campo lentamente fui apropriando-me da rotina dos indígenas e dos profissionais da CASAI. Enquanto aos profissionais compete uma rotina de trabalho bastante intensa, aos indígenas os dias e noites costumam a passar. A primeira impressão foi de que os tempos de espera pareciam intermináveis, toleráveis para alguns indígenas que aguardavam consulta ou tratamento médico, no entanto, para outros cada minuto poderia se tornar eternidade a ponto de

desistirem do tratamento e almejem retorno imediato à comunidade de pertencimento.

Ao conversar com um casal da etnia Yanomami, da região do Amazonas, sobre a rotina de estar na CASAI, possibilitou notar o quanto o tempo de espera para exames médicos, consultas e de permanência nos hospitais de Boa Vista ou na CASAI geram insatisfação e alguns pontos de tensão.

“Quando o sistema de rádio começa chamar índio para voltar para a comunidade e nosso nome não aparece, ficamos tristes, não tem lugar no avião e agora vamos ficar aqui mais uns dias. Aqui é ruim, não dá para caçar, para pescar e para fazer a fogueira a noite como a gente faz em nossa comunidade. Sentimos saudades dos parentes, lá na nossa terra é mais bonito tudo, não é tão quente, lá na comunidade é frio a noite e a água para beber vem do igarapé, gelada.” (Relato do dia 17 de setembro de 2014).

Outra situação alarmante tem sido os longos prazos e períodos para realização de exames médicos e a emissão de laudos, que passam a ser um dos fatores mais agravantes para a saúde daqueles que buscam esses serviços. De acordo com a narrativa de uma médica ginecologista da CASAI o descaso da saúde para com esses povos é exemplificado pelo caso de uma mulher Ingaricó, que aguardava dez meses longe de seus parentes para receber um laudo médico e se necessário for, realizar novos exames clínicos para posterior retorno à comunidade. Durante todo esse período a indígena e seu acompanhante permaneceram na CASAI na espera da paciente ser chamada para fazer novos exames e o tratamento necessário, se constituindo em um caso típico do “descaso” da saúde pública e de algo ainda maior que é a desumanização para com essa indígena.

A espera gera inevitavelmente algumas angústias que aumentam na medida em que os procedimentos de saúde que dependem da rede do SUS demoram, podendo variar de dias até meses, seja para consulta, diagnósticos e ou para o tratamento propriamente dito. Em qualquer situação e sejam com quaisquer pessoas, esses longos períodos de espera longe da família e do aconchego do seu lar ferem a dignidade humana, portanto, é inevitável que esse descaso gere tensão, desconforto e revolta com a situação de saúde pública no país.

E assim os dias passam, a rotina toma conta dos indígenas que aguardam o dia de suas consultas, o término do tratamento e o retorno às suas comunidades. O

tempo se resume a espera, em suas redes, seja por dias, meses e em alguns casos, mais de anos permanecendo na CASAI. Esse longo tempo de permanência na instituição, a ausência dos parentes e outras assimetrias culturais presentes nesse espaço de convivência geralmente causam angústias, sofrimento e outras tensões, fazendo com que alguns indígenas retornem à comunidade antes mesmo do término do tratamento.

A pessoa sofre e os familiares se veem em uma situação que exige busca por soluções ou saídas para as crises e o sofrimento. Mesmo quando se decide nada fazer, devemos considerar que essa decisão é fundamentada em expectativas que são sempre socialmente construídas. No caso de doenças graves, com frequência os saberes do grupo doméstico não são suficientes para eliminar as causas do sofrimento e as pessoas procuram auxílio de pessoas com saberes especializados. Essa procura não implica que a família deixe de participar do processo terapêutico. (SCOPEL, 2013, p. 182).

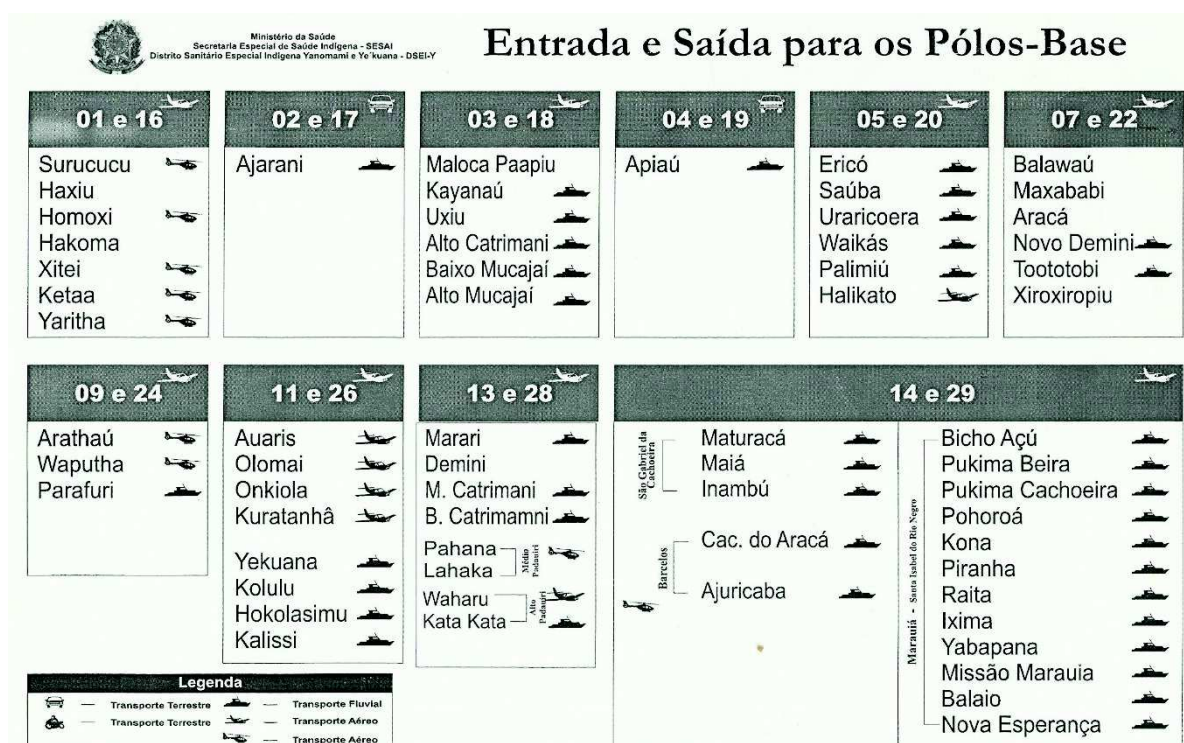
Apesar de grande quantitativo de indígenas desejar que seus retornos às comunidades de origem sejam breves, existe também alguns pacientes e acompanhantes que gostariam de permanecer na CASAI por maior tempo. Essa segunda situação foi relatada pelos intérpretes e por profissionais de saúde, de que alguns indígenas, mesmo que sendo a minoria, não querem retornar às suas comunidades porque na CASAI eles têm alimentação e podem vender seus artesanatos na cidade quando desejarem. As contradições, as assimetrias e as diferenças culturais são visíveis a cada instante, e a compreensão de que no mesmo espaço físico coabitam várias etnias e grupos linguísticos, faz com que a CASAI seja mais um campo de estudos extremamente rico de informações interculturais.

Esses fatores têm refletido negativamente nos serviços prestados pela CASAI-RR, mormente, referente ao quantitativo de internações e o tempo de permanência dos indígenas neste contexto, quando comparado os dois Distritos Sanitários Especiais Sanitários Indígenas (DSEI): Leste e Yanomami. Considerou-se para o DSEI Leste, as etnias: Akawaio, Ingaricó, Macuxi, Patamona, Pemon, Taurepang, Wai Wai e Wapichana, e para o DSEI Yanomami: Sanumã, Xiriana, Xirixana, Yanomami e Yekuana.

De acordo com as informações fornecidas pelo SAME, no período de janeiro a agosto de 2014 o DSEI Leste contabilizou 1.433 internações, enquanto que no Yanomami foram 1.607 internações, totalizando no período mencionado 3.040 internações para tratamento médico. O período médio de permanência do DSEI

Yanomami foi de 25 a 30 dias, sendo superior ao DSEI Leste, com média de 07 dias, justificada por fatores como incidência de patologias de maior complexidade e grande número de traumatismos; dificuldade de retorno ao lugar de origem do paciente, principalmente àquele cujo acesso é exclusivamente aéreo e está condicionado às escalas de voo ou demais transportes (figura19); alto custo do transporte aéreo, às vezes inviabilizando os retornos frequentes às consultas e exames exigidos em alguns casos.

Figura 19- Cronograma de transporte entrada e saída da CASAI para os Pólos Base



Fonte: Dados fornecidos pela chefia da CASAI-RR.

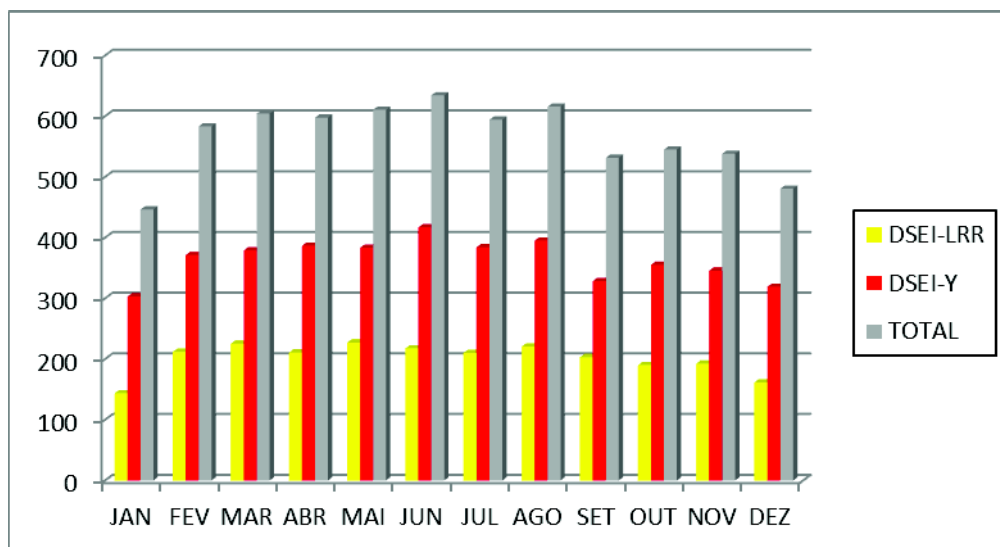
Nota-se por meio da figura acima que o cronograma de voos de entrada e saída dos Pólos Base apresenta uma previsão de ocorrência de voos quinzenais, fazendo com que muitos pacientes e acompanhantes passem longos períodos de ociosidade aguardando o retorno a sua comunidade de origem, e às vezes, nesses períodos de espera, outras pessoas acabam adoecendo em função da vulnerabilidade de saúde que os indígenas apresentam e o contato interétnico presente na instituição.

“Um dos principais problemas que vivenciamos aqui na CASAI é a demora do paciente para retornar à área quando ele recebe alta, a ineficiência dos voos de realocação dos indígenas para a sua comunidade, pois eles chegam a ficar 20 a 30 dias esperando o voo depois de ter recebido alta. Nesse período, às vezes ele termina adoecendo novamente porque está em contato com diversas patologias e volta a reiterar simplesmente porque não conseguiu voltar para a área no período previsto. O que também acontece frequentemente é que o indígena que veio se tratar em Boa Vista acaba reestabelecendo sua saúde enquanto que algum membro de sua família que veio fazer o acompanhamento adoece, é quase que um círculo vicioso, então o tempo de permanência aqui na CASAI aumenta muito. Muito disso se deve pela expressiva heterogeneidade de pessoas que se encontram na CASAI, pois além da diversidade de patologias encontradas entre os pacientes e seus acompanhantes, ainda existe o agravante da CASAI ser visualizada pela comunidade como uma casa de passagem, isso faz com que tenha um fluxo de pessoas muito grande diariamente que trazem consigo vários processos de adoecimento, assim proliferando certas doenças entre aqueles mais debilitados.” (Relato de um Enfermeiro da assistência Yanomami da CASAI, em 29 de julho de 2015).

Exemplificando a problemática referente a superlotação na CASAI, no período correspondente a julho de 2013 a agosto de 2014, de acordo com os dados do SAME, a média mensal de indígenas que utilizaram os serviços da instituição foi de aproximadamente 500 a 600 indígenas, valores expressivamente superiores aos leitos (redes e camas) disponibilizados, o que totaliza 362 leitos, conforme descrito no Relatório das atividades realizadas pela CASAI (2014). Já, no mês de julho de 2015, foi registrada pelo SAME a presença de 750 indígenas na CASAI, dados alarmantes de demanda de atendimentos quando comparado ao quantitativo de oferta de leitos pela Instituição.

De acordo com os dados fornecidos pelo SAME, no ano de 2014, a média de indígenas utilizando os serviços e instalações da CASAI foi de 565 pessoas, sendo aproximadamente 201 indígenas pertencentes ao DSEI-LRR e 364 do DSEI-Y, conforme figura 20, dados esses que ratificam as informações já mencionadas ao longo deste texto, demonstrando que o maior quantitativo de indígenas na CASAI se refere ao DSEI-Y quando comparado ao DSEI-LRR. Além disso, a média anual de indígenas que permanecem na instituição é expressivamente superior àquela que a instituição comportava até o ano de 2015, que era de 362 leitos.

Figura 20- Média mensal de indígenas DSEI-LRR e DSEI-Y na CASAI-RR no ano de 2014



Fonte: Dados fornecidos pelo SAME/CASAI-RR (2014)

Esses dados refletem a problemática da saúde indígena e as lacunas enfrentadas pelas equipes médicas e gestão da instituição no tocante à garantia de atendimento com qualidade devido a grande prevalência de internações mencionadas anteriormente.

Não há uma certeza dos motivos concretos da grande demanda de atendimentos na CASAI, mas existem alguns indícios para que isso ocorra, como os longos períodos de espera para realização de exames, consultas médicas e demais procedimentos clínicos; o atendimento deficitário nas áreas indígenas removendo pacientes que deveriam ser tratados nos Pólos Base e não deslocados para os hospitais em função da gravidade da doença; situações de lotação dos voos para as comunidades, isso provoca aumento na espera e permanência no local, visto que se deve cumprir com a exigência de pesagem máxima feita pelos órgãos reguladores da aviação em relação ao tipo de aeronave que transporta as pessoas para as aldeias.

Além das situações acima mencionadas, percebe-se também é que mais alguns indígenas acabam optando em permanecer na CASAI, pois na cidade eles conseguem uma parte de seu sustento, com a venda de artesanatos e demais serviços realizados por eles como moeda de troca e isso faz alguns indígenas retardarem ou até desistirem do retorno às comunidades.

É importante ressaltar que no Regimento interno da CASAI para cada paciente é permitida a presença de um acompanhante da família. Porém, isso não ocorre, pois em algumas situações o indígena ao sair da sua comunidade para tratamento de saúde em Boa Vista traz consigo todos os filhos e, até os animais de estimação, que de acordo com Clastres (2014, p. 39), “[...] esses animais ocupam na hierarquia das criaturas um status próximo da humanidade”. Sendo assim, algumas famílias trazem consigo seus animais, na maioria cães e ou gatos, por considerarem membros da comunidade. Além do quantitativo de indígenas na CASAI está superior ao preconizado pela instituição, ainda há a presença de animais, às vezes podendo desencadear até mesmo, alguns processos patológicos às pessoas que alí estão inseridas.

Ocorre em algumas situações específicas quando o paciente tiver alta médica já tem outro familiar que adquiriu alguma doença, em função da vulnerabilidade de saúde a qual se apresenta nesse contexto e esse ciclo se repete constantemente, fazendo com que esses indígenas permaneçam maior tempo na CASAI e com quantitativo de pessoas superior ao permitido. E caso haja proibição deste acompanhamento por parte dos gestores da instituição ou mesmo pela falta de vontade dos próprios parentes em permanecerem na CASAI, durante todo o tratamento de saúde de um familiar, geralmente, o indígena em tratamento abandona o local com o intuito de se manter junto aos seus familiares na comunidade.

A situação supramencionada é exemplificada na fala de um indígena, de 70 anos de idade, da etnia Macuxi, que veio a CASAI para tratamento do diabetes e da hipertensão arterial, também para a retirada de um cisto no pescoço além de uma cirurgia de cataratas, que por meio do seu relato reforça a concepção de família, as relações de parentesco, que são extremamente importantes dentro das comunidades indígenas e, principalmente, ao longo do processo de cura.

“Só um filho veio me acompanhar. Tenho saudade da minha esposa e de toda comunidade. Estou muito triste e mais doente ainda porque meus outros filhos não quiseram ficar aqui comigo porque eles têm trabalho na cidade. Então eu te falo, trabalho na cidade o filho arruma outro, mas pai e mãe não arruma outro, filho deve acompanhar pai e depois trabalhar. Família é mais importante.” (Indígena Macuxi, relato de 01 de outubro de 2014).

Os longos períodos de tempo de espera para exames médicos, diagnóstico e tratamento de saúde, a ausência da família e da rotina em comunidade, da permanência em um espaço ainda desconhecido, a presença de outros indígenas que podem gerar ameaças/feitiçaria a outras pessoas que não façam parte das relações de parentesco, enfim, várias situações vivenciadas na CASAI decorrentes dos tempos de permanência neste espaço, geram sofrimento e insatisfação que podem maximizar os processos de adoecimento, tornando cada dia mais frágil as condições de saúde indígena nesses espaços.

A partir da contextualização feita até o momento, deve haver uma compreensão de que os “tempos” nesse cenário não se referem somente a questões cronológicas, mas sim, às relações de parentesco que se fragilizam e enfraquecem pela ausência de todo o grupo familiar e também pela ausência das condições em relação à natureza possa lhes oferecer em suas comunidades e na CASAI. Isso nem sempre se torna possível devido à situação podendo haver uma sobreposição de maiores pontos de tensão em detrimento aos possíveis diálogos estabelecidos entre todos os atores sociais envolvidos nesse espaço e contexto.

5.2 As fragilidades

Ao longo da trajetória de imersão na CASAI foi possível perceber vários pontos positivos em relação ao trabalho realizado na instituição, da mesma maneira que também foram elencados alguns pontos de tensão, fragilidades relatadas principalmente pelos indígenas e seus acompanhantes, e também narrativas dos intérpretes indígenas. Neste sentido, optou-se em abordar duas fragilidades mais recorrentes nas falas dos atores sociais envolvidos a saber: a alimentação proporcionada pela CASAI aos indígenas e a falta de medicamentos para atender a demanda da saúde a esses povos. Além, claro, do que foi refletido anteriormente, sobre a temporalidade.

Ao conversar com um casal da etnia Yanomami, da região do Amazonas sobre a alimentação disponibilizada para os indígenas, ficou evidente o descontentamento quanto à qualidade do alimento. *“A comida na CASAI é ruim, o peixe é podre e tem pouca comida, não gostamos dessa comida, ela deixa a gente doente da barriga”.* (Relato do dia 17 de setembro de 2014).

Corroborando com a narrativa do casal da etnia Yanomami, em relação à alimentação servida na instituição, para a Assistente Social (relato de 05 de agosto de 2015), o cardápio ofertado no refeitório da CASAI não consegue atender as especificidades culturais, percebe-se que a maioria das reclamações recebidas pelo Serviço Social por parte dos indígenas é sobre a alimentação disponibilizada nesse setor, pois cada etnia apresenta práticas alimentares bastante peculiares, porque em grande parte das comunidades, em área indígena, o alimento que a natureza oferta é diverso e de culinária abundante, sem restrições. Isso não ocorre no refeitório da CASAI, pois a alimentação é restrita, com horários determinados para os indígenas receberem os alimentos, fatores esses contraditórios à rotina vivenciada nas comunidades indígenas.

As falas, as reclamações por parte dos indígenas eram constantes e quase que unânimes quanto a qualidade dos alimentos e também a quantidade de refeições ofertadas ao longo do dia. Em vários momentos me posicionei nas portas de acesso do refeitório para observar a rotina de alimentação dos indígenas e em raras situações consegui obter respostas satisfatórias quanto aos alimentos disponibilizados nas refeições.

Algumas narrativas foram recorrentes, como a qualidade do peixe servido na instituição, a comida ter gosto de podre, terem que ingerir alimentos que não são costumeiros a determinadas etnias, não ter acesso a qualquer tipo de bebida gelada já que na CASAI não existem bebedouros elétricos ou qualquer outra forma de dispositivo que evite a água não ser ingerida quente. E também pouca oferta de frutas nas refeições, a não disponibilidade de carne de caça, algo muito presente nos povos da floresta ou até mesmo nas aldeias próximas das cidades.

Cabe ressaltar em relação ao parágrafo acima que, sobre a questão da temperatura da água disponibilizada pela CASAI aos indígenas, não se trata de que as comunidades tenham recursos elétricos para resfriamento da bebida, mas que em grande parte dessas comunidades há poços de água, nascentes de rios ou igarapés onde a água apresenta temperaturas agradáveis/frias próprias ao consumo humano.

A partir das narrativas acima, foi possível compreender alguns motivos que levam vários indígenas, principalmente de etnias de maior proximidade de localização das cidades pertencentes a municípios do estado de Roraima, se deslocarem da CASAI para o centro de Boa Vista ou mesmo para comércios

pequenos localizados nas proximidades da instituição para adquirirem alimentos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, visto que isso já faz parte do cotidiano de algumas comunidades indígenas. Essa situação fica evidente na fala abaixo, de uma paciente da etnia Macuxi da comunidade do Boqueirão, localizada a 60 km da sede do Município de Alto Alegre, a aproximadamente 90 Km da capital Boa Vista.

“Lá na minha comunidade a gente tem água gelada do igarapé, come comida que nós planta, a carne é de caça ou peixe fresco, tem muita farinha e macaxeira, é quase sempre muita comida. Mas nós gostamos de biscoitos, de sucos e de refrigerante e na CASAI não tem isso, eles não querem que a gente coma essas coisas, falam que tem bastante comida, mas eu não acho isso, então meu filho vende o artesanato na cidade e sempre compra lanche para trazer para mim aqui na CASAI, aí quando não tenho nada para fazer aqui eu come essas coisas. O pior são outros índios que pegam comida da hora do almoço para guardar e comer de tarde, aí ela fica podre por causa do calor e eles ficam com dor de barriga, com diarreia, ficam tudo doentes.” (Relato de uma Indígena, 49 anos, da etnia Macuxi, em 24 de setembro de 2014).

Além do alimento propriamente dito, outras situações também geram desconforto e tensão, como a presença de indígenas de diferentes etnias no mesmo espaço físico, gerando alguns conflitos pontuais, a disposição dos indígenas em filas para que os alimentos sejam servidos, bem como, a disponibilização desses alimentos em bandejas, que é um caso atípico para aqueles que usufruem dos serviços do refeitório.

Como demonstram as figuras 21 e 22, é possível observar que grande parte dos indígenas não permanece no mesmo espaço físico para realizarem suas refeições, retornando às suas malocas enfermarias ou qualquer outra área da CASAI que possam permanecer junto a seus parentes.

Figura 21- Imagem do refeitório- início do horário de almoço



Fonte: Própria autora

Figura 22- Imagem do refeitório- início do horário de almoço



Fonte: Própria autora

Outra fragilidade recorrente em várias narrativas de diferentes atores sociais envolvidos com a saúde indígena no contexto da CASAI, foi a carência de medicamentos, dos mais simples aos de maior complexidade, conforme descrito em alguns relatos a seguir.

“O que gera frustração profissional é que não há medicamento suficiente e quando os indígenas voltam para a área eles não continuam o tratamento, por falta de acompanhamento profissional, pela carência de medicamentos, que nem sempre o xabori dá conta e também, nos casos de patologias respiratórias, eles não abrem mão das fogueiras na área indígena, o que prejudica cada vez mais o quadro clínico. Aí eles retornam várias vezes para a CASAI para o mesmo tratamento, isso inviabiliza nosso trabalho, isso gera frustração, faz com que nos sintamos impotentes.” (Médica Pneumologista, relato de 01 de setembro de 2015).

“A farmácia tem sido um caos, na época da FUNASA isso não acontecia. Naquela época tinha sempre recurso para compra rápida de medicamentos. Vou citar um exemplo do problema que tenho vivenciado na saúde indígena: Bebê com escabiose²⁸ amamentando, requer que a mãe também seja medicada. Nesse caso, deixar de amamentar é pior, então muitas vezes eu comprei o medicamento com recurso próprio para que a mãe continue alimentando seu filho sem prejuízos para ela e o bebê, isso dificulta muito nosso trabalho e o êxito do tratamento. Estou tentando maiores aproximações com alguns indígenas para compreender de que maneira e quais ervas da floresta são utilizadas para

²⁸ A escabiose ou sarna é uma infecção causada pelo parasita *Sarcoptes scabiei* var. *hominis* que ganha importância pela morbidade associada ao prurido intenso, alta infecciosidade, surtos frequentes e persistência dos sintomas por muitos dias mesmo após erradicação completa. (TAVARES e SELORES, 2013, p.80).

determinados casos. Em função da falta constante de medicamentos oriundos do Governo, a melhor opção agora é conhecer esses medicamentos naturais que são disponíveis em abundância nas comunidades, porque eu acredito que em algumas situações essas ervas auxiliam muito o poder de cura de determinadas patologias. Sei que eles utilizam várias ervas e raízes e tenho certeza que muitas delas têm inúmeros benefícios, mas como não conhecemos acabamos dependendo exclusivamente dos medicamentos industrializados, que geralmente não estão disponíveis quando mais precisamos, aí às vezes temos que interromper o tratamento. Essa é uma das minhas maiores frustrações com a saúde indígena no momento.” (Relato de uma Médica Dermatologista da CASAI, em 03 de dezembro de 2015).

Interessante essa fala porque mostra ao mesmo tempo a falta de medicamentos ocidentais e o vislumbrar de que existe um conhecimento/prática local em relação às ervas que curam. Entretanto, o diálogo entre esses saberes/práticas parece truncado.

Outra situação agravante no decorrer do tratamento de saúde é que além da falta de medicamentos nos Distritos Sanitários e, conseqüentemente, na CASAI-RR, toda aquisição de medicamentos por parte da SESAI deve seguir a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, no âmbito do SUS. O RENAME apresenta um conjunto de medicamentos que podem ser disponibilizados e ofertados aos usuários no SUS, de forma generalista.

“Muita medicação que não está contemplada no RENAME é doação dos médicos, dos funcionários e de amigos da CASAI. O maior problema hoje é a falta de medicamentos. É muita burocracia para a compra desses medicamentos e muitos medicamentos simples, como o caso de remédios para verminose, ou vitamina C, que não estão contemplados no RENAME, isso complica nossa vida, nosso trabalho. O RENAME não reconhece a particularidade da saúde indígena. Tudo isso tem dificultado nosso trabalho e de certa maneira gerando revolta entre os indígenas. Além disso, essa relação de medicamentos é nacional, desconsidera totalmente as especificidades indígenas e as particularidades de cada região com suas etnias”. (Relato de um Enfermeiro, em 30 de julho de 2015).

Dessa forma, a carência de medicamentos, os de menor complexidade que não são fornecidos pelo RENAME, ou não adquiridos pela SESAI, ou ainda quando não chegam a tempo de tratar um paciente que necessita desse recurso da indústria farmacêutica, são fatores que têm influenciado negativamente para o

acréscimo dos casos de adoecimento nas áreas indígenas, demora no tratamento de alguns agravos à saúde que “dependem” da ação do medicamento industrializado.

Os fatos acima mencionados têm influenciado o aumento do deslocamento exacerbado de indígenas para a cidade em busca de tratamento médico e quando isso não ocorre, em alguns casos inicia-se um processo de renegação do sistema de saúde oficial, abdicando de outras formas de tratamento e cura que não sejam provenientes dos saberes tradicionais da floresta.

Portanto, se para o pajé ou o xamã o instrumento de trabalho é seu conhecimento, seu poder mágico de cura, para o agente de saúde seu principal instrumento é o medicamento industrializado. É neste medicamento que ocorre a materialização do poder mágico do agente de saúde no processo de cura. “A demanda reprimida dos medicamentos não fornecidos pelas instituições de saúde tem sido suprida por intermédio da obtenção alternativa com parentes, políticos, garimpeiros, [...]”. (GARNELO, 2003, p. 219).

Mas, por outro lado, o uso exacerbado de medicamentos, a necessidade e dependência de utilização de medicação industrializada tem sido mais frequente na realidade em determinadas comunidades indígenas. Essa problemática sobre hipermedicalização nos povos indígenas, demonstrando a dependência de medicamentos químicos foi foco de alguns estudiosos, como por exemplo, Pellegrini (1998), Diehl (2001) e Diehl; Grassi (2010).

Nesse sentido, frente à problemática de hipermedicalização entre os povos indígenas, se torna necessário uma compreensão mais ampla sobre a temática, primordialmente referente aos motivos que têm feito com que esses povos se tornem “mais dependentes” da indústria farmacêutica. Será o acesso mais facilitado a esse tipo de medicamento, embora a falta dele seja uma realidade na rede pública de saúde? Será que determinados povos indígenas estão desacreditando no poder de cura das ervas da floresta ou mesmo da atuação dos pajés, curandeiros, xamãs, dentre outros, com o avanço dos processos de medicalização nas suas vidas?

Na narrativa de uma médica da CASAI, essas inquietações acima mencionadas surgem como um sinal de alerta para pensarmos o que de fato está acontecendo em determinadas comunidades indígenas da área de abrangência da CASAI Roraima, conforme transcrição abaixo:

“Têm pacientes que querem cura de coisas que não tem cura, então tentamos explicar que o tratamento irá diminuir o problema e prolongar a vida com mais saúde, mas às vezes o indígena fica desacreditado, não há mais confiança no médico e acaba desistindo do tratamento biomédico. Querem medicamento a todo custo e nem sempre tem e quando há, nem sempre irá curá-los, mas insistem na medicação. Nesses casos, muitos pacientes optam somente pelo xabori, pois acreditam que por meio dos rituais de pajelança é que poderão ser curados. O xabori no meu entendimento já foi muito alterado, eu entendo que ele já foi muito invadido pela cultura do branco, pois em algumas situações o Xabori está sendo pago, isso foge da essência dos rituais espirituais. O que era sagrado acabou virando comercial, no meu entendimento isso está corrompido, claro que não são todos os pajés que fazem isso, mas tem sido muito comum essa prática. Em 1995 os xabori eram muito comuns em todos os espaços de saúde, tanto da CASAI como nos hospitais, além de que era uma prática constante nas aldeias. Respeitávamos demais essas práticas de xabori, pois existia pureza, naturalidade e espiritualidade como dom dos que detêm os conhecimentos da floresta, mas confesso que fico triste com o rumo que essa situação está tomando.” (Relato de uma Médica Dermatologista da CASAI, em 03 de dezembro de 2015).

Interessante notar na fala acima, o paradoxo que provocam, no olhar dos brancos, as mudanças nas práticas indígenas. Paradoxo que nos ajuda a questionar dicotomias superficiais entre tradicional e moderno, expondo uma complexidade das relações e fricções interétnicas.

5.3 Os diagnósticos e os registros médicos

No sistema de saúde oficial pressupõe-se que para cada evento patológico há um diagnóstico prévio pautado com base em conhecimentos já existentes sobre o processo de adoecimento, assim como possíveis opções terapêuticas para o tratamento, desde os diagnósticos dos exames.

No que concerne especificamente ao diagnóstico, na busca pela cura dos indígenas que são atendidos nos hospitais de Boa Vista-RR e que permanecem na CASAI para tratamento de saúde, a construção do diagnóstico da doença se dá por meio do trabalho conjunto dos médicos e demais profissionais de saúde. Esse diagnóstico refere-se a um processo construtivo, que para Bonet (2004), [...] “é frequentemente associado a um procedimento científico” (p.97), perdendo assim, suas referências sociais e também históricas que permeiam a construção desta

doença. É neste momento que o papel do pajé ou do xamã passa ser o fio condutor a fim de ter maior êxito no tratamento dos agravos à saúde desses indígenas.

Em determinadas situações do cotidiano na CASAI a não presença do pajé e as falhas de comunicação mediada pelos intérpretes indígenas às vezes dificultam o processo diagnóstico por parte das equipes de saúde, em especial os médicos, que acabam recorrendo exclusivamente à tecnologia por meio de exames clínicos e laboratoriais. Dessa maneira, se rompe parcialmente a lógica a que se propõe a política de saúde indígena quando se reporta a um atendimento diferenciado no qual a biomedicina e a medicina tradicional dialoguem durante todo processo de cura.

A partir do fato mencionado acima, em decorrência das fragilidades na formação profissional de quem atua na saúde indígena, ocorre, de certa maneira, uma sobreposição do sistema de saúde oficial em detrimento da medicina tradicional indígena, podendo dar invisibilidade aos saberes tradicionais dos povos indígenas. Essa situação consolida a afirmação de Postman (1994), ao relatar que uma tecnologia nova pode dissolver o monopólio de um conhecimento tradicional, criando um novo conhecimento, presidido por grupos diferentes.

[...] as novas tecnologias mudam aquilo que entendemos como “conhecimento” e “verdade”; elas alteram hábitos de pensamento profundamente enraizados, que dão a uma cultura seu senso de como é o mundo- um senso do que é a ordem natural das coisas, do que é sensato, do que é necessário, do que é inevitável, do que é real. (POSTMAN, 1994, p. 22).

As novas tecnologias, diagnósticos realizados por equipamentos altamente tecnológicos que geram resultados “precisos”, contribuem com o trabalho das equipes de saúde, no entanto, esse fator não é determinante para o êxito no diagnóstico e tratamento de agravos à saúde das populações indígenas, porque estão imbuídos de saberes tradicionais, de cosmovisões próprias de cada grupo, que em grande parte dos processos saúde-doença são essenciais que sejam compreendidos, ou seja, as doenças da alma, aquelas provenientes de envenenamento por inimigos, feitiçaria e demais patologias de ordem espiritual, não são diagnosticadas nem mesmo por equipamentos altamente tecnológicos, o que evidencia ainda mais a importância de realização de um trabalho conjunto entre médicos, curandeiros, rezadeiras, pajés, xamãs ou outras lideranças espirituais e ou religiosas.

Esses dilemas ficam evidentes quando se esgotam todas as formas de diagnóstico pautado no sistema de saúde oficial. Como compreender determinados sinais, sintomas e diferentes formas de contágio simbólico uma vez que a objetividade dos exames clínicos não detectam alguns agravos à saúde? De que maneira os rituais de cura conseguem ter maior eficácia no tratamento de algumas doenças, já que não foram detectadas pelo sistema biomédico? Alguns destes questionamentos geram possíveis pontos de tensão em função da sobreposição de distintos sistemas de cura em um mesmo espaço físico, que algumas vezes, não são verbalizados, mas se expressam nas atitudes cotidianas das equipes de saúde ou mesmo dos indígenas.

Quando o poder das instituições sociais tradicionais para organizar as percepções e o julgamento declina, as burocracias, a especialidade e a maquinaria técnica tornam-se o principal meio pelo qual o tecnopólio espera controlar a informação e, assim, prover-se de inteligibilidade e ordem. (POSTMAN, 1994, p. 98).

Ao longo do percurso etnográfico desta tese os olhares enquanto pesquisadora foram se voltando para as tensões que se apresentavam no cotidiano de convivência entre indígenas, deles com as equipes de saúde e destas equipes para com os demais profissionais envolvidos com a saúde indígena na CASAI. As falas eram recorrentes, assim como minhas percepções frente às fragilidades dos diagnósticos clínicos e ou laboratoriais. Mesmo sendo “precisos” aos olhos dos profissionais de saúde, nem sempre esses diagnósticos eram exitosos para o tratamento, pois em parte dos agravos à saúde o fator desencadeante da doença nem sempre era biológico e sim de cunho espiritual, embora refletisse fisiologicamente no paciente ocasionando processos patológicos ora possíveis de serem diagnosticados pelas equipes de saúde ora não. Essa situação se reflete em algumas falas dos atores sociais envolvidos nesse cenário, a seguir:

“Eles fazem um monte de exames no hospital e aí o médico diz que tenho isto e aquilo. Me dão remédio, eu tomo bem direitinho, volto para minha comunidade aí logo depois fico me sentindo ruim, muita dor nas pernas. Vou no posto de saúde da minha comunidade aí os enfermeiros dizem que tenho que tomar os remédios que o médico da CASAI deu, mas não adianta. Aí procuro pajé da outra comunidade e ele sempre me ajuda, tomo meus chás e faço as rezas, isso melhora minhas dores. Mas quando volto para Boa Vista na CASAI eles mandam fazer mais um monte de exames e não dá nada no resultado. E assim eu passo o tempo todo, indo

para Boa Vista e voltando para minha comunidade, e às vezes a dor nas pernas só passa quando procuro o trabalho do pajé. Já estou triste com isso, cansado de ir para lá e para cá.” (Relato de um indígena da etnia Macuxi, região do Uiramutã, em 29 de setembro de 2014).

Conforme os escritos de Postman (1994), em relação à tecnologia médica, a dúvida, ambiguidade e complexidade proveniente dos diagnósticos são eliminados pelas máquinas, pela tecnologia que fornece resultados rápidos, padronizados e precisos. Partindo dessa premissa, a interposição de instrumentos e equipamentos entre médico e paciente transformou a prática médica, fazendo com que os médicos perdessem “[...] a capacidade de realizar exames com perícia e confiariam mais na maquinaria do que na própria experiência e discernimento”. (POSTMAN, 1994, p.106).

Ainda conforme o autor supramencionado, na medida em que a tecnologia médica sobrepõe saberes tradicionais e o contato direto com o paciente por meio dos relatos de histórias de vida desses sujeitos, menor se torna a relação com o paciente, com isso, os médicos tendem a perder suas habilidades e discernimento frente ao diagnóstico de agravos à saúde.

À medida que o clínico faz maior uso da tecnologia do diagnóstico, ele observa seu paciente de forma cada vez mais indireta, pela tela de máquinas e de especialistas; também renuncia mais ao controle do processo diagnóstico. Essas circunstâncias tendem a afastá-lo do paciente e de seu próprio julgamento. (POSTMAN, 1994, p.107).

Assim, como a tecnologia tem avançado no processo diagnóstico, as patologias também têm evoluído, novas bactérias, fungos, processos infecciosos, vírus, dentre outros sinais, sintomas e doenças propriamente ditas também surgem, seja pelo contato interétnico ou das próprias comunidades indígenas, o que requer das equipes de saúde uma atenção diferenciada frente aos povos indígenas. Portanto, não bastam apenas diagnósticos oriundos de análises feitas por equipamentos altamente tecnológicos, ou somente diagnóstico feito por intermédio de relatos do paciente e pelos conhecimentos prévios do profissional de saúde, mas sim, é necessário que se esgotem todos os diagnósticos possíveis para que se possa chegar a uma conclusão mais precisa e às vezes, depende de outros saberes como aqueles oriundos dos pajés, curandeiros, rezadores ou xamãs.

Além dos recursos tecnológicos, outro fator relevante no processo diagnóstico de pacientes indígenas se refere à formação acadêmica e também a vivência

profissional de quem atua com o público em questão, visto que nem sempre a patologia diagnosticada é conhecida por esse sujeito que trabalha diretamente com a saúde indígena. Nesse sentido, a descrição detalhada do histórico de saúde por parte do paciente ou por intermédio dos intérpretes se torna essencial para o êxito do tratamento. Essa fragilidade é expressa na fala de uma médica dermatologista que atua na CASAI desde 1995:

“Existe um fato curioso em algumas populações indígenas, por exemplo, da região de Normandia e Uiramutã que vem apresentando alguns quadros de verrugas orais em crianças, essas verrugas aparecem na mucosa oral, fato nada comum, tanto que alguns especialistas vieram à Boa Vista para estudar esse caso. Eu não conhecia e até agora não temos certeza das causas dessa patologia. Outro fator é a doença de Jorge Lobo²⁹, que é semelhante a um queloide, na verdade é um fungo encontrado na natureza e não é frequente, nem mesmo conhecido por alguns especialistas. Tive que estudar sobre isso, enviei materiais de biópsia e fotos para São Paulo para que especialistas pudessem estudar o caso. Quando um paciente com esse fungo chega ao hospital logo, outros médicos querem realizar procedimento cirúrgico, que não é o caso, em função de desconhecerem a patologia, gerando assim, sérios problemas ao paciente. Tento tratar esses casos somente com medicação, mas em função de questões sociais os indígenas não tomam ou passam na pele os medicamentos. Além disso, as questões culturais de higiene são entraves para a continuidade do tratamento. O que mais dificulta meu diagnóstico é o histórico de saúde do paciente, que nem sempre quer falar, o intérprete não consegue descrever exatamente todo percurso patológico. As lesões são muito mexidas, o paciente já passou muito remédio caseiro antes de chegar na CASAI, muitos chás, pinturas corporais, isso dificulta a visualização. Por esse motivo eu faço muita biópsia, é um diagnóstico clínico, biomédico e invasivo, muito ruim para os indígenas, porque nem sempre a história oral do paciente ou do intérprete é suficiente e preciso.” (Relato de uma Médica da CASAI, em 03 de dezembro de 2015).

O relato acima descreve a importância de um bom diagnóstico, pautado nos conhecimentos biomédicos provenientes de exames clínicos oriundos da tecnologia, mas que nem sempre coaduna com a história oral do paciente frente ao processo de desenvolvimento da doença. Nesse caso, de acordo com a narrativa da médica

²⁹ A Doença de Jorge Lobo é uma micose subcutânea que tem como agente etiológico o fungo *Paracoccidioides loboi*. Este fungo pode infectar tanto humanos quanto golfinhos. O primeiro caso em humanos foi registrado no Brasil em 1931. A história natural da doença se inicia pela instalação do microorganismo nos tecidos subcutâneos e as lesões são nodulares, isoladas, com aspecto queloideano, acometendo principalmente o pavilhão auricular e os membros inferiores e superiores. Geograficamente, esta micose ocorre mais em regiões de florestas densas, quentes e úmidas. (SOUZA, et al., 2013, p.39)

dermatologista pode-se perceber que o êxito da cura depende do somatório de diagnósticos feitos pelo médico e da busca incessante pelo conhecimento daquilo que ainda é desconhecido pela equipe de saúde.

Langdon (1994), em seus estudos sobre o processo de doença entre os índios Siona, aponta que o diagnóstico pode ser proveniente de outros atores sociais, que não tenham qualquer tipo de especialidade em sistemas de cura, quando afirmou que:

A família tem o papel principal na negociação do oculto, no sentido de construir as hipóteses das causas. Ainda que o xamã faça um diagnóstico final, na maioria dos casos o paciente e a família já construíram entre eles a explicação das causas prováveis. O xamã encerra o debate com seu diagnóstico final, o qual geralmente é construído com base na narrativa do paciente e sua família. (p.55)

De forma semelhante aos pensamentos de Langdon (1994), Lorenzo (2011) relata que as escolhas das práticas de cura nos sistemas tradicionais de saúde indígena usualmente se baseiam na “[...] transmissão de conhecimentos sustentados em observações empíricas seculares (através de gerações) ou nas inspirações místicas de membros da comunidade detentores dos saberes tradicionais [...]”, citando aqui os saberes de pajés ou xamãs, que possuem a capacidade de contatar com o mundo divino e espiritual. (p.333).

Na verdade, o que de fato pode ser percebido ao longo da trajetória etnográfica desta tese é que a doença, na cosmologia indígena, é um processo social que perpassa a dimensão biológica. A complexidade no que se refere a um diagnóstico mais “preciso” da doença requer uma compreensão de vários saberes, interesses, experiências, interpretações e expectativas frente ao episódio patológico. Portanto, não basta somente a existência de boas técnicas diagnósticas de agravos à saúde e de que maneira registrá-las em prontuários cujos modelos são primordialmente biomédicos, mas sim como saber integrá-las para que se tenha melhor êxito no tratamento e no processo de cura, respeitando as individualidades e também a coletividade cultural.

Por fim, ao longo do percurso etnográfico, ao comparar as formas de diagnósticos e as opções terapêuticas pautadas no sistema de saúde oficial com a medicina tradicional indígena percebe-se um aparente distanciamento concebido entre os diferentes saberes, estando de um lado, os esquemas tradicionais de interpretação da doença e a terapêutica pautada no cientificismo e na racionalidade

médica e de outro lado, o enfoque mágico e ou espiritual presente na cultura indígena, fato o qual evidencia a complexidade que o processo diagnóstico e de cura apresentam na esfera da saúde indígena.

5.4 Os “doentes” e as curas

Enquanto as etnomedicinas indígenas têm uma predisposição a incorporar elementos de fora, gerando assim, processos de hibridação, a biomedicina, se recusa a permitir que as fronteiras entre ela e os outros sistemas se façam fluidas. (FOLLÉR, 2004).

O estar “doente” nas cosmologias ameríndias perpassa os sinais, sintomas e diagnóstico ocidentalizante. “A identificação dos agentes imediatos da doença remete às interações sociopolíticas conflituosas, seja entre membros da comunidade humana, da natureza ou do cosmos socializados”. (Garnelo, 2003, p. 64). Isso determina que a compreensão do processo saúde e doença tenha grande complexidade para aqueles que atuam diretamente com essa questão, gerando muitas vezes, insegurança, desconfiança, instabilidade e demais pontos de tensão entre os diversos atores sociais envolvidos com a saúde indígena.

Para Clastres (2014) o “estar doente” nas cosmologias indígenas é a separação entre o corpo e a alma, é buscar uma compreensão que perpassa um agente natural, tendo sua origem nas agressões dos espíritos da natureza, ou da alma de um morto recente, ataque de um xamã inimigo, ou ainda por transgressões alimentares ou sexuais. Portanto, a coexistência do corpo e da alma unificados na pessoa é a chave para a manutenção da boa saúde.

Tratar a doença, restaurar a boa saúde, é reconstituir a unidade corpo-alma da pessoa: como médico, o xamã deve descobrir o lugar onde a alma é retida prisioneira, libertá-la do cativo onde a força que dela se apoderou a mantém, reconduzi-la por fim ao corpo do paciente. (CLASTRES, 2014, p. 103).

Os processos de cura também são constantemente permeados por assimetrias, nas quais de um lado, estão as doenças do branco que geralmente são relacionadas com o contato interétnico e do outro lado, as doenças indígenas, pautadas em cosmologias próprias de cada grupo identitário. Contudo, o que

determina qual o tipo de doença e a que grupo étnico ela pertence é a forma com que cada povo interpreta esses eventos patológicos e assim, conseqüentemente, diferenciando os procedimentos de cura pertencentes a cada espaço de alteridade.

Essas representações do estar “doente” e também dos processos de cura estão permeados de comportamentos contraditórios, inquietações que geram dúvidas e incertezas, e são dependentes do contexto sociopolítico e cultural em que estão inseridos, dentre outros fatores cosmológicos os quais fazem com que a desordem do estado de saúde seja um processo dinâmico, heterogêneo e em constante resignificação.

Neste sentido, Garnelo (2003, p. 61) reforça a ideia de que a doença pode apresentar múltiplas causas e não deve ser pensada como algo estático, nem mesmo individual. “Ao contrário, os componentes do mundo mítico transmutam-se entre si, garantindo grande plasticidade aos relatos e personagens”.

Boa parte dos relatos se caracteriza pela ausência de consensos interpretativos sobre os sentidos da doença, cuja explicação de origem pode variar conforme as posições ocupadas por cada participante da cena social onde se desenrola o drama representado pela eclosão dos sintomas. (GARNELO, 2003, p.96).

De forma generalizada, os processos de adoecimento estão sujeitos á interpretações diagnósticas múltiplas, que podem ser consensuais ou não, e implicam em pontos de vista sobre a mesma situação de forma diferenciada por parte das equipes multiprofissionais de saúde. Nesse contexto, a saúde indígena representa grande desafio a todos os envolvidos com essa questão pelas especificidades socioculturais que apresenta. Por isso, o diálogo intercultural entre diferentes racionalidades médicas se torna essencial tanto nos processos diagnósticos como no tratamento dos agravos à saúde dos povos indígenas.

5.5 Tensões bioéticas

Situações encontradas no trabalho de campo levam a refletir sobre implicações bioéticas em relação a uma pluralidade de valores e sentidos em torno das vidas que se relacionam com diferentes cosmologias e isso, vem expresso nos caminhos terapêuticos perseguidos/almejados pelos sujeitos. Constatou-se que essa pluralidade de valores e sentidos nem sempre é reconhecida. Existe uma clara

desigualdade de poder, no qual o modelo biomédico hegemônico e seus valores em torno da vida continuam sendo a base da prestação de serviços para os indígenas. Esse fato apareceu de maneira mais alarmante em relação aos hospitais da capital de Roraima, que fazem atendimento especializado aos indígenas. Nessas instituições, as explicações holísticas do processo saúde-doença ainda se encontram em uma posição de subordinação ou mesmo de desvalorização:

“Já aconteceu dos hospitais se negarem a ter o auxílio do pajé, antigamente o diálogo das duas técnicas de cura acontecia, depois os hospitais não aceitaram mais os curandeiros lá dentro. Mas depois de muita briga, principalmente, por parte dos indígenas, para os hospitais autorizarem a entrada do pajé é que isso aconteceu, mas isso só acontece hoje porque existe um documento reconhecendo o trabalho do pajé. Ressalto aqui, que os médicos têm a medicina ocidental, a nossa fé, e eles tem a deles, para fazer aceitar, autorizar é bem complicado, até porque os brancos têm que ser retirados da sala, pois essa prática indígena é de reza, de oração, de cura, a nossa crença em Deus é a mesma crença deles no xabori, que é a pajelança, é a fé que eles têm que vai curar, e isso nem sempre é bem aceito pelos médicos. Mas aqui na CASAI isso não acontece, aqui esse diálogo é algo natural, até porque senão não seria CASAI, aqui eles têm livre arbítrio para fazer xabori, mas no hospital tem toda uma burocracia, tem que pedir autorização de várias pessoas.” (Técnico de Enfermagem da CASAI, relato de 29 de julho de 2015).

A exemplo do mencionado acima foi possível presenciar a inquietação por meio da narrativa do senhor Jocivaldo, da etnia Macuxi, região do Uiramutã, da comunidade pertencente ao Pólo Base Caraparu I. Sua esposa, senhora Marizane, gestante, foi deslocada da comunidade para a maternidade de Boa Vista para ter seu bebê. O parto normal correu bem e o bebê nasceu saudável, porém, no dia seguinte, a indígena relatou sentir fortes dores no corpo, dormência nos membros inferiores e superiores, além de estar com muita sudorese. Foram realizados exames clínicos e laboratoriais no hospital, porém nada foi detectado e as dores só aumentaram. O esposo foi em busca de um pajé na CASAI, mas como não havia, solicitou a remoção imediata da esposa para a comunidade, com o intuito de ser curada pelo pajé.

“Eu quero levar a Marizane para a comunidade, aqui, no hospital a médica já fez todos exames, mas ela não quer autorizar a ida da minha esposa para que ela possa receber o ritual de cura do pajé. Tem muita burocracia para liberar ela, muito papel para assinar e se demorar muito

para ela receber o tratamento do pajé ela pode morrer aqui e eu não vou permitir isso.” (Relato de Jocivaldo, indígena da etnia Macuxi, em 19 de setembro de 2014).

O fato acima reflete um dilema típico do campo da saúde indígena que são as tensões bioéticas as quais se apresentam ao longo do processo de cura. Para Lorenzo (2011), a saúde indígena contempla um cenário de contextos de grandes disparidades culturais e socioeconômicas, e às vezes, permite que o paciente indígena recuse o tratamento em função da incompatibilidade cultural de crenças e das diferentes concepções locais do processo saúde-adoecimento.

Outro exemplo que traz também a complexidade bioética das decisões/práticas foi o de uma criança cardiopata que deveria fazer um procedimento cirúrgico em Brasília - DF via TFD. Pela narrativa de uma médica Pneumologista da CASAI (relato de 01 de setembro de 2015), ao comunicar a família da criança sobre essa necessidade, obteve a seguinte fala do responsável pela comunidade em que a criança estava inserida: “índio não é peixe para cortar”, ainda disse que se ele morresse aqui a culpa seria do médico e se morresse em área a culpa seria do chefe da comunidade. De acordo com a médica, o procedimento cirúrgico era algo simples, mas foi rejeitado pela comunidade e pouco tempo depois a criança veio a óbito em área.

Nesse caso acima mencionado referente à criança cardiopata, houve por parte da médica todo um processo de argumentação sobre a importância do tratamento e que este possibilitaria uma vida longa e com saúde à criança em questão. No entanto, a negativa da família, por meio de suas raízes culturais, prevaleceu sobre a ética biomédica. De acordo com Olivera e Oliveira (1996, p. 42), este poderia ser pensado como um caso de “oposição discursiva entre horizontes culturalmente divergentes”, havendo um choque de pontos de vista entre a comunidade indígena e a prática médica ocidental.

Em conversa com outro indígena, Hugo Yanomami, da região de Barcelos-Amazonas, que estava acompanhando seu cunhado, senhor Mario, de 72 anos de idade, ele já não lembrava mais a quantidade de vezes que tiveram que remover Mario da área indígena para tratamento médico. Em cada remoção são realizados inúmeros exames médicos e nunca se chegou a um diagnóstico preciso. Para Hugo, deslocar o idoso da comunidade, transportá-lo de avião e depois de automóvel já é motivo para ele adoecer. Além disso, o idoso não está acostumado com a rotina da

cidade, com a comida diferente e com uso de medicamentos químicos, por isso ele considera que a cultura e os costumes do senhor Mário são violados pelo branco. Assim Hugo buscou auxílio das lideranças indígenas, da gestão da CASAI e também do Conselho Indígena para retornar à comunidade com Mário, visto que o idoso relatava as dores que sentia eram espirituais e somente o pajé poderia curá-lo. Como não houve diagnóstico médico, dias após o idoso e seu cunhado retornaram à comunidade para tratamento com o pajé de confiança da família. Nesse caso, o papel da liderança indígena buscou obter maior visibilidade social frente a arena política do espaço interétnico, servindo de mediador e facilitador entre a demanda do indígena requerente e seus familiares, e os órgãos de controle dos direitos indígenas previstos na política de saúde para esses povos.

Muitas vezes, ocorrem situações em que o paciente aceita o tratamento biomédico, entretanto, a liderança indígena e outros parentes da comunidade não aceitam, como foi o caso de um indígena Yanomami que necessitava de amputação parcial do pé, em função de necrose proveniente de um acidente. Nesse caso, o paciente optou pelo tratamento, mas a liderança do povo Yanomami juntamente com os familiares do paciente proibiu a realização do procedimento, em função da não aceitação da amputação por parte do povo Yanomami, já que para esta etnia, tal ato de mutilação em parte do corpo de um parente reflete morte parcial, algo nem sempre aceitável na cultura Yanomami.

Ainda em relação ao fato acima mencionado, conforme narrativa da Gestora Hospitalar e ex-chefe da CASAI, em 05 de agosto de 2015:

“Na época, não houve autorização por parte da CASAI para o paciente retornar à comunidade, até porque havia consentimento do paciente e nós entendíamos que ele tem gerência sobre seu corpo, mas a liderança indígena exigiu o retorno deste paciente para a área. Nesse caso, a aldeia toda interfere e acaba prevalecendo a vontade dos familiares e da liderança indígena daquele povo”.

Essa situação encontrada no campo de pesquisa demonstra o controle efetivo e autoridade que os líderes da comunidade e gerações mais antigas exercem sobre os mais jovens, mesmo que ocorram contestações por parte do paciente e sua família, prevalecendo assim, a decisão tomada por aqueles que hierarquicamente, representam cada comunidade.

Dessa forma, uma tomada de atitude centrada na ética biomédica por parte da CASAI, em manter a decisão da instituição e também do paciente quanto á amputação parcial do pé poderia gerar danos irreparáveis nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e gestão da CASAI com os familiares do paciente e lideranças indígenas, porque se preconiza na instituição é que este seja um espaço social marcado por relações de diálogos simétricos, respeitando sempre as especificidades culturais de cada etnia ou grupo linguístico presente neste contexto. Para Oliveira e Oliveira (1996, p. 36):

[...] O pressuposto sobre a viabilidade desse diálogo e, por conseguinte, a inteligibilidade do mesmo entre os interlocutores, está na observância de um acordo intersubjetivo em torno de normas e de regras explícitas ou implícitas, (...) e onde se incluem também *valores*. Em suma, a observância de uma ética. Entretanto, para que essas relações dialógicas ocorram num plano simétrico, entre os interlocutores, -- indivíduos ou grupos -- e mantenham um diálogo livre, sem a dominação de um interlocutor sobre o outro, elas devem estar num espaço substancialmente democrático ou democratizável. (*grifo dos autores*)

Essas assimetrias culturais relatadas pela ex-chefe da CASAI refletem um quadro bastante delicado para quem atua diretamente com a saúde indígena requerendo a eles maior sensibilidade quanto à compreensão mais holística do processo saúde-adoecimento, visto que ao mesmo tempo que fere os princípios biomédicos os quais buscam a cura do paciente, independente dos meios que serão utilizados para que isso aconteça, fere dimensões culturais especificamente de algumas etnias, que não aceitam determinados procedimentos invasivos como forma de mutilação do corpo e também da alma, como os casos de amputação, transplantes, tratamento do câncer e cuidados paliativos para pacientes em estado terminal.

Ratificando essas assimetrias e choques culturais vivenciados entre os saberes médicos, principalmente para o povo Yanomami, Guimarães (2015, p.2150), em seus estudos sobre o sistema médico Sanumá, subgrupo Yanomami e a política de atenção à saúde indígena, a autora faz uma contextualização histórica a respeito da prática biomédica e como o ambiente hospitalar se configura como algo que pode gerar certos conflitos, a exemplo disso se pode citar os procedimentos cirúrgicos, que “[...] eram vistos como uma fonte de agressão, desencadeadora de um processo de adoecimento [...]”.

Seguindo ainda o estudo o realizado por Guimarães (2015),

Os xamãs Sanumá interpretam o corte cirúrgico como uma possibilidade de o não indígena inserir um veneno no sangue, o que gera um sangue velho, capaz de continuar causando mal. O deslocamento para a cidade requeria um autocuidado especial por parte dos Sanumá em observar a alimentação, visto que alimentos produzidos em ambientes diversos e por outras pessoas poderiam levar à transformação deles em outros seres; requeria, ainda, cuidados para não serem vítimas de feitiço. Seria um cuidado específico, assim como fazem quando apresentam um corte ou ferimento durante brigas [...]. (p.2150-2151). [...] um procedimento realizado em um hospital da cidade de Boa Vista pode deixar sequelas em um indígena que passou por instrumentos e por mãos as quais lhe são estranhas. Nesse caso, um xamã deve retirar o sangue retido no interior dessa pessoa, por este ser considerado marcas da agressão do médico. (2155).

A narrativa de um enfermeiro do posto Yanomami exemplifica uma situação desconfortável para os familiares indígenas, principalmente, quando um paciente é encaminhado ao hospital devendo permanecer em Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou Unidade de Controle Intensivo – UCI. A normativa hospitalar referente aos horários de visitas previamente determinados e a realização de alguns procedimentos mais invasivos no paciente em leito podem gerar pontos de tensão e, várias vezes, deixando os acompanhantes agressivos, já que tentam de alguma forma impedir a atuação das equipes de saúde ou mesmo tentam invadir o espaço da UTI ou UCI. Essas atitudes acabam na suspensão temporária da visita do acompanhante ao paciente.

Em algumas situações nas quais o paciente já se encontra em estágio terminal de saúde, no atendimento aos indígenas é preferível transferir o paciente para a comunidade com o intuito dele “fazer a passagem” para o outro mundo junto de seus parentes ou mesmo conseguir ser curado pelos métodos tradicionais de cura indígena. Por outro lado, por parte dos profissionais de saúde, prevalece a frustração de não conseguirem realizar os procedimentos cabíveis pela medicina ocidental.

“Às vezes o tratamento é muito agressivo a ponto de termos que amputar algum membro, muitas vezes o paciente chega com melanoma muito adiantado e a necessidade cirúrgica é inevitável, mas o indígena não aceita a terapêutica. Eles têm o direito de não querer, mas antes de não fazermos o tratamento nós chamamos todos os responsáveis, tanto da CASAI, membros da comunidade e o tuxaua, para explicar quais os procedimentos, estarem cientes do fato, a decisão é grupal pois a vida deles é grupal, o indígena sozinho não assume nada, eles dependem de uma rede de assistência externa, que vai desde o tratamento ao pessoal de transporte como da comunidade. Quando o paciente se nega a realizar a terapêutica, principalmente em pacientes jovens, onde a sobrevida é

maior e que seria preferível viver sem algum membro mas viver mais, minha frustração é grande, mas quando a pessoa é idosa e sua sobrevivência é pequena, as vezes é preferível não submeter essa pessoa a um procedimento cirúrgico delicado, em alguns casos, amputação de membro, por isso acabamos aceitando que essa pessoa idosa não aceite ser submetida ao que chamam de “agressão ao corpo e alma”. No entanto, para um médico sempre é frustrante não conseguir curar ou prolongar a vida de seu paciente, independente de quem seja, quais suas razões e suas crenças.” (Relato de uma Médica da CASAI, em 03 de dezembro de 2015).

Essa narrativa expressa de maneira muito viva o dilema bioético dado na intersubjetividade. Aqui, a profissional entrevistada expõe uma abertura ao diálogo e dispositivos de simetria, mas ao mesmo tempo um sentimento de frustração por não poder realizar os princípios éticos que guiam sua prática.

Como lidar com esse dualismo sem ferir de um lado os princípios biomédicos e do outro os princípios da medicina tradicional indígena?

[...] Essa negociação é desgastante, porque o médico por uma questão “ética” não libera o paciente, por outro lado, a família e as lideranças ressaltam o direito de levar para o seio familiar aquele parente que já se encontra em um estado avançado da doença. Muitas vezes, quando é resolvida a situação burocrática, é considerado tarde de demais. Essa experiência pode ser observada em situações delicadas na vida de pacientes que se encontram em fase terminal, e expressa seu desejo de retornar à comunidade, geralmente esse tipo de solicitação causa um impasse entre o desejo do paciente e a legalidade da conduta médica, resultado em uma medicina ocidental arraigada por um código de ética, que difere da visão cosmológica indígena Yanomami, e entende a necessidade e a importância do paciente de se recolher ao seio familiar no momento ímpar de sua vida. (HERMANO, 2013, p.96).

Portanto, a partir das vivências realizadas no campo de pesquisa percebe-se em maior dimensão referente aos conflitos éticos, no que diz respeito à recusa de tratamento por parte de alguns pacientes indígenas, sobretudo àqueles que são submetidos a tratamentos clínicos nos quais, o processo interventivo envolve tecnologias pautadas somente no sistema oficial de cura, cuja base diagnóstica seja prioritariamente fisiopatológica.

Neste sentido, torna-se mais importante compreender no contexto da saúde indígena a existência de “[...] uma estrutura simbólica, religiosa e cosmológica da organização social dessas comunidades [...]” propiciando com isso a emergência de sistemas médicos próprios da cultura indígena, ou seja, uma epistemologia própria para cada sistema médico autóctone, inscrita em uma cosmologia específica que

permite não se tornar possível qualquer forma de universalização do diagnóstico e posteriormente do tratamento de saúde. (LORENZO, 2011, p. 332).

Ainda, seguindo os pensamentos de Lorenzo (2011), para que se possa minimizar ou mesmo cessar conflitos bioéticos provenientes de contatos interculturais, é necessário que exista um diálogo e permita um livre posicionamento de todos os envolvidos (pacientes, familiares, lideranças das comunidades, controle social, profissionais de saúde), no qual qualquer tomada de decisão e as possíveis consequências advindas destas, devam ser avaliadas e aceitas por todos, para que esse modelo funcione se torna imprescindível o entendimento de que uma só cultura não é capaz de orientar ações de saúde em um cenário onde a diversidade cultural é predominante, portanto, “[...] é preciso tomar o diálogo a via de construção ou descoberta de valores comuns às diversas visões de mundo envolvidas na ação de assistência a ser implantada”. (p. 337).

5.6 Conflitos, o álcool e a circulação de diferentes atores sociais

O termo alcoolismo como esfera puramente biológica, vem sendo desconstruído por vários estudos, atingindo também questões de ordem socioculturais e históricas. Neste sentido, é importante considerar que existem fronteiras entre o beber normalmente e chegar a um estado problemático proveniente da bebida, podendo até atingir uma zona de conflito entre seus pares.

Langdon (2001) faz uma crítica ao reducionismo biomédico em relação ao uso de álcool, que entende esse fenômeno do alcoolismo como sendo universal, onde a doença causada pelo uso abusivo de álcool tem a mesma causa e se manifesta igualmente em diferentes contextos e culturas. A autora ainda afirma que o ato de beber, o que beber, quando e quanto beber sofre variações de um grupo para outro grupo, relacionando a dimensões culturais.

O ato de consumir bebidas fermentadas na maioria das comunidades indígenas é algo naturalizado, como um hábito antigo, como dimensões ritualísticas em muitos casos. No entanto, a inserção de bebidas destiladas transcendem normas sociais já estabelecidas em cada comunidade. Assim, a forma de beber, a quantidade e o tipo de bebida é que se tornam determinantes para a causa de grande parte de conflitos, trazendo impactos negativos para a vida de quem faz uso

da bebida, além de seus familiares e todos aqueles que convivem com esse indígena.

[...] [A] maneira de beber, como beber e quanto beber nas culturas indígenas têm sido definidos pela etnia específica, e que o consumo de bebidas fermentadas é uma manifestação das atividades constitutivas para o grupo social, expressando sensações e valores particulares. Porém, para muitos desses grupos as tradições de beber mudaram, [...] influenciadas pela introdução das bebidas destiladas, o processo de pacificação, e a inserção na sociedade nacional. (LANGDON, 2001, p. 86).

De acordo com Ferreira (2003), em seus estudos realizados entre as comunidades Mbyá-Guarani do RS, há uma diversidade de situações alcoólicas encontradas nessas comunidades que podem ser resultados do processo histórico de contato interétnico, que exerce uma influência sobre a organização social e a cosmologia desse povo. Dessa forma, para a autora o ato de beber constitui-se num fenômeno com múltiplas causas interdependentes, como por exemplo, o contato interétnico; a (des) organização interna das comunidades; dimensões espirituais (cosmológicas) que incidem sobre a vida da pessoa; ou motivações pessoais, que podem causar diferentes consequências desencadeadas pelo consumo de álcool.

O uso abusivo de bebidas alcoólicas e o alcoolismo, entre povos indígenas, constitui-se em um fenômeno causado e determinado por múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, históricos, sociais e culturais. Na realidade tem sua origem com o contato interétnico estabelecido historicamente entre a sociedade ocidental e tais grupos étnicos. (FERREIRA, 2002, p. 48).

Esse uso abusivo de álcool não reflete somente como uma doença de quem faz uso desse tipo de bebida, que se torna dependente física e biologicamente do álcool. “[...] Mas sim como tendo um impacto nocivo à vida da pessoa que bebe e, especificamente, à comunidade na qual se bebe”. Logo, de acordo com o sistema médico tradicional a doença gerada pelo uso de bebidas alcoólicas se relaciona aos desequilíbrios desencadeados na vida dos familiares e demais membros da comunidade, além de ser uma ameaça ao sistema sociocultural. (FERREIRA, 2003, s/p.)

Apesar do estudo da autora acima mencionada ter sido realizado em uma comunidade indígena no Rio Grande do Sul, os dados evidenciados não divergem da realidade dos povos indígenas da Amazônia, que retratam de forma mais exacerbada as causas e consequências do uso de álcool, primordialmente, em regiões onde o contato interétnico ainda não é tão presente. Portanto, a seguir relato

algumas situações vivenciadas no campo de pesquisa, seja pelas observações realizadas ou pelas narrativas dos atores sociais envolvidos no contexto desta tese.

A ingestão de bebidas alcoólicas por parte de alguns indígenas que se deslocam de suas aldeias para tratamento de saúde na cidade de Boa Vista-RR tem sido algo frequente e cresce a cada dia principalmente em virtude do contato com o mundo dos brancos, enfatizando aqui a presença de recursos financeiros por parte dos indígenas, que passaram a adquirir com recursos próprios suas bebidas e também a acessibilidade a diferentes bens de consumo que a cidade proporciona a seus usuários.

Especificamente, no campo da área de abrangência da CASAI, o que ocorre geralmente é que um indígena alcoolizado de uma etnia entra em conflito com indígenas de outras etnias ou até mesmo da própria etnia, mormente por questões de adultério matrimonial, conflitos de terras ou mesmo acerto de contas de parentes que tiveram algum desentendimento com membros de outras comunidades. Para as equipes de saúde, a mola propulsora da maioria dos conflitos dentro da CASAI tem sido o álcool.

Exemplificando a problemática vivenciada na CASAI sobre o uso demasiado de álcool, conseqüentemente, os efeitos danosos que o excesso de bebida alcoólica pode gerar na vida de quem bebe, me chamou a atenção uma situação ocorrida no dia 12 de dezembro de 2014. Um indígena Yanomami, da região de Barcelos-Amazonas, que acompanhava sua esposa para tratamento de saúde, chegou alcoolizado na CASAI e por ciúmes de outro paciente agrediu sua esposa intensamente, perfurando-a em vários locais do corpo, com auxílio de uma tesoura. Esta situação nos mostra também as desigualdades de gênero dentro dos coletivos indígenas. O uso abusivo de álcool parece ser, neste caso, o estopim de uma situação de violência já estabelecida sobre as mulheres indígenas:

Um dos problemas mais sérios desencadeados pelo uso de bebidas alcoólicas é a violência doméstica, não só em bailes e festas, mas também no espaço do cotidiano: há alguns “tomadores” que usam a cachaça diariamente. Geralmente quando embriagados, o motivo das desavenças entre maridos e mulheres é o ciúme e a desconfiança por parte de um dos componentes do casal. O tornar-se violento afeta as pessoas que estão mais próximas ao bebedor que não tem limites e nem controle para beber. (FERREIRA, 2002, p.51).

Essa bebida alcoólica, geralmente cachaça, é adquirida pelos próprios indígenas, na maioria das vezes, pelos acompanhantes dos pacientes quando se

deslocam para o centro da cidade ou quando compram a bebida em bares localizados na beira do rio Cauamé, que faz divisa com as terras pertencentes à CASAI ou ainda em pontos de vendas de bebidas alcoólicas situadas na BR 174. Outra forma de acesso é oriunda dos transportes feitos pelos taxistas, que vendem a bebida nos arredores da instituição por altos valores, conforme narrativa de um segurança da instituição, abaixo descrita:

“Tem índio que chega pagar mais de R\$200,00 (duzentos reais) por uma garrafa de cachaça, pois eles não têm noção do valor do dinheiro, aí os taxistas se aproveitam dessa situação. Às vezes, os indígenas transferem a bebida para outras garrafas, parece água e escondem dentro de suas mochilas, por isso nem percebemos que a bebida entrou na CASAI”.

De acordo com a narrativa da Assistente Social da CASAI, em 05 de agosto de 2015, geralmente os pacientes indígenas não têm dinheiro para comprar a bebida alcoólica, quem acaba comprando são alguns parentes que vem até a CASAI para visitas ou mesmo para passar uma noite ou alguns dias.

“O maior problema para a gente aqui na CASAI geralmente são os professores indígenas, alguns intérpretes e os AIS, porque eles vêm para a cidade receber o salário e não tem onde dormir, aí chegam à CASAI como se aqui fosse um hotel, uma pensão, porque aqui estão seus parentes, eles arrumam uma rede para dormir e tem comida para eles e como estão com dinheiro no bolso acabam comprando bebidas e trazendo para dentro da instituição e distribuindo para os acompanhantes e pior ainda, para os pacientes, o que prejudica o tratamento deles, principalmente aqueles que estão tomando medicamento controlado.” (Relato da Assistente Social, em 05 de agosto de 2015).

De acordo com Hermano (2013), a partir de 2013 a CASAI passou a abrigar em suas dependências os AIS e barqueiros, os quais tem contribuído para o acréscimo no uso de bebida alcoólica dentro da instituição, visto que eles vêm apenas para receberem seus proventos e aproveitam para fazer compras. Isso possibilita maior acesso e distribuição da substância alcoólica entre os demais internos. Ressalta-se neste caso, a respeito dessas pessoas não recaem qualquer tipo de controle de entrada e saída da instituição, ou seja, esse livre acesso de pessoas com recursos financeiros passa ser um facilitador para o uso de bebidas alcoólicas entre os indígenas internos na CASAI e, conseqüentemente, a mola propulsora de muitos conflitos.

“Esse negócio de ter gente de fora, que não é paciente nem acompanhante aqui na CASAI só tem prejudicado o andamento do nosso trabalho. Sempre que tem gente estranha aqui dentro dá confusão e quando essas pessoas chegam à cidade com dinheiro, aí que a situação piora. Alguns indígenas falam que dinheiro é como uma doença, a grande perdição, por causa disso é que tem tanta bebida, tanta briga, tanto conflito. Eles mesmos estão se destruindo, um está matando o outro parente por causa da bebida!” (Relato do Enfermeiro da enfermaria especial da CASAI, em 30 de julho de 2015).

A exemplo destas evidências sobre a problemática do alcoolismo dentro da CASAI, o Portal G1 da TV Roraima publicou uma matéria sobre uso indiscriminado de bebidas alcoólicas na casa de apoio. A reportagem fez menção de como a bebida chega à instituição, quem e como a bebida é adquirida. De acordo com o relato de um auxiliar de serviços gerais da CASAI, “Motorista de taxi-lotação cobram um dinheiro a mais e deixam a bebida. Indígenas também compram num bar, à beira da BR-174”³⁰.

Essas fragilidades recorrentes do uso indiscriminado de bebidas alcoólicas têm maior incidência nos finais de semana e no período da noite, acarretando insegurança aos profissionais de saúde que atuam na CASAI nestes momentos. Esse fator provavelmente se deve pelo número reduzido de profissionais nestes períodos, embora não se tenha dados concretos apontados para tal evidência.

Esse tipo de atitude além de trazer implicações na rotina organizacional da instituição, ainda traz consequências físicas ou psicológicas irreparáveis àqueles acompanhantes e, principalmente, aos pacientes que fazem uso de álcool, ocasionando assim, resultados negativos em relação a manutenção do tratamento de saúde.

Se o paciente está em tratamento com antibiótico a primeira coisa que a bebida faz é cortar o efeito, não pode misturar bebida alcoólica com medicação, inclusive se ele faz uso de remédio para tratamento estomacal, já que ele não toma café para proteger o estômago, depois ele bagunça toda uma estrutura que já está organizada, a família né, o acompanhante é para ficar ao lado do paciente, muitas vezes [...] o acompanhante, abandona o paciente, ele não é o doente quem é o doente é o outro, então ele sente que pode beber, deixa o paciente abandonado. (Profissional de enfermagem, 55 anos, entrevista realizada na CASAI em 10 de fevereiro de 2013 *apud* HERMANO, 2013, p. 110).

³⁰ Fonte: REPORTAGEM DO PORTAL G1 TV RORAIMA, 04 DE MAIO DE 2013.

Sendo assim, evidenciam-se algumas fragilidades em relação aos conflitos existentes dentro da CASAI, pois tanto a segurança local, como a polícia militar ou federal, muitas vezes, não interferem nesse tipo de situação, alegando que esses conflitos são “acertos de contas” entre os indígenas, devendo ser resolvido entre eles. Assim, a responsabilidade de minimizar essas situações conflitantes fica a cargo da chefia da CASAI ou até dos profissionais os quais atuam na instituição, gerando insegurança e insatisfação no ambiente de trabalho.

5.7 As comemorações/ festejos culturais

Apesar de haver algumas situações de conflito entre os indígenas de diferentes etnias ou grupos linguísticos em determinados momentos, algumas datas festivas, essas fricções parecem não ter a mesma evidência que é apresentada na rotina diária de permanência na CASAI. A exemplo dessa interação entre os indígenas e as equipes de saúde cito dois eventos, dentre tantos outros, ocorridos na instituição no decorrer da realização da pesquisa, os quais tive a oportunidade de participar efetivamente.

A primeira situação diz respeito à comemoração do dia das crianças que ocorreu no dia 14 de outubro de 2014. Nesse evento, foi possível identificar várias interações entre os indígenas, profissionais de saúde e demais pessoas envolvidas com a organização das atividades, conforme demonstrado nas figuras 23 e 24.

Figura 23- Teatro de fantoches para as crianças



Fonte: Própria autora

Figura 24- Cabo de guerra com as crianças



Fonte: Própria autora

Tornou-se perceptível como observadora que as relações/interações entre as crianças indígenas de diferentes etnias ou grupos linguísticos é algo natural, não há exclusão por questões culturais, mas esse processo naturalizado de aproximação vai se modificando a partir do momento em que as faixas etárias vão aumentando, permitindo que as relações interpessoais comecem a apresentar certas barreiras de aproximação na adolescência para a fase adulta.

A segunda situação (figuras 25 e 26) ocorreu em um evento alusivo (em 18 de abril de 2015) em comemoração ao dia do índio. Nas duas situações houve participação expressiva dos indígenas, sem ocorrências de qualquer tipo de conflito. Porém, é interessante ressaltar a visibilidade das diferenças culturais entre as etnias e de que maneira cada grupo se organiza no cenário onde ocorrem os eventos, principalmente, nas atividades propostas aos adultos, nas quais as aproximações visivelmente ocorrem preferencialmente entre pares, indígenas de mesma etnia ou de grupo linguístico.

Figura 25- Competição de arco e flecha



Fonte: Própria autora

Figura 26- Apresentação de danças



Fonte: Própria autora

As diferenças culturais referidas se expressam, por exemplo, nos seguintes pontos: a pintura dos corpos evidenciada nas etnias pertencentes ao DSEI-Y, algumas danças e rituais de cânticos de etnias do DSEI-Leste, a presença heterogênea de indígenas pertencentes ao DSEI-Leste em equipes para jogos e brincadeiras, isso não ocorre com os indígenas do DSEI-Y, os enfeites corporais (flores, pinturas, vestuários) marcantes nas indígenas da etnia Yanomami em relação às demais indígenas de outras etnias, dentre outras características que diferenciam cada etnia nesses momentos de integração e diálogo.

A participação dos indígenas é consideravelmente grande, desde que estejam em condições de saúde para a realização de diferentes atividades integrativas, e são esses momentos que às vezes minimizam as angústias e o sofrimento pelos longos tempos de permanência na CASAI, distantes de grande parte de seus familiares. Evidencia-se a situação mencionada por intermédio da narrativa de um indígena da etnia Wapichana, em 18 de abril de 2015, ao término do evento alusivo ao dia do índio realizado na CASAI:

“Esse dia de jogos e brincadeiras foi bom, deveria ter mais dias como esse, nós gostamos muito de competir com o arco e flecha, os mais jovens gostam muito de jogar futebol, antes a gente sempre jogava futebol nos finais de semana mas começou muita briga por causa de bebida que gente de fora da CASAI trazia no dia do jogo, aí o pessoal da CASAI proibiu o jogo no sábado e domingo. Quando tem festa aqui na CASAI a gente fica feliz, o tempo passa mais rápido, é um dia que ninguém briga e no final da tarde todo mundo está tão cansado que a gente só quer tomar nosso banho no rio e depois dormir, nesse dia nem teve conflito, todo mundo se envolve com as atividades, desde as crianças até os mais velhos. Mas ainda tem alguns indígenas que não participam de nada, então a gente respeita, pode ser que esse que não participe esteja com dor, muito doente, vai saber né? Mas a maioria se diverte, é bom demais.” (Relato de um indígena Wapichana, em 18 de abril de 2015).

No decorrer do percurso etnográfico desta tese foi possível observar que a CASAI-RR apresenta e desenvolve algumas iniciativas de eventos culturais que possam envolver diretamente os pacientes indígenas, seus acompanhantes e a equipe multidisciplinar de saúde, especificamente, com o intuito de se manter vivas quaisquer manifestações e expressões populares próprias da identidade cultural do contexto regional no qual, a CASAI está inserida. Além disso, esses momentos são ímpares na instituição, em especial, porque proporciona a sociabilidade entre as mais variadas etnias e grupos linguísticos presentes no mesmo espaço de interlocução, prática esta visualmente não tão comum durante o cotidiano de interações entre os indígenas que permanecem na CASAI para tratamento de saúde.

5.8 Os dispositivos de Guerra

O termo guerra remete convenientemente oposição entre unidades distintas, o exemplo disso é a inserção dos brancos no mundo indígena, que provocou quase mecanicamente um aumento da hostilidade entre diferentes etnias ou grupos linguísticos de mesma etnia. Nesse sentido, refiro-me como dispositivos de “guerra” qualquer situação de conflito entre indígenas ou mesmo deles para com não indígenas, provenientes de situações diversificadas como matrimoniais, políticas, econômicas, sociais, culturais, dentre outras, que não necessariamente represente atos de agressão, mas às vezes de diferentes representações de violência.

Para Clastres (2014), o termo guerra parece não descrever fatos conflitantes dentro de comunidades indígenas, uma vez que se trata de grupos aliados, que adquirem relações de parentesco mormente em função das trocas matrimoniais, existindo a partir dessas relações de conflito constantes “(...) fronteiras entre a paz e a violência, entre o casamento e a guerra” (p.64).

[...] mesmo que as idéias políticas das lideranças indígenas sejam profundamente marcadas pela oposição branco-índio, pode-se observar uma complexificação na teia de relações de poder; nela, os atores sociais mudam suas posições no campo político intersocietário, de acordo com os contextos que precisam enfrentar, situando-se como indígenas ora em consonância, ora em oposição ao mundo dos brancos ou com as produções de sua cultura de origem. Em outros momentos, são os brancos que desempenham tais papéis, instaurando uma dinâmica que permite a construção de alianças variadas e transitórias em que se intercambiam interesses e prioridades de blocos de poder que cruzam a questão indígena. (GARNELO, 2003, p. 187).

Assim, tratam-se aqui, como dispositivos de guerra os conflitos entre grupos indígenas e destes com o mundo dos brancos, quando se refere aos seus direitos políticos e socioculturais, tendo como foco central desta discussão a política de saúde indígena e o papel dos povos indígenas na luta pelo acesso aos serviços de saúde de qualidade e na participação ativa das políticas de saúde seja como parte integrante da estruturação e manutenção destas políticas, ou como usuários dos serviços inerentes destas.

No período de imersão no campo de pesquisa alguns conflitos retrataram reivindicações de grupos indígenas pelo direito à participação de seus representantes na política de saúde indígena, tanto em relação à indicações de

lideranças, intervenções nos serviços de saúde quanto a demissões de servidores destes serviços, além do controle social das ações de saúde prestadas aos povos indígenas. Portanto, cito pontualmente, alguns fatos marcantes desses conflitos.

Em 27 de dezembro do ano de 2013, conforme matéria publicada pelo G1 Roraima³¹, aproximadamente 50 indígenas de diversas etnias do estado de Roraima, iniciaram um protesto em frente ao prédio da Secretaria Especial de Saúde Indígena em Boa Vista, Roraima (figuras 27 e 28), contra a possível saída da coordenadora do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEI-Y). Na ocasião, os indígenas envolvidos no protesto alegaram interesses políticos por trás da decisão de exoneração da Coordenadora e com isso, não aceitariam novas indicações que não tivesse aprovação das etnias pertencentes ao DSEI-Y.

Ainda, conforme publicação do mesmo site mencionado, apesar do movimento favorável à permanência da Coordenadora frente ao Distrito, um representante do povo indígena Yanomami informou que a maioria dos indígenas era favorável à saída da coordenadora, afirmando que os índios favoráveis à permanência dela foram "aliciados". *"Eles dão apoio em troca de combustível, redes e outros bens. Os Yanomami são inteligentes em sua cultura, mas 99% deles não falam português e acabam agindo inocentemente, se deixando envolver por interesses políticos. Eles não sabem o que está acontecendo"*, afirmou. Além disso, o representante Yanomami ainda relatou que havia carência de profissionais para atender aos indígenas, falta de medicamentos, dentre outras irregularidades.

³¹ Informações extraídas no site: <http://www.f24.com.br/editorial/brasil/Roraima/27122013-68329-indios-protestam-contrasaida-de-coordenadora-do-dsei-em-Roraima>

Figura 27- Protesto em frente ao prédio da SESAI, em Boa Vista-RR



Fonte: Foto Érico Veríssimo/G1RR¹⁹

Figura 28- Maria Yanomami, coordenadora do movimento



Fonte: Foto Érico Veríssimo/G1RR¹⁹

Aproximadamente, após 12 meses do protesto realizado por um grupo de indígenas da etnia Yanomami, em prol da permanência da coordenadora do DSEI-Y, um novo movimento foi articulado, porém, agora reivindicando a exoneração do cargo da mesma coordenadora. Os dispositivos de guerra nesta situação foram mais visíveis (figuras 29 a 31), já que cerca de 20 indígenas da etnia Yanomami, com lanças, pedaços de madeira afiados e pinturas corporais, ocuparam o prédio do DSEI-Y, exigindo a exoneração da servidora em questão.

O fato acima relatado ocorreu no dia 30 de dezembro de 2013 e de acordo com a matéria publicada pelo G1 Roraima, as alegações foram de que, durante a gestão da coordenadora, os investimentos e os remédios para a população indígena foram reduzidos, causando a morte de crianças por doenças simples como diarreia e pneumonia. Essa informação foi ratificada conforme narrativa do líder Yanomami Davi Kopenawa, publicada no mesmo site: "Nós queremos melhorias na saúde. Nossas crianças estão morrendo pela falta de remédios. Pedíamos que Claudete nos ajudasse, mas ela não nos escutava. Queremos o apoio do DSEI, mas não queremos mais que Claudete chefie a casa".³²

Anselmo Yanomami, porta-voz das comunidades indígenas do Distrito Yanomami, relatou que o descaso da Sesai na prestação de um serviço de saúde eficaz e o total desamparo das etnias que integram o Distrito, motivaram o protesto para cobrar a imediata saída da coordenadora por ela ignorar os reclamos dos indígenas. "Uma sucessão de problemas e o alto

³² Informações extraídas do site <http://g1.globo.com/rr/Roraima/noticia/2013/12/em-rr-indios-ocupam-predio-da-sesai-e-pedem-saida-de-coordenadora.html?noAudience=true>

índice de mortalidade de crianças da nossa etnia, falta de medicação adequada, redução dos profissionais de saúde e menor quantidade das horas de voo de helicóptero para as regiões indígenas foram alguns dos pontos que motivaram nosso descontentamento”, afirmou.³³

Figura 29- Ocupação do prédio do DSEI-Y pelos Yanomami



Fonte: Foto Emily Costa/G1RR³⁴

Figura 30- Ocupação da recepção do DSEI-Y pelos Yanomami



Fonte: Foto Érico Veríssimo/G1RR³⁵

Figura 31- Saída de funcionários do prédio DSEI-Y e ocupação dos Yanomami



Fonte: Foto Emily Costa/G1RR³⁶

As imagens acima retratam dispositivos de guerra/situação conflituosa entre indígenas e não indígenas. Nesse caso, lideranças e membros da comunidade

³³ Fonte: <http://folhabv.com.br/noticia/Indios-Yanomami-ocupam-predio-da-Sesai/3929>

³⁴ Fonte: <http://g1.globo.com/rr/Roraima/noticia/2013/12/em-rr-indios-ocupam-predio-da-sesai-e-pedem-saida-de-coordenadora.html>

³⁵ Fonte: <http://g1.globo.com/rr/Roraima/noticia/2014/01/Yanomami-ocupam-sesai-e-pedem-exoneracao-de-coordenadora-em-rr.html>

³⁶ Fonte: <http://g1.globo.com/rr/Roraima/noticia/2013/12/em-rr-indios-ocupam-predio-da-sesai-e-pedem-saida-de-coordenadora.html>

Yanomami estavam caracterizados com pinturas específicas que reforçam a simbologia dos conflitos indígenas, além da presença de armamentos próprios de grande parte dos povos indígenas da Amazônia.

O fato acima se relaciona com os apontamentos de Clastres (2014), quando afirma que dificilmente os etnólogos terão a possibilidade de observarem sociedades suficientemente isoladas a ponto de manifestarem guerras primitivas, porque elas têm se tornado invisíveis pelo fato de não haver mais guerreiros para fazê-la. “Sob esse aspecto, a situação dos Yanomami amazônicos é única: seu secular isolamento permitiu a esses índios, certamente a última grande sociedade primitiva³⁷ no mundo”. (p.221).

Apesar dos povos indígenas atualmente, não viverem mais no isolamento e assim não serem considerados “primitivos”, entre os povos Yanomamis a alteridade se torna mais pronunciada devido a um maior distanciamento geográfico das cidades e do contato com o mundo dos brancos, que fazem com que as continuidades cosmológicas e de práticas culturais se reforcem dentro de algumas comunidades. Para Clastres, entre os índios amazônicos (2014, p. 221), “[...], lá se pode observar a onipresença da guerra”.

Retomando as situações conflitantes que ocorreram durante a realização da pesquisa etnográfica desta tese, em torno de um ano após exoneração da coordenadora do DSEI-Y e nomeação de outra coordenadora, aceita pela comunidade Yanomami, em 19 de janeiro de 2015, novamente cerca de 50 indígenas da mesma etnia ocuparam o prédio da SESAI Roraima, onde cobraram a saída/demissão da então coordenadora do DSEI-Y³⁸. Armados com arcos, flechas e pedaços de madeira, os indígenas entraram no prédio e começaram a cantar em protesto. Eles estavam pintados de preto em símbolo "ao luto pela situação da Terra Indígena Yanomami [TIY]", segundo informou ao G1, o líder indígena Júnior Yanomami.

Ainda de acordo com a mesma fonte de informação, além do luto pela situação da TIY, os indígenas manifestaram descontentamento em relação ao acesso e carência de medicamentos, e também da falta de atendimento médico na

³⁷ Para Clastres (2003) as sociedades primitivas são sociedades sem Estado, privadas da presença do Estado e por isso são consideradas sociedades *incompletas*. Não são exatamente verdadeiras sociedades - não são *policidadas* -, e subsistem na experiência talvez dolorosa de uma *falta* - falta do Estado - que elas tentariam, sempre em vão, suprir.

³⁸ Informações extraídas do site <http://fontebrasil.com.br/fonte/noticias/19990>

área indígena. "A saúde só tem piorado nos últimos quatro anos na nossa terra indígena e, por isso, estamos aqui reivindicando melhorias para as nossas crianças. Só sairemos quando a Maria também sair do cargo", disse uma das lideranças do movimento.

Passados aproximadamente quatro meses da última manifestação acima citada, em função do não atendimento das reivindicações anteriores por parte da SESAI/MS, em 02 de maio de 2015, mais de 150 indígenas da etnia Yanomami mantiveram cerca de 20 funcionários da Secretaria Especial de Saúde Indígena reféns na região de Surucucus, Noroeste de Roraima, na TIY. Nesse mesmo dia, seria realizada a troca de agentes que atuavam na região. Por isso, cinco aeronaves foram ao local para levar 20 funcionários da SESAI e trazer para Boa Vista os agentes de saúde que estavam na Reserva³⁹.

Segundo o mesmo canal de informação, os indígenas apreenderam aeronaves, pilotos e todos os servidores da saúde que ali se encontravam com o intuito de 'ganhar força' e "conseguir a exoneração dos servidores".

Após alguns dias de apreensão e promessas de exoneração da coordenadora do DSEI-Y por parte da SESAI, os indígenas liberaram todos os reféns e retomou-se a vida cotidiana na esperança, por parte dos indígenas, de que as reivindicações seriam atendidas, no entanto, nenhuma mudança de gestão ocorreu até outubro de 2015, gerando novamente um clima de tensão e conflitos constantes entre indígenas e DSEI-Y.

Somente em outubro de 2015, foi nomeado um novo coordenador do DSEI-Y, no entanto, a não aceitação por parte dos indígenas referente a essa recente nomeação gerou novamente protestos e recorrentes dispositivos de guerra foram ativados.

Conforme matéria publicada no jornal Folha de Boa Vista (versão *online*), de 17 de outubro de 2015⁴⁰, A nomeação de um cirurgião dentista para a coordenação do DSEI-Y, em lugar deixado pela ex-coordenadora, causou repercussão negativa entre lideranças indígenas Yanomami. O presidente do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI), Alberto Goes, e o diretor da Hutukara Associação Yanomami,

³⁹Matéria publicada no site <http://www.expressomt.com.br/nacional-internacional/indios-mantem-20-servidores-da-sesai-r-129815.html>

⁴⁰ Fonte: <http://www.folhabv.com.br/noticia/Indios-nao-aceitam-nomeacao-de-coordenador/10758>

Dário Yanomami, se posicionaram contra a nomeação. Eles disseram que não foram consultados sobre essa indicação e não haveria posse antes de uma conversa com os índios, e segundo Alberto Goes, *"Essa indicação é político partidária e não foi feita consulta aos líderes para essa nomeação. Ninguém nos procurou, quer seja autoridade política ou não indígena, para sentar e conversar com a gente. Queremos que as autoridades competentes façam essa consulta antes de nomear"*, disse. *"É direito nosso e está na Constituição que o povo deve ser ouvido e consultado antes de tais decisões. O Governo Federal deve entender que quando for mexer com coordenação do nosso DSEI, que cuida de nossa saúde, precisamos ser ouvidos antes"*, complementou.

A mesma situação ocorreu no dia 04 de dezembro de 2015, quando cerca de 100 indígenas, 40 conselheiros distritais e 11 presidentes de conselhos locais de saúde de 7 etnias diferentes pertencentes ao DSEI-Leste fizeram uma manifestação pacífica em frente ao prédio do DSEI-Leste, fechando um trecho de uma importante avenida da cidade de Boa Vista-RR. Essa manifestação foi um ato de repúdio à interferência política partidária na Saúde Indígena do Distrito Leste de Roraima. De acordo com a conselheira indígena Ivanir Pankararu, o protesto foi um ato de rejeição às indicações feitas por políticos para o Distrito Sanitário Especial Indígena Leste de Roraima, tendo em vista que o gestor para assumir um DSEI deve ter conhecimento da política nacional de atenção da saúde indígena e ser indicado pelo CONDISI ou ainda ser aprovado por este conselho⁴¹.

Seguindo a mesma fonte de consulta, conforme narrativa do vice-presidente do CONDISI, não somente o conselho local como todos os outros do país não aceitam a interferência política partidária dentro do funcionamento da SESAI. *"A gente pode até aceitar a indicação feita por algum parlamentar, mas queremos ser consultados com antecedência para fazer uma avaliação do candidato"*, comentou.

Todos os fatos acima relatados demonstraram posicionamentos marcantes por parte dos povos indígenas que fazem parte da área de abrangência dos DSEI-Y e DSEI-Leste, referentes à busca pelos direitos dos povos indígenas quanto à questões políticas relativas à saúde. Mesmo que alguns dispositivos de guerra forem acionados em algumas das reivindicações e mobilizações anteriormente citados,

⁴¹ Fonte: <http://g1.globo.com/rr/Roraima/noticia/2015/12/indigenas-de-rr-fecham-avenida-para-protestar-contrainterferencia-politica.html>

outro fato marcante é do poder exercido pelos indígenas usuários dos serviços de saúde da CASAI, aqui tratando de um caso de defesa para a não demissão de um enfermeiro do posto Yanomami da instituição em questão.

Em meados do mês de setembro de 2015 houve um pequeno desentendimento entre um enfermeiro do posto Yanomami e outro membro da equipe multiprofissional de saúde da CASAI, ambos contratados pela Missão Evangélica Caiuá. De acordo com a narrativa do enfermeiro, o colega de trabalho fez uma reclamação contra ele para uma das lideranças do povo Yanomami, solicitando que houvesse intervenção por parte da Associação Yanomami Hutukara (HAY) junto a Caiuá, para demissão do enfermeiro. Alguns indígenas que estavam em fase de tratamento na CASAI tiveram acesso a essa informação, quando revoltados com a solicitação do recém contratado ameaçaram invadir a Hutukara com arcos e flechas exigindo que não houvesse intervenção da Associação na demissão do enfermeiro e sim, a defesa para manutenção deste na equipe de saúde da CASAI.

Os indígenas envolvidos na defesa da permanência do enfermeiro alegaram que o mesmo conviveu em área com o povo Yanomami cerca de seis anos e depois veio trabalhar na CASAI, onde atuava a mais de três anos e assim, é conhecido por grande parte dos pacientes da etnia, tem conhecimento das especificidades culturais, além de falar a língua Yanomami, facilitando estreitamento das relações construídas entre os indígenas e a equipe de saúde, gerando a partir desse fator de aproximação maior aceitação do tratamento de saúde pelos pacientes, além dos laços de amizade consolidados no decorrer do período de permanência destes indígenas na CASAI.

Sendo assim, a atuação do grupo de indígenas Yanomami que estavam na CASAI frente a Hutukara para que a liderança indígena fizesse uma intervenção junto à contratante do enfermeiro, com o intuito de não demití-lo, resultou positivamente a fim de o mesmo fosse mantido na instituição. Portanto, alguns dispositivos de guerra são acionados pela necessidade de manter pessoas que atuem a favor da saúde indígena de qualidade.

No caso acima citado, o papel das lideranças indígenas e demais representantes foi primordial na interlocução junto a Missão Evangélica Caiuá. De acordo com Oliveira (2000), os líderes indígenas têm se tornado cada dia mais competentes no uso da linguagem, afirmando que essas lideranças sejam “[...] capazes de se movimentar no interior das normas do discurso hegemônico, e isso,

lhes permite conduzir uma argumentação audível e inteligível no interior do campo indigenista” (p.227). Usando a metáfora da guerra, as lideranças estariam aprendendo a lidar e arguir com as “armas dos brancos”.

No campo da política indigenista essa visibilidade das lideranças e demais representações indígenas vem ganhando espaço em discussões mais amplas que extrapolam as fronteiras de suas comunidades, do estado e da nação a que pertencem, principalmente, no tocante a luta pelos direitos dos povos indígenas. Neste sentido, Oliveira (2000) reforça a idéia de que a política indigenista deve estar “[...] voltada para preparar o índio a se tornar um competente *interlocutor* e não um mero cliente de eventuais benesses do Estado ou mesmo de segmentos da sociedade civil.” (grifo do autor, p.227).

Dessa maneira, a visibilidade de um domínio crescente da linguagem dos brancos por parte das lideranças indígenas tem sido uma constante no país, mostrando que a presença desses povos em discussões sociopolíticas, culturais, dentre outras, esteja no cotidiano, mais presente na elaboração das políticas públicas e controle da execução destas, na garantia de seus direitos constitucionais.

Essa constatação da expressiva presença de lideranças indígenas em diálogos interétnicos, tem permitido aos indígenas se tornarem mais hábeis em se orientar no interior do discurso político nacional, em função da singularidade por estarmos, sem dúvida “[...] diante de um quadro interétnico excepcional no que tange a entendimentos políticos entre diferentes etnias situadas no interior de um mesmo território indígena”. (OLIVEIRA, 2000, p.226).

Isso revela um elevado grau de entendimento político entre lideranças que, se submetem periodicamente ao escrutínio das assembleias indígenas. Contra o estereótipo de que “os índios não se entendem”, esse me parece ser um bom exemplo sobre a possibilidade de obtenção de consenso entre etnias indígenas de maneira a assegurar a viabilização de representação política em nível regional e, quem sabe, em nível nacional junto ao Estado-nação; uma representação destinada a negociar a formulação de uma política indigenista que atenda às demandas de uma política indígena. (OLIVEIRA, 2000, p.226).

Todas as questões relativas à produção de saúde intercultural, por intermédio da análise feita neste capítulo de como se dão as dinâmicas da e na CASAI se tornaram essenciais para uma compreensão mais ampliada das relações estabelecidas nesse microuniverso pertencente ao cenário macro das políticas públicas de saúde indígena.

Dando continuidade a descrição sobre a produção de saúde intercultural, o próximo capítulo possibilitará ao leitor uma visão mais ampliada da pluralidade de saberes, enfatizando as práticas de xabori realizadas pelos pajés no contexto da CASAI, as vivências dos indígenas que recebem esses rituais de cura e minhas experiências no campo de pesquisa.

CAPÍTULO VI - PLURALIDADE DE SABERES: os xabori no contexto da CASAI-RR.

Neste capítulo, busco descrever a pluralidade de práticas de cura realizadas no contexto da CASAI-RR, seus encontros e desencontros, diálogos, tensões e contradições entre os atores sociais envolvidos e os relatos de experiências vividos no decorrer do percurso etnográfico.

No decorrer das aproximações com os indígenas e profissionais de saúde da CASAI, foi possível observar que os diferentes saberes que envolvem a biomedicina e a etnomedicina coabitam no contexto da referida instituição, onde concomitantemente, indígenas recebem tratamento médico, pautado na medicina ocidental e também recorrem aos rituais de pajelança.

Esse diálogo presente na pluralidade de sistemas médicos no contexto da saúde indígena no estado de Roraima reforça o papel do xamã/pajé como interlocutor com outros mundos visando a cura por meio do reestabelecimento do equilíbrio entre corpo e alma, mas também ratifica a importância da atuação do médico quando se trata de doenças do mundo dos brancos, em suma, diferentes racionalidades médicas coabitando no mesmo espaço físico, atuando em prol da melhoria da saúde dos povos indígenas.

Especificamente, no que tange aos povos indígenas, esses se apoiam na mitologia para explicar o mundo. Os mitos são narrativas que nos remetem aos modos específicos de conceber o cosmos e de se situar nele. As narrativas míticas ameríndias giram em torno de histórias do tempo no qual os humanos e os animais ainda não se distinguiam, em que todas as espécies partilhavam uma forma humana genérica, até que algum evento de ruptura interrompeu tal estado original, instaurando os limites, as diferenças e a invisibilidade. Como coloca Cesarino (2009), retomando a ideia de Viveiros de Castro, os mundos indígenas são multinaturalistas, concebem uma multiplicidade de naturezas (os diferentes corpos dos bichos) e uma unidade da cultura (a cultura humana partilhada por todas as espécies). Nessa visão de mundo, não haveria choque de culturas, o que pode ser pensado como uma inexistência de conflito entre a ciência ocidental e a medicina tradicional indígena. Dessa forma, os indígenas por meio de seus itinerários terapêuticos se mostram extremamente abertos a novas experiências, buscando

utilizar a medicina ocidental como complemento às suas práticas médicas. Sendo assim, as doenças e curas assumem outra dinâmica que jamais será a mesma da ocidental. (SOARES, 2007).

Apesar desses olhares mais abrangentes dos indígenas em relação a medicina ocidental, para Soares (2007), se não forem respeitadas as premissas básicas fortemente embasadas na antropologia, corre-se o risco da não aceitabilidade de tratamento da medicina tradicional, gerando assim um confronto cultural entre o mundo ameríndio e a medicina do mundo ocidental. Ainda neste contexto, reforçando os contrastes que acompanham os dois mundos tão distintos, até algumas palavras como “saúde” e “doença” não apresentam conceitos bem definidos na língua portuguesa, muito menos encontram um significado comum no mundo indígena.

Percebe-se, de um lado, a medicina convencional se configura em valores excessivamente exatos, como posologias, tempo de evolução das doenças, medição dos sinais vitais, dentre outros. O valor está nas profundidades mensuráveis do corpo anatomizado, de racionalidade científica e mecanicista e, de outro lado, o mundo indígena, com seus saberes tradicionais, os rituais, os mitos, os elementos médicos xamânicos e fitoterápicos, e outras práticas de promoção da saúde e cura dos agravos desta, com base em um enfoque totalizante da pessoa (Ferreira, 2007). A partir dessas tensões e contradições, o signo de saúde e de estar doente pode ser entendido com percepções e sensações bem diferenciadas entre as comunidades indígenas e destas para com as demais que não fazem parte diretamente deste contexto. Assim, os processos de cura também se apresentam em contextos multivariados, que vão dos mais tradicionais aos historicamente definidos como modelos biomédicos ocidentais. Neste caso, o foco de discussão central é a “medicina tradicional indígena”, assim denominada por estudiosos da saúde indígena.

As medicinas tradicionais indígenas enquanto sistemas sociomédicos são de domínio dos próprios grupos indígenas, que estão imersos nos seus conhecimentos e práticas de prevenção, promoção e cura dos agravos da saúde. Para Ferreira (2007, p.9), “as medicinas tradicionais indígenas são sistemas médicos xamânicos imersos em contextos cosmológicos particulares”. Neste caso, a autora afirma que existe um conjunto de saberes e práticas que objetivam a promoção da saúde, a

prevenção e cura das doenças, e estes saberes estão associados à religião, à política, a economia, a arte, etc, fortalecendo os rituais por meio do xamanismo.

Existem vários casos entre grupos indígenas da Amazônia em que os xamãs incorporam aspectos das práticas biomédicas tanto nos seus cantos quanto nos tratamentos terapêuticos. Para Langdon (2000), o xamanismo convive com a biomedicina no espaço do hospital. É comum encontrar os xamãs à beira das redes dos pacientes internados, com o incentivo da equipe que espera, assim, evitar que o paciente deixe o hospital à procura desse especialista, isso acontece em muitas ocasiões, como por exemplo, quando a doença ganha um novo significado e passa a ter a biomedicina como terapia ineficaz. Nesse caso, os xamãs procuram fora do corpo biológico o entendimento e cura das doenças, além disso, os xamãs não são apenas restauradores da saúde, mas também mantenedores da ordem cósmica e atuam mesmo antes das doenças aparecerem.

Esse diálogo estabelecido entre as variadas racionalidades médicas tentam explicar o processo saúde-doença de maneira mais holística, não em uma posição de desvalorização ou subordinação em relação ao mecanicismo presente na biomedicina, mas como forma complementar de prevenção e cura dos diferentes agravos à saúde. Segundo Guimarães:

A principal tarefa dos xamãs é manter o equilíbrio entre todas as partes e desdobramentos do corpo, combatendo a tendência centrífuga de seu desmembramento ocasionado pelas quase infinitas possibilidades de agressão. O xamã deve restabelecer a homeostase, o equilíbrio dinâmico do corpo, resgatando e restaurando as partes que se desfazem ou vingando e contra atacando a morte sofrida. (2005, p.166).

Conforme Lévi-Strauss (2008), o xamã não toca no corpo do doente e nem lhe administra remédios, pois constitui uma “medicação puramente psicológica” (p.207). Neste sentido, a cura consiste em tornar pensável uma situação que inicialmente se dá em termos afetivos e aceitáveis para os espíritos, mas que não corresponde a uma realidade objetiva, porém, permite que o doente jamais coloque em dúvida esse sistema de cura.

O xamã fornece ao doente uma “linguagem” para que esse tipo de cura seja situada a “meio-caminho entre nossa medicina orgânica e terapêuticas psicológicas como a psicanálise”. Considera-se ainda, outros elementos importantes para a compreensão desses processos de cura indígena, tais como: “os espíritos protetores e os espíritos malfazejos, os monstros sobrenaturais e os animais mágicos, fazem

parte de um sistema coerente que fundamenta a concepção indígena de universo”. (LÉVI-STRAUSS, 2008, p.213).

Como reflete Cesarino (2009, s/p), a mediação exercida pelos xamãs “tem mais a ver com uma certa diplomacia, uma forma de traduzir e de conectar os humanos viventes à multidão de espíritos, de almas de mortos e de animais que constituem as cosmologias indígenas”.

Cabe ainda apontar um olhar crítico para os binarismos quando buscamos entender a relação entre medicina tradicional indígena e medicina ocidental. Scopel (2013, p. 29) ao descrever sua tese concluiu que:

Entendo ser necessário explicitar que um dos pressupostos desta tese é o de que a complexidade do contexto no qual se desenvolvem atualmente os processos de saúde/doença/atenção não deve ser reduzida a um modelo binário que opõe a “medicina do branco” à “medicina indígena”. Primeiro, por compreender que esse tipo de reificação reduz a heterogeneidade de cada um dos saberes, e segundo, porque pressupõe o antagonismo, ou seja, nega a hipótese de haver articulação e intermedicalidade entre diferentes saberes, além de ignorar a centralidade das práticas de autoatenção nos processos de saúde/doença/atenção.

A apropriação por parte dos indígenas referente aos conhecimentos e materiais da agência ocidental pode ser pensada em relações de intermedicalidade que no trabalho de campo foi bastante visível na utilização dos fármacos industrializados, que mais aproxima os povos indígenas do mundo dos brancos e às vezes distancia de seus próprios conhecimentos tradicionais. O mesmo ocorre de forma inversa quando o sistema biomédico passa a se apropriar das rezas, dos medicamentos naturais oriundos da floresta e quando os médicos começam acreditar que alguns processos de adoecimento podem transcender o corpo biológico puramente e ter como causas desencadeantes da doença questões relacionadas à cosmologia.

Vale a pena destacar que essa intermedicalidade está perpassada por relações de poder. Para Langdon (1995), a receptividade/aceitabilidade das curas da biomedicina se manifesta mais claramente na questão de remédios, visto que os fármacos se tornam o símbolo do poder da biomedicina. O exemplo disso são as críticas severas feitas pelos indígenas em relação ao médico, enfermeiro, ou assistente de saúde que não distribui livremente os fármacos em situações nas quais o profissional não os julga necessários, numa tentativa de prestar um

atendimento mais holista e/ou de incorporar a fitoterapia do próprio grupo. A narrativa abaixo reforça a situação exemplificada nesse parágrafo:

“Os indígenas, principalmente os mais novos, eles já estão mais dependentes dos nossos remédios, das nossas vacinas, eles ficam muito bravos quando não damos medicamentos para eles em situações que detectamos não serem necessárias, mas querem medicamento para tudo e às vezes nem temos, eles se revoltam, ficam até agressivos. Tem vezes que eles nos acordam na madrugada para pedirem remédio para dor de cabeça ou dor de barriga, isso é estranho, me questiono sobre como faziam antes da medicina do branco chegar até as comunidades indígenas? Por isso que hoje temos vários casos e estudos sobre hipermedicalização nos povos indígenas, parece que eles estão perdendo a crença em suas ervas, aquilo que a floresta oferece, isso é muito triste, porque eu acredito na medicina indígena, acho que nós deveríamos ter maior conhecimento e nos apropriarmos ainda mais das ervas da floresta, mas dá a impressão que os indígenas não dão mais o mesmo valor aos conhecimentos nativos.” (Técnico de Enfermagem da CASAI, posto Yanomami, relato de 29 de julho de 2015).

Esta frase nos remete a uma colonialidade das relações, com uma supervalorização da medicalidade ocidental pelos indígenas, produto da sua institucionalização como gerenciadora da vida das populações.

6.1 Os xabori no contexto da CASAI

Mesmo com a prática da medicina ocidental estar presente em maior escala dentro da CASAI e nos hospitais de Boa Vista, os rituais de pajelança também fazem parte como complemento do tratamento ou mesmo como prioridade no processo de cura de alguns agravos não detectados pelo sistema de saúde oficial, enfatizando aqui, as doenças oriundas dos espíritos da floresta, fazendo com que o pajé tenha um papel essencial neste processo de cura, dialogando, sobretudo com os saberes biomédicos.

Especificamente, para o povo Yanomami a medicina ocidental e seu acervo de remédios são considerados como uma forma de medicina doméstica bastante poderosa no tratamento sintomatológico, razão esta pela qual alguns indígenas até abandonam os seus remédios tradicionais. Entretanto, a cura por meio da pajelança tem uma representação expressiva para eles como uma forma superior de atuação

terapêutica por se basear no conhecimento fornecido pela visão alucinógena e, assim, ser a única maneira a atingir a causa profunda dos processos aparentes (ALBERT; GOMEZ, 1997).

Esses saberes tradicionais indígenas são seculares, utilizados de geração a geração e também em muitas situações cotidianas de indivíduos não indígenas, por meio da apropriação de chás, ervas, rezas, benzimentos, dentre outros. Mesmo que esta prática esteja evidente na vida de muitas pessoas, nem sempre o mecanismo da pajelança é aceito com naturalidade por aqueles que não são membros de comunidades indígenas.

Pela narrativa de um técnico de enfermagem da CASAI, é necessário compreender a trajetória da saúde indígena e seus processos de cura, já que:

“[...] antes da nossa medicina, antes da nossa dipirona para curar uma cefaleia eles já tinham o tratamento deles lá, o pajé já sabia, sempre houve o pajé, quanto mais antigamente, maior a necessidade do pajé para as curas deles, desde uma diarreia, eles tinham seus medicamentos, que são as plantas, para cada tratamento eles tem uma planta específica, porque o pajé tem esse conhecimento, que é bem maior do que o nosso, porque senão eles não estariam vivos, porque antes da gente chegar lá, eles já estavam lá, eles já tinham a medicina deles, com as crenças deles, com as rezas deles, com as medicações fitoterápicas deles lá da área. Na verdade, nós, os brancos, é que utilizamos elementos da mata para os nossos tratamentos, para os nossos medicamentos. O problema, é que os indígenas mais novos não tomam mais os conhecimentos dos mais velhos, no caso, dos pajés, eles já estão mais dependentes dos nossos remédios, das nossas vacinas, mas eles esquecem que eles sobreviveram até um tempo atrás sem as vacinas, e quem introduziu a doença lá, a malária, as hepatites, isso foi o branco, o garimpo, por isso começaram utilizar nossas vacinas, na verdade, foram obrigados a aceitar isso, por nós levamos isso para eles, nós contaminamos a água, nós levamos o lixo, nós levamos a doença, nós facilitamos de um lado mas prejudicamos de outro, tornando eles dependentes da nossa cultura medicinal.” (Técnico de Enfermagem da CASAI, relato de 29 de julho de 2015).

No que concerne à problematização da prática da pajelança, se pode chegar a uma conclusão de que a partir do processo de ritualização é possível ponderar sobre hierarquias formadas entre pajés, fato esse que define a atuação deles no cotidiano da comunidade. Essa prática de cura por meio do ritual requer uma preparação do outro simbólico, apontando para uma conjuntura entre o humano e o não humano. Sobre esse reposicionamento da noção de pessoa em conexão com o

divino, infere-se que significações foram formadas ao ponto em que a essência dos sujeitos foi carregada de sentidos não só impostos, mas também escolhidos, dialogados e ponderados pelos próprios não indígenas. (OLIVEIRA, 2006).

Estes rituais de pajelança, também denominados como Xabori⁴², se complementam com a medicina ocidental, mesmo em ambientes não indígenas, mediante a relação dos pajés ou xamãs com a natureza e os espíritos, representados de diversas maneiras, como os benzimentos, o trabalho de rezadores, erveiros, e outros, que utilizam saberes tradicionais, que vão muito além da interação com plantas medicinais.

De acordo com a fala de dois pajés do estado do Amazonas, faz-se necessário este trabalho conjunto com a biomedicina, pois enquanto eles realizam os rituais de cura para as enfermidades da alma, os profissionais de saúde buscam a cura biológica. Baseada nisso, estes modos tradicionais de atenção em saúde ganham significação mais holística da saúde, porque constituem elementos estruturantes da identidade étnica indígena.

Para o pajé Vanderlei, 60 anos de idade, líder espiritual da Comunidade do Marari, estado do Amazonas, todos os seus conhecimentos foram adquiridos com seu pai e agora ensina a arte do xabori para seu filho.

“Aqui CASAI nós não quer confusão, outras comunidades não gostam dos Amazonas, às vezes acham que somos feiticeiros, então tem muita briga, veneno de inimigo. Eu ajudo minha comunidade com o xabori, eu curo doença da alma, do espírito, envenenamento de inimigo, curo doença que branco não cura. Eu trabalho junto do médico, isso é importante para a saúde de minha comunidade e agora eu ensino tudo para meu filho para que um dia ele possa fazer xabori também, até porque outros parentes não têm vontade de se tornarem pajé.” (Relato do Pajé Vanderlei, em 22 de outubro de 2014).

Percebeu-se ao longo do tempo de imersão no campo de pesquisa é que esse papel de pajé, de líder espiritual vem se perdendo na medida em que os jovens gradativamente, vêm se envolvendo de forma intensa com o mundo distante daquele em que foram criados. Os prolongados meses distantes da comunidade, inseridos no cotidiano da vida urbana seja para estudar, para comercializar seus produtos ou

⁴² Xabori neste contexto significa pajé ou o espírito auxiliar. O ritual de Xabori é aprendido com os pajés espirituais mais velhos da comunidade. O objetivo é cuidar da saúde do seu povo, defender das doenças e também para as mudanças do mundo, por meio da energia da natureza.

para tratamento de saúde, constituem um *hall* de ingredientes que podem afastá-los mais de suas raízes culturais, reduzindo conseqüentemente, as possibilidades de se tornarem sucessores de seus antepassados no tocante à liderança de sua comunidade, seja espiritual, na condição de pajé ou xamã, ou na condição de liderança de seu povo, como tuxaua.

Retomando a narrativa do pajé Vanderlei, esta dialoga com Clastres (2014) na obra *Arqueologia da Violência*, onde afirma que a preparação do xamã é um processo complexo, de uma paciente iniciante e de um longo trabalho e que nem sempre se torna bem sucedido. “Em outras palavras, raramente alguém está predisposto ser xamã, de modo que, no limite, qualquer um pode, se quiser, ser xamã”. (CLASTRES, 2014, p. 104).

Ainda, seguindo os pensamentos de Clastres, essa preparação do líder espiritual xamã ou pajé tem a colaboração e a proteção de espíritos-guardiões que terão o papel de auxiliar nas tarefas terapêuticas pertinentes a esse líder. Neste sentido, na cosmologia do povo indígena Yanomami essa terapêutica é reconhecida como xabori.

Uma das características visualizadas ao longo da imersão no campo de pesquisa em relação a prática do xabori, aqui me referindo aos povos Yanomami, foi a utilização de uma substância denominada paricá⁴³, utilizada preferencialmente pelo pajé durante os rituais de cura. Nesta descrição das vivências no campo de pesquisa não foi realizado um estudo farmacológico do paricá nem tão pouco busquei conhecimento aprofundado dos efeitos químicos e físicos causados pela mistura de algumas substâncias que formam o pó utilizado nos rituais de pajelança, no entanto, procurei conhecer as sensações que essa substância pode causar naqueles que fazem uso dela, seja por relatos de experiência, pelas observações participantes no decorrer dos rituais e até mesmo por mim que tive a oportunidade de fazer uso do paricá, conforme descreverei posteriormente.

Conforme as narrativas de dois pajés do estado do Amazonas, a utilização do paricá por outras pessoas da comunidade ou por não indígenas somente ocorre com

⁴³ Em relação ao pó denominado paricá utilizado em alguns rituais de pajelança, essa substância será tratada ao longo desta tese como substância psicoativa, que de acordo com a OMS (1981) estas substâncias alteram comportamento, humor e cognição, agindo principalmente no sistema nervoso central, conseqüentemente alterando a função cerebral e temporariamente mudando a percepção, o humor, o comportamento e a consciência.

a autorização do pajé ou a convite dele. Na figura 32, após autorização de um dos pajés, seu filho juntamente com o auxílio de outro membro da comunidade faz uma demonstração da utilização do paricá para que eu pudesse ter uma compreensão mais ampliada dessa ação. Atentamente observei cada passo tomado pelo filho do pajé e suas explicações quanto à composição do paricá, como utilizá-lo e quais objetos seriam necessários para que a ação pudesse ocorrer.

Mas antes de descrever minha experiência com o paricá, não posso me eximir de relatar como ocorreu a aproximação com os Yanomami, da comunidade do Marari do estado do Amazonas. Desde as primeiras inserções na CASAI, alguns enfermeiros relatavam as experiências com pajelença dentro da instituição, mas sempre exaltando o trabalho dos Yanomami e principalmente dos rituais de xabori que algumas vezes ocorriam na maloca enfermária dos indígenas oriundos do Amazonas. Com isso, passei a ter um olhar mais direcionado a esse grupo almejando que em algum momento poderia ter a oportunidade de encontrar algum pajé que estivesse atuando/realizando o xabori naquele espaço físico.

Foram semanas de espera, dias de imersão no campo de pesquisa, até que um dos enfermeiros comunicou que estava prevista a vinda de um pajé bastante conhecido em uma determinada área geográfica do estado do Amazonas. Esse pajé iria se deslocar do estado vizinho para Roraima com objetivo principal de realizar consulta médica de acompanhamento cardiológico, pois utilizava um marcapasso e com determinada frequência fazia acompanhamento médico em Boa Vista. Seria então a oportunidade de obter alguma aproximação com esse pajé.

O primeiro pensamento que me veio à cabeça era o fato do pajé, o líder espiritual, detentor de conhecimento cosmológico se desloca de um estado a outro para consulta médica, ou seja, apesar de todo seu prestígio espiritual frente a sua comunidade ele fazia uso dos recursos biomédicos, visto que seu problema cardíaco não poderia ser “curado” somente pelo xabori, fato esse que solidificou minha tese e de vários outros autores de que é possível existir um diálogo entre os saberes biomédicos e os tradicionais indígenas, desde que haja uma simetria entre ambas as partes.

Após conhecer parcialmente a história clínica do pajé Vanderlei e os motivos que levaram aquele senhor de 60 anos de idade, mesmo com todo seu conhecimento espiritual ter que se deslocar até Boa Vista para seu tratamento e acompanhamento de saúde, sua chegada naquele espaço físico era aguardada

principalmente pelos indígenas da maloca enfermaria do Amazonas, uma vez que era considerado referência em ritual de pajelança, um pajé experiente e respeitado pelo seu trabalho na região do Marari. Fui tentando aos poucos uma aproximação com ele e seu grupo, mas não era algo simples, mormente pela barreira linguística, então, com auxílio de um enfermeiro que possuía fluência na fala Yanomami foi possível essa aproximação.

Dentro da maloca enfermaria dos Yanomami oriundos do estado do Amazonas estava iniciando um ritual de xabori e com certo distanciamento tentei me posicionar perto de uma janela para conseguir visualizar algo. Neste momento, o filho do pajé ao detectar minha presença questionou o enfermeiro o qual estava me acompanhando a respeito do que queria ali, quem eu era e porque estava observando eles. Então o enfermeiro explicou que estava naquele espaço físico como pesquisadora, era “amiga da CASAI” e tinha autorização para estar na instituição. Além disso, falou que gostaria de conhecer o trabalho do pajé. Com olhar atento ao diálogo do enfermeiro com o filho do pajé jamais tinha imaginado que seria convidada a participar daquele ritual. Quando o enfermeiro disse que poderia entrar na maloca e observar o xabori. Foi então, pela primeira vez em campo, tive a sensação de medo e de insegurança dentro da CASAI, quando entrei na maloca enfermaria e me deparei com o início do ritual, momento no qual o pajé iniciava sua atuação fazendo o uso do paricá.

Para o ritual de pajelança, no espaço da maloca enfermaria dos indígenas do estado do Amazonas estavam o pajé, seu filho (futuro sucessor), outro membro da comunidade que recebia o xabori em função de fortes dores na coluna que estava sentindo, além de outros três indígenas. Um desses indígenas falava parcialmente português e informou que o pajé havia solicitado trancar a porta da maloca, e ficar sentada no chão e de forma alguma fizesse qualquer tipo de registro fotográfico ou de áudio. Não havia mais nada a fazer, a não ser acalmar meu coração e prestar atenção em tudo que estava ocorrendo à minha volta sem interferir no ritual. Foram mais de duas horas naquele espaço, não sabia ao certo qual o procedimento do pajé, mas compreendia que a utilização do paricá no início do ritual, os cantos e o sopro do pajé no local onde o outro indígena relatou estar com dor faziam parte daquele momento espiritual de cura. Ressalto que naquele espaço físico, no decorrer do ritual, somente a voz do pajé ecoava junto aos sussurros de dor do outro indígena, enquanto o silêncio ocorrido em curtos espaços de tempo demonstrava a

magia daquele momento, o encanto estranhamento e até insegurança por minha parte.

Após finalizar todo o ritual, não tinha como descrever meu sentimento e o que havia vivenciado naquela tarde, mas tinha a certeza de que minha inquietude em relação à pajelança havia aumentado ainda mais e tentaria vivenciar mais algumas dessas experiências. Ao final do ritual, fui conversar com o filho do pajé juntamente com seu pai, pois ambos falavam português, o que facilitou minha aproximação com esses dois importantes atores sociais daquele momento. Na ocasião eles explicaram brevemente o acontecido naquela tarde e ouviram também sobre minha pesquisa. Nessa ocasião, o pajé fez o convite para participar de outro ritual que iria ocorrer no dia seguinte e disse: dessa vez pode fazer uso da imagem pois o mesmo já me considerava a “mana” do seu povo. Sem entender o que seria “mana”, questionei o filho do pajé e ele disse que deveria ficar tranquila, seu pai me considerava amiga da comunidade e era uma forma de dizer bemvinda naquele espaço. Uma sensação de alívio me tomou, a partir daquele momento meu coração foi acalantado, porém, minha ansiedade aumentava, porque iria esperar mais um dia para vivenciar outra experiência de xabori.

Passado um dia, lá estava novamente buscando vivenciar mais uma daquelas experiências incríveis, mas como ainda estava muito cedo tive a grata surpresa de visualizar todo o processo de preparação do paricá e enfim, antes de participar de outro ritual de xabori, a convite do pajé Vanderlei fui presenteada a experimentar o paricá, não na mesma intensidade do ritual do pajé, mas para ter uma noção de como fazer uso do paricá e quais seriam os efeitos sentidos por mim, mesmo que numa dosagem muito pequena.

Sendo assim, a figura 33, mostra minha utilização do paricá a partir do convite do pajé, com auxílio de seu filho, futuro sucessor nos rituais de pajelança. Apesar da experimentação da substância psicoativa ser em pequena proporção, para não “perder os sentidos” ou mesmo ter qualquer outro “desconforto físico ou psicológico”, foi possível ter uma ideia de quais sensações o pajé vivencia. De forma rápida de absorção, a utilização do paricá deu uma sensação que ocorria uma espécie de “dilatação do trato respiratório” e uma sensação de tontura, de leveza no corpo difícil de explicar, mas uma sensação prazerosa, embora a quantidade experimentada tenha sido ínfima comparada a utilização pelo pajé.

De acordo com o relato do pajé Vanderlei, os componentes químicos da substância psicoativa/paricá são de rápida absorção, assim como os efeitos intensos proporcionados. Às vezes pode causar náuseas, dores de cabeça e outros desconfortos relacionados, além de transe visionário, por esse motivo não permitiu utilizar uma dosagem do paricá similar a do pajé ou seu sucessor para os rituais de xabori.

Para Cavalcante (2007), o paricá é um pó utilizado em rituais indígenas da Amazônia, obtido das sementes da espécie *Anadenanthera peregrina* (angico-branco) ou da espécie *Piptadenia peregrina* (angico-bravo) ou ainda pode ser feito da resina das cascas do tronco da espécie *Virola calophylla* ou da espécie *Virola elongata* ou *Virola theidora* que é nativa do Brasil (Acre, Rondônia, Amazonas, Roraima, Pará e Mato Grosso), além da Colômbia, Peru, Equador, Bolívia, Guiana e Panamá.

Figura 32- Utilização do Paricá pelo filho do pajé



Fonte: Própria autora

Figura 33- Utilização do Paricá pela pesquisadora



Fonte: Própria autora

As sementes pretas dessas árvores (figuras 34 e 35), retiradas diretamente da floresta, são secas com auxílio do fogo, moídas e misturadas com cinzas ou com cal virgem, até formar um pó homogêneo de coloração acinzentada escura. Cabe ressaltar que o paricá não possui qualquer tipo de mistura química industrializada, sendo considerado, portanto, um pó natural oriundo da natureza.

Figura 34- Folhagem da planta VIROLA (Virola Calophylla) - PARICÁ (Piptadenia / Anandathera Peregrina)



Fonte: Imagem extraída de site⁴⁴

Figura 35- Folhas secas e vagem com a semente para produção do paricá



Fonte: Própria autora

O paricá é utilizado pelos indígenas brasileiros, em especial na região amazônica, durante os rituais de pajelança. De uso restrito ao xamã/pajé, quando aspirado pelas narinas faz o indígena cair em transe entrando em comunicação com os espíritos, ficando com plenos poderes para desempenhar seu papel de curador e conselheiro.

Preferencialmente, o cultivo destas sementes (paricá) é feito pelo próprio pajé ou por aquele que é seu sucessor. Ressalta-se aqui, que na mesma comunidade indígena podem coabitar mais de um pajé, embora com hierarquias diferentes, nas quais o mais idoso se torna o pajé mais respeitado entre seus pares, portanto, todos os pajés podem preparar e fazer uso do paricá sem quaisquer restrições por parte dos membros da comunidade à qual pertencem.

Para Friedrich (2012) essas plantas utilizadas nos rituais de cura pelo xamã distinguem-se exclusivamente das plantas medicinais, porque além de poder conter propriedades curativas elas possibilitam colocar a pessoa que utiliza o paricá num estado de consciência ampliada, comparado ao transe extático, podendo alterar ou modificar a percepção, ampliação auditiva e ou visual, impactos cognitivos, ou mesmo entrar em contato com outros planos ou entidades sobrenaturais.

Cada percepção vivenciada pelo xamã ou pelo pajé não é unívoca. Conforme Cunha (2009), as substâncias psicoativas:

⁴⁴ Disponível em: <<http://www.xamanismo.com.br/Poder/SubPoder1189634475lt010>>. Acesso em: 01 de junho 2015.

[...] propiciam experienciar diretamente como se pode perceber o mundo de modos diferentes- ou que diferentes mundos podem coexistir perceptualmente, numa formulação mais amazônica. Nas ontologias das sociedades amazônicas, como sugeriu Eduardo Viveiros de Castro, nem todos percebem as mesmas coisas e as coisas não são percebidas do mesmo modo por diferentes seres sensíveis. (CUNHA, 2009, p. 366).

Figura 36- Semente do Paricá



Fonte: Própria autora

Figura 37- Preparo do fogo para queima do Paricá



Fonte: Própria autora

Assim como a colheita das sementes, o ritual de preparação do pó do paricá geralmente é feito pelo próprio pajé ou por aquele que detém seus conhecimentos e os da floresta, como seu sucessor familiar, neste caso, seu filho. As figuras 36 a 39 representam a preparação do paricá, feita pelo filho do Pajé Vanderlei, da etnia Yanomami, do estado do Amazonas.

[...] Em contextos indígenas tradicionais, é inconcebível o uso dessas plantas com fins frívolos ou meramente lúdicos. São conhecimentos reservados, e devem ser preparados e ingeridos observando normas estritas em cerimônias ou rituais, geralmente a cargo do xamã ou pessoa de conhecimento. Acreditam que talvez o mais significativo destas plantas seja seu poder como instrumento de comunicação com os planos divinos e sagrados. (FRIEDRICH, 2012, p. 112-113).

Figura 38- Queima da semente do Paricá



Fonte: Própria autora

Figura 39- Antes e depois da queima das sementes



Fonte: Própria autora

Após finalização do processo de produção/preparação do pó paricá, sua aspiração é feita com o auxílio de uma vara da espessura de um dedo polegar, que é encontrada nas florestas brasileiras, conhecida como taboca, que também é utilizada pelos indígenas na fabricação de flechas.

Esta aspiração é feita pelo pajé várias vezes para o mesmo ritual, até que ele possa se comunicar com os espíritos por meio da aproximação com seres da floresta. Na ocasião, o líder espiritual não se alimenta e nem faz ingestão de líquidos, para não haver

qualquer tipo de reação com a substância psicoativa. O desgaste físico do pajé é visível, visto que alguns rituais podem ter duração de horas e ou dias, por isso, o mesmo pajé geralmente não realiza dois ou mais rituais de xabori seguidamente. Quando há necessidade de vários xabori para a mesma pessoa ou para outros parentes da comunidade, pede-se auxílio de outro pajé da comunidade ou mesmo de outras localidades.

Em relação a atuação do pajé frente aos rituais de cura, de acordo com vários relatos dos profissionais que atuam na CASAI, a essência dessa ação do líder espiritual não deve requerer pagamentos por aqueles que solicitaram o xabori, portanto, os trabalhos realizados pelo pajé não são atuações remuneradas financeiramente, e sim, por vocação espiritual. Contudo, presentes materiais são aceitos naturalmente pelo pajé ou pelos membros da comunidade, que podem se beneficiar dos objetos presenteados pelo paciente ou por aqueles que o cercam,

sejam parentes, outros líderes da comunidade ou quaisquer outros sujeitos, os quais fazem parte do grupo étnico a quem pertence o requerente do xabori.

Para Carvalho (2013), o xamã além de se relacionar com as elaborações cosmológicas que tem como objetivo manter ou restituir o equilíbrio do povo a que pertence, ele fornece informações importantes sobre possíveis perigos que cercam sua aldeia, doenças do cosmos e outras situações pertinentes ao sucesso das atividades de sobrevivência da comunidade, como a caça e a pesca. Todo esse conhecimento proveniente dos espíritos da floresta deve ser posto a serviço do seu povo para a melhoria da qualidade de vida destes.

Destaca-se aqui, que a prática de pajelança não se resume somente a uma forma de atenção à saúde e às enfermidades, embora essa seja a função mais evidenciada até o momento, mas se trata também de questões profiláticas, além de terapêuticas, que transcendem fronteiras étnicas e culturais, porque está inserida em contextos pluriétnicos, dentro de uma rede de relações sociais dinâmicas e heterogênea, a qual a centralidade dessas práticas se volta para um dos atores centrais do processo, o pajé ou xamã.

No tocante a iniciação desses pajés ou xamãs, Clastres (2014) afirma que são necessárias algumas privações como o sono, jejuns prolongados, isolamento na floresta, além do uso intenso de fumo ou suco de tabaco ou de substâncias alucinógenas, geralmente cultivadas no oeste e noroeste amazônico. Neste sentido, para permitir o acesso da alma ao mundo sobrenatural, o pajé iniciante deve abolir o corpo físico a ponto de chegar a um estado de demasiado esgotamento físico e debilitação do corpo, colocando-se em estado de transe, de exaltação do espírito e de leveza do corpo.

É então que a alma, liberada da gravidade terrestre, aliviada do peso do corpo, acha-se enfim no mesmo nível que o sobrenatural: momento último do “transe” no qual o jovem, na visão que lhe é oferecida do invisível, é iniciado ao saber que faz dele, daí por diante, um xamã. (CLASTRES, 2014, p. 105).

De acordo com o relato do xamã Yanomami Davi Kopenawa⁴⁵, o mundo espiritual é uma parte fundamental da vida dos Yanomami. Toda criatura, pedra, árvore e montanha tem um espírito, que às vezes são malevolentes e atacam os

⁴⁵ Disponível em: <<http://www.survivalinternational.org/povos/Yanomami>>. Acesso em: 28 de agosto 2015.

Yanomami, por isso, acredita-se que causam doenças. Assim, os xamãs/pajés controlam esses espíritos inalando o paricá. Por meio de suas visões e transe, eles encontram os espíritos ou xapiripë e somente os xamãs podem curar as doenças da floresta.

Só quem conhece os xapiripë pode vê-los porque são muito pequenos e brilhantes como a luz. Há muitos, muitos xapiripë, milhares de xapiripë como estrelas. Eles são bonitos e decorados com penas de papagaio e pintados com urucum e outros têm oraikok, outros usam brincos e tinta preta e dançam muito bonito e cantam de forma diferente. (DAVI KOPENAWA).

Por meio dessa experiência de incorporação dos espíritos auxiliares, os xamãs adquirem uma visão que consideram sobrenatural e lhes dá acesso à lógica que está oculta nos fenômenos observáveis por pessoas comuns. Esses espíritos auxiliares esforçam-se para identificar os agentes etiológicos os quais deram origem às afecções tratadas, localizam os objetos patogênicos deixados no “corpo interior” das vítimas para posterior extração destes e também buscam identificar e limpar os efeitos dos seus princípios ativos, combatendo assim, as entidades sobrenaturais agressoras. (ALBERT; GOMEZ, 1997).

Scopel (2013) considera o xamanismo como “cosmologia e como um saber cotidiano, evidentemente, um saber cujo pressuposto principal é a possibilidade de mediação entre os mundos visível e invisível”. (p.38).

No trabalho de campo especificamente, foi possível identificar que durante o xabori para cura dos agravos à saúde, o pajé dança, canta, evoca animais da floresta, retira a dor do paciente com sopros ou sucção do feitiço, o qual considera como envenenamento.

No decorrer da minha participação em algumas práticas de xabori, ficou evidente em várias falas dos pajés e dos pacientes que um dos fatores mais recorrentes no desencadear dos processos patológicos é a presença de feitiçaria. Dessa forma, tornou-se importante compreender o que se entende por feitiço, feiticeiro e como essa prática pode interferir na saúde de quem é acometido por essa ação.

Considero o *feitiço* um dos conceitos chave da cosmologia xamânica, pois se refere ao modo pelo qual os seres têm o poder de agredir os outros. Trata-se de um modo de agressão com o lançamento de objetos e olhares que penetram no corpo e causam doenças. Entendo o *feitiço* como um conceito que permite múltiplas analogias e metáforas, assim, em um sentido amplo, o *feitiço* é o principal modo operacional das agressões xamânicas. (SCOPEL, 2013, p.133).

Ainda seguindo os escritos de Scopel (2013, p.133), o termo feitiço assume diferentes significados a partir do contexto em que é empregado, mas é consensual do ponto de vista do modelo indígena que quem realiza esse feitiço é a figura reconhecida como feiticeiro, “[...] uma pessoa ou ser mal, que prejudica as pessoas (“faz judiaria”). Ele tem o poder de causar doenças e morte por meio de *feitiços* ou pela ação de *espíritos auxiliares* criados por ele para esse propósito” (grifo do autor).

Assim, como existe a ação do feitiço para o desencadeamento de processos de adoecimento, oriundo da atuação do feiticeiro existe também o pajé, um importante ator social que tem o poder de extrair, eliminar o feitiço do corpo daquele que é acometido pela feitiçaria. Cabe ressaltar aqui, que “Um curador deve evitar usar os seus poderes para prejudicar pessoas por razões fúteis e gratuitas. Isso é tentador, mas significa um “caminho sem volta” para o curador”. (Scopel, 2013, p. 138). Portanto, apesar do pajé, por intermédio dos espíritos auxiliares também utilizar seus poderes para ações malignas, o papel primordial deste ator social dentro de sua comunidade ou em outras que solicitarem seus serviços é de proteção do seu povo, de cura aos agravos à saúde, possibilitando assim, a melhoria da qualidade de vida dos povos indígenas.

Na figura 40, o pajé realiza o xabori em outro pajé de comunidade vizinha, para retirada de dor na coluna, que ele considera envenenamento ocasionado por outros parentes. Nessa situação, o pajé (também paciente) recebe concomitantemente o tratamento biomédico e o xabori, pois acredita que somente os médicos não terão êxito no processo de cura, uma vez que atribui a dor intensa ao envenenamento por inimigos.

Especificamente, nessa situação de xabori acima mencionada e vivenciada em uma de minhas inserções no campo de pesquisa, o pajé após utilização do pó paricá, se metamorfoseou em morcego, emitindo sons semelhantes ao mamífero, incluindo também pequenas, porém expressivas feições do animal. Ao longo do ritual de desintoxicação por suposto envenenamento, o pajé interrompeu várias vezes seu movimento para soprar sobre o local onde seu parente relatava dor intensa na coluna, além de “chupar/sugar” a parte do corpo em questão.

Já, em relação a figura 41, esta representa um ritual de pajelança em uma criança, enferma, cuja mãe solicitou proteção contra os maus espíritos que possam acometer o corpo e a alma da criança ao retornar para a comunidade, objetivando não haver nenhum agravo a saúde de sua filha.

Figura 40- Realização de xabori em outro pajé



Fonte: Própria autora

Figura 41- Realização de xabori em criança

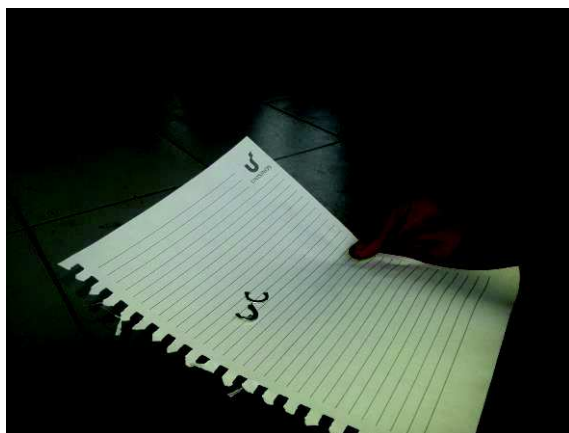


Fonte: Própria autora

Um dos fatos geradores de maior estranhamento para mim foram as substâncias extraídas do paciente pelo pajé no momento que ele friccionava, soprava e, posteriormente, fazia um movimento de sucção no local onde a doença se concentrava no corpo de seu parente, sendo retratados nas figuras 42 e 43. Esse fato vivenciado no decorrer do ritual de xabori ocorrido em 22 de outubro de 2014 ratifica os escritos de Clastres (2014), onde o autor relata que:

Com muita frequência, o xamã prova seu êxito exibindo, no final da cura, uma substância estranha que conseguiu extrair do corpo do doente: espinho, pequeno seixo, pluma de pássaro etc., que ele conservava na boca. A ausência da alma, a presença de um corpo estranho não são, de fato, duas causas diferentes da doença: muito pelo contrário, parece que, no lugar deixado vago pela captura da alma, o espírito mau coloca um objeto que atesta, por sua simples presença, a ausência da alma. Assim, a reinserção desta última é publicamente indicada, segundo a mesma lógica, pela “extração” do objeto que, perceptível e palpável, garante ao paciente a realidade de sua cura e prova de competência do médico. (p. 107).

Figura 42- Objeto extraído pelo pajé durante ritual de xabori



Fonte: Própria autora

Figura 43- Objeto extraído pelo pajé durante ritual de xabori



Fonte: Própria autora

Retomando à questão dos objetos retirados do paciente no decorrer do ritual de xabori, representados nas figuras 42 e 43, esse fato reforça a concepção de feitiço e a atuação do feiticheiro, que segundo Scopel (2013), retrata a maldade feita pelo feiticheiro por meio da representação de alguns sinais de maldade a alguém (judiaria), que consiste em:

[...] fazer penetrar no corpo da vítima um elemento estranho que vai lhe causar danos. Nesse caso, o *feitiço*, como um objeto estranho, é visto como a causa da doença. Ele pode se materializar dentro do corpo da vítima de muitas formas, geralmente, insetos, pedras, espinhos, os quais somente um curador pajé tem o poder de ver. (p.133)

Durante a realização do xabori (figura 40), o filho do pajé relatou que seu pai é considerado pela sua comunidade como o médico da floresta do seu povo, como aquele que pode curar tudo que o médico branco não cura, seja para a dor, para o envenenamento ou mesmo para proteção contra os maus espíritos da floresta, e todos os seus conhecimentos foram provenientes da sabedoria de seu pai, antigo pajé, o qual repassou todos seus ensinamentos para seu sucessor, e assim, será com os filhos de seus filhos sucessivamente.

Ao dialogar com o filho do pajé questionei sobre o envenenamento, sobre as feitiçarias, qual a procedência destas e seus efeitos na saúde dos parentes de sua comunidade. A impressão ocorrida naquele momento foi de inquietação com as perguntas, tanto que a resposta do filho do pajé foi bastante pontual: “Nós acreditamos que as outras comunidades não gostam dos Amazonas, porque nós

somos especiais, aí eles querem nos envenenar com seus feitiços, é isso, então papai dá proteção e também cura os parentes com o xabori!”.

A situação acima relatada demonstra algum ponto de tensão interétnica com outros grupos de indígenas inseridos na CASAI, e isso possibilita, muitas vezes, que as aproximações com os Yanomamis do Amazonas sejam permeadas por desconfiança e insegurança, até o momento o qual essas impressões sejam rompidas por parte deles.

Lévi-Strauss (2008), em sua obra “Antropologia Estrutural”, retrata a figura do xamã como um “ab-reator profissional”:

[...] o xamã não reproduz ou encena simplesmente determinados acontecimentos, ele os revive efetivamente, em toda a sua vivacidade, originalidade e violência. E como ele volta ao normal ao término da sessão, podemos dizer, empregando um termo essencial da psicanálise, que ele *ab-reage*. Como se sabe, a psicanálise chama de ab-reação o momento decisivo da cura em que o doente revive intensamente a situação inicial que está na base de seu distúrbio, antes de superá-la definitivamente. (LÉVI-STRAUSS, 2008, p. 196).

Essas práticas de Xabori são seculares, realizadas anteriormente, a fabricação dos remédios da biomedicina, eram consideradas o único mecanismo de cura dos povos indígenas, mas com o passar dos anos e com o contato interétnico a medicação começou a ser introduzida como tratamento de alguns agravos à saúde, trazidos pelo branco. Essa situação fica evidente na fala de um dos líderes indígenas mais importantes de nosso país, xamã formado dentro da tradição de seu povo, Davi Kopenawa Yanomami, em entrevista cedida para o Arquivo Pró-Yanomami, no ano de 2013⁴⁶:

No passado, nossos ancestrais, que eram pajés, costumavam curar seu povo. Isso era tudo. Quando nossos ancestrais foram criados, os Yanomami não tinham os remédios do homem branco, só tinham os pajés. Quando as pessoas ficavam doentes, quando os espíritos da floresta tiravam seu princípio vital, os pajés costumavam curá-los. Hoje, em nossas terras, muitos de nós morreram, muitos anciãos desapareceram e ainda estamos morrendo das epidemias do homem branco. Depois que os garimpeiros vieram com suas epidemias de malária e nos contaminaram, nós começamos a morrer. Hoje, só os remédios dados pelos médicos brancos, que sabem como matar os poderes da malária, podem nos curar. No passado, só os pajés curavam nossas doenças. Hoje, são os remédios dos brancos que curam os Yanomami. Nós só podemos ser curados por coisas que conhecem os poderes da malária.

⁴⁶ Arquivo Pró-Yanomami, BOLETIM URIHI Nº 16, de JANEIRO DE 1993. Disponível em: < http://www.proYanomami.org.br/v0904/index.asp?pag=htm&url=/apy/urihi/boletim_16.htm. >. Acesso em: 14 julho 2015.

Percebe-se que a aceitação dos pajés e respeito pela comunidade não indígena está relacionada a resultados positivos obtidos por meio de seus rituais de cura, caso contrário, podem cair no esquecimento e se tornarem pajés de si mesmos. Para Lévi-Strauss (2008, p.195), “é provável que os médicos primitivos, [...] curem ao menos parte dos casos que tratam e que, sem essa eficácia relativa, as práticas mágicas não poderiam ter se difundido tanto quanto o fizeram, no tempo e no espaço”.

Lévi-Strauss (2008) ainda afirma, que em alguns países o valor dos sistemas de cura não estão mais baseados em fatos concretos, na cura real de cada pessoa, “[...] mas sim no sentimento de segurança infundido no grupo pelo mito fundador da cura e no sistema popular conforme o qual, nessa base, seu universo se verá reconstituído” (p.199). Nessa nova configuração de cura, “[...] o homem pede ao pensamento mágico para fornecer-lhe um novo sistema de referência, no qual dados até então contraditórios possam ser integrados”. (p.200).

Mas essa naturalidade de aceitação por parte dos profissionais de saúde em relação aos sistemas de cura indígena, aqui denominados xabori, nem sempre ocorre naturalmente e rapidamente, pois às vezes ela é oriunda de longos períodos de convivência com as duas práticas médicas, especificamente, com aqueles profissionais que viveram e atuaram em área indígena, como é o caso da narrativa a seguir.

“Os indígenas ficam muito mal e não se chega num diagnóstico. Tem médico que até chama o pajé para fazer um ritual. Mas isso não é normal, como entra o padre, entra o pajé. Quando chega numa situação em que o medicamento não resolve mais, chama-se o pajé. Com o tempo a gente se acostuma com a cultura e sabe que é importante o trabalho do pajé. Mas essa é a visão de quem está muito tempo trabalhando com a saúde indígena. Isso nem sempre ocorre com os profissionais mais atuais, mais novos. Por isso, às vezes, dentro dos hospitais essa prática não é bem aceita, porque os médicos e demais profissionais, assim como outros pacientes não indígenas, desconhecem o que é o xabori e a importância que ele tem para os índios. Hoje eu já consigo associar a medicina ocidental com a medicina indígena. Os indígenas também aceitam, porque percebem que é necessária a atuação do médico.” (Enfermeira da Unidade de Vigilância Sanitária- UVE, entrevista de 28 de julho de 2015).

Embora a naturalidade desse diálogo intercultural ainda seja um entrave em alguns serviços de saúde, as políticas públicas vêm atuando para o fortalecimento

de práticas e saberes tradicionais, assentados em cosmologias e princípios etiológico-terapêuticos distintos dos biomédicos.

A partir da imersão em campo tornou-se perceptível que a CASAI busca garantir esse diálogo entre os diferentes atores sociais e saberes envolvidos na saúde indígena, preservando os saberes tradicionais dos diversos grupos étnicos que ali se encontram, como também, os saberes pautados na biomedicina.

Pode-se inferir que um dos fatores que contribuem para essa intermedialidade na CASAI é que a maior parte dos profissionais envolvidos já viveram em área indígena e mesmo aqueles que nunca viveram lá, já atuam com a saúde indígena há mais de 20 (vinte) anos, como é o caso de alguns médicos que trabalham na instituição. Nesse sentido, esses profissionais reconhecem a importância do xabori, eles orientam, permitem, fazem a medicação para que ocorram os xaboris na CASAI, às vezes esperam fazer o xabori para depois medicar o paciente, contribuindo assim, positivamente, para a aceitação e o êxito do tratamento aos indígenas.

Essa naturalidade de reconhecimento dos rituais de cura indígena por parte dos profissionais de saúde que atuam na CASAI-RR fica evidente na narrativa de uma médica pneumologista, quando relata: para se ter êxito no tratamento de saúde dos indígenas é necessário reconhecer a medicina deles, *“sempre falo para o paciente que ele tem que fazer meu tratamento, tomar os medicamentos e também fazer os xabori, sei o quanto isso é importante para eles e eu acredito muito na eficiência dos rituais de cura deles, penso que se unirmos as duas racionalidades médicas conseguiremos maior sucesso no tratamento”*. (Relato de uma Médica da CASAI, em 01 de setembro de 2015).

A partir das narrativas e das observações participantes decorrentes da imersão no campo de pesquisa, apesar da visualização hegemônica que a biomedicina ainda apresenta no contexto da saúde indígena na CASAI-RR, fica evidente que os sistemas de cura oriundos dos saberes populares e tradicionais tanto de especialistas como de pessoas leigas não são e nem podem ser ignorados em virtude da importância que possuem localmente. Assim, o diálogo entre biomedicina e outros sistemas de cura tem se tornado mais frequente e naturalizado dentro do contexto abordado nesta tese.

Mesmo que haja uma visível naturalidade no diálogo entre os diferentes sistemas de cura no contexto da CASAI-RR, há uma concordância com Scopel

(2013) relata que no processo saúde-doença-atenção, os saberes dos diversificados sistemas de cura não são distribuídos de maneira homogênea em uma coletividade, e isso, em alguma medida, implicam em relações assimétricas de poder.

Deste modo, considero o campo de relações que envolvem os processos de saúde/doença/atenção como um campo plural, tanto no sentido que há diversas formas de atenção quanto há diferentes posições de poder entre os diversos especialistas. Ou seja, considero que esse campo é constituído por relações de hegemonia e subalternidade entre modelos de atenção, como também pelas diferenças de poder entre especialistas e leigos e pelas maneiras diferentes como estes exercitam seus saberes (sistematizados/cotidianos). (SCOPEL, 2013, p.34).

Apesar dos saberes tradicionais de cura estar inseridos nos discursos oficiais a fim de que possam se transformar em objeto de políticas públicas, Ferreira (2013) retrata em seus estudos sobre a emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas, evidências concretas de relações de hegemonia e subalternidade entre os diferentes modelos de atenção à saúde, especialmente, no que concerne ao sistema de saúde oficial e os saberes tradicionais indígenas.

Como o olhar hegemônico ainda é algo presente nos sistemas oficiais de cura quando comparado às práticas tradicionais, para que se possa obter a melhoria do estado de saúde dos povos indígena, torna-se necessário maior articulação entre os diferentes saberes e práticas de saúde, de forma que a medicina tradicional indígena não seja mais visualizada como prática incorporada ou tolerada como complementar à biomedicina, portanto, evidencia-se a importância do respeito mútuo pelas diferentes racionalidades médicas existentes no cotidiano dos serviços de saúde.

CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como foi ressaltado ao longo da tese, delinear o cenário para pensar a interculturalidade na saúde indígena se torna algo complexo. Do ponto de vista histórico-político, devemos considerar a constituição de alteridade modelada em relações coloniais, cujos efeitos nas sociedades ameríndias se deram desde a eliminação da própria vida até a anulação das formas de manutenção de uma vida qualificada nos próprios termos desses coletivos.

Foram abertos uma série de questionamentos: como se dão as transformações contemporâneas que idealizam uma relação intercultural com sujeitos antes tutelados e destituídos de cultura? Como se dá na prática a produção de saúde indígena em renovadas “políticas da vida”, que a princípio se embasariam numa relação mais horizontalizada de sujeitos e saberes?

Pode-se perceber que, ao longo da história das políticas indigenistas e de saúde indígena no Brasil, esteve presente uma relação colonial que, através da relação da tutela, modelou-se a vida indígena como uma sub-humanidade. Na contemporaneidade, produto das mobilizações dos próprios indígenas e das articulações com transformações em torno de direitos de cidadania abarcando populações minoritárias (em termos das relações de poder) se tem buscado por intermédio das políticas públicas é romper com a monoculturalidade, às vezes, enraizada no país, além do vício tutelar do Estado ainda presente no processo de reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, em todas as esferas (social, cultural, econômica, política).

Para tentar compreender de maneira densa esse cenário contemporâneo delinee reflexões que foram do plano transnacional, com uma série de discussões e pactos que envolveram movimentos indígenas, nações e organismos internacionais para a garantia de direitos dos povos autóctones – direitos à vida, aos territórios, à manutenção de saberes tradicionais e outros, aos desdobramentos locais (tanto nacionais quanto regionais no Brasil), referindo às mudanças constitucionais e os direitos de cidadania conquistados, quanto às dinâmicas de políticas indigenistas e o caso que nos compete na tese, a política de saúde dos povos indígenas.

Retomando a definição de Didier Fassin (2012) sobre as políticas da vida como a economia moral em torno dos valores, os quais servem de base às escolhas feitas pelas sociedades contemporâneas a respeito das questões que envolvem a existência física, e também a existência social dos indivíduos, podemos pensar que no Brasil, com a Constituição de 1988, reafirmaram-se, em termos de horizontes legais, certos valores referidos aos povos indígenas como sujeitos cujas existências dependem de uma manutenção das suas culturas. Nesse sentido, abrimos a questão de quais as dinâmicas que as políticas públicas contemporâneas estão tendo para a manutenção de uma vida qualificada nos próprios termos dos ameríndios, principalmente, no campo da saúde?

O quadro de saúde dos povos indígenas tem se apresentado de forma dinâmica e complexa, pelo processo histórico de mudanças políticas, sociais, econômicas e ou culturais. Portanto, esta tese, com centralidade nas discussões sobre saúde indígena foi permeada por uma trama entre políticas, práticas e a interculturalidade presente no processo saúde-adoecimento, que teve como cenário principal a trama vivenciada no microuniverso da CASAI-RR, com a intenção de expandir o olhar a outros contextos bastante expressivos no universo de atenção à saúde indígena, como o da implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e o do próprio curso das políticas indigenistas no Brasil.

A análise da articulação das políticas indigenistas no Brasil, partiu do ponto de vista da interculturalidade para então pensar a saúde indígena, os diálogos, tensões e contradições entre diferentes atores sociais que coabitam o espaço da CASAI-RR e que integram parte da gestão da política de saúde indígena no estado de Roraima.

Deste modo, no decorrer das interações de face a face que ocorreram ao longo do percurso etnográfico desta tese, em especial, com os gestores das políticas públicas de saúde indígena, possibilitou retratar um cenário no qual a implementação dessas políticas vem sendo permeada por diálogos, negociações, conflitos, construções históricas e políticas de diferentes grupos socioculturais. Essa característica se acentua na construção da interculturalidade presente na saúde indígena, buscando favorecer espaços de diálogo e de união entre distintas racionalidades e as práticas de saúde, que tem sido um tema central na luta dos povos indígenas pela conquista de seus direitos em termos de acessos e serviços com qualidade e reconhecimento da medicina tradicional indígena.

Esses serviços implantados pelo SUS passaram a disputar espaço com práticas de saúde indígena, instaurando pontos de tensões ou conflitos entre profissionais do sistema de saúde oficial e os praticantes do saber indígena. De certa forma, a invisibilidade da cosmovisão que dá sentido à saúde indígena para as agências ocidentais ainda tem sido um entrave ao diálogo e à construção de uma relação intercultural nesses serviços.

Ao longo da construção da tese, algumas lacunas foram sendo evidenciadas quanto a forma de execução das políticas públicas no que concerne à atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. As narrativas daqueles que compõem o quadro da equipe multiprofissional de saúde, no microuniverso da CASAI-RR, convergem para um universo de fragilidades encontradas historicamente, no processo de implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no estado de Roraima.

De acordo com as narrativas dos profissionais de saúde que atualmente, desenvolvem suas atividades na CASAI, mas que já experienciaram a convivência por alguns anos, junto às comunidades indígenas, esses retratam um cenário de fragilidades encontradas no âmbito da saúde indígena, pois reforçam a ideia de que, apesar dos direitos adquiridos pelos povos indígenas referente à atenção integral à saúde, conforme preconizado nos princípios e diretrizes do SUS, as práticas sanitárias, primordialmente, aquelas desenvolvidas em área indígena, ainda demonstram pensamentos hegemônicos pautados em uma racionalidade biologicista e mecanicista enraizada no sistema de saúde oficial, que às vezes, voltam a reproduzir uma política indigenista de forma integracionista ainda contemplada pela Constituição Nacional de 1988.

Para Camargo Jr. (2005), a racionalidade médica pautada prioritariamente, no biologicismo vem sendo criticada sistematicamente, e também severamente por suas mazelas que são evidenciadas por uma miríade de determinantes, como por exemplo: “[...] uso excessivo de exames complementares, a desvalorização da subjetividade do paciente, a farmacologização excessiva, a qual configuram uma propensão iatrogênica intrínseca que não pode ser chamada de “distorção””. (p. 197).

Esse olhar, às vezes, preponderantemente biologicista encontrado em área indígena ou mesmo em outras instituições de saúde, como hospitais e na própria CASAI, pode ser fruto de algumas fragilidades presentes no contexto da formação

acadêmica desses profissionais, formação essa que nem sempre foi direcionada para atuar na heterogeneidade dos contextos interculturais, visto que no caso da saúde indígena, parte dos agravos à saúde nem sempre é oriunda de um processo de adoecimento biológico e sim, de cunho espiritual, embora haja reflexo no corpo físico, ampliando a complexidade de compreensão desse campo de atuação .

As particularidades presentes no macrouniverso em que a saúde indígena está inserida e a formação dos profissionais de saúde, surgem algumas inquietações pertinentes nesse contexto, assim como: de que maneira é possível realizar um diagnóstico com maior precisão e como efetuar o tratamento para uma enfermidade oriunda do cosmos, dos espíritos da floresta, dos supostos envenenamentos provenientes da ação de indígenas inimigos, se aqueles que atuam diretamente com a saúde dos povos indígenas nem sempre têm essa percepção das especificidades culturais? Como lidar com essas singularidades de cada etnia, cada grupo linguístico, de forma tão pontual, se grande parte dos profissionais de saúde não foram “preparados” para atuarem com a diversidade étnica, cultural, demográfica e epidemiológica peculiar aos povos indígenas, principalmente, os da região amazônica, como é o caso dos Yanomami, que ainda residem em locais de difícil acesso e em alguns casos se encontram em situação de isolamento do mundo dos brancos?

Além da questão referente às lacunas que o processo de formação dos profissionais, os quais atuam na saúde indígena, apresenta outro fator desencadeante de tensões nesse contexto sanitário. A atenção primária, a qual deveria ser ofertada em área indígena se apresenta ineficaz no contexto da área de abrangência do DSEI Yanomami, às vezes sendo visualizado somente como um mecanismo de distribuição de medicamentos. Ademais, as precárias condições de trabalho e de vida relatadas pelos profissionais que estão ou já estiveram residindo em áreas indígenas, vem desencorajando esses profissionais a permanecer atuando na atenção primária, ocasionando, conseqüentemente, a carência e a alta rotatividade desses profissionais. Esse fator pode desencadear a crescente procura e sobrecarga pela grande demanda de pacientes que usam a estrutura da CASAI-RR e dos hospitais da cidade de Boa Vista.

Assim, questionar sobre a criação e posterior execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas torna-se inegável, porque vivemos em um país onde a diversidade étnica, cultural, social e política constitui a base histórica do

Brasil. Logo, pensar a saúde indígena por áreas estratégicas, áreas geográficas, tem se tornado mais necessária, em função das especificidades de cada uma das regiões, em especial, a região Amazônica.

Desse modo, não afirmo, a necessidade de se ter várias políticas de saúde indígena para cada região brasileira, mas reforço a importância de um olhar diferenciado para cada localidade brasileira, o que impacta em recursos humanos específicos que reconheçam e compreendam as diversidades socioculturais e epidemiológicas de cada região, ademais de recursos financeiros e infraestrutura apropriados para cada particularidade regional. Nessa contextualização, tratar o acesso aos serviços de saúde para os povos indígenas como algo linear e homogêneo, como preconiza a Política de Saúde Indígena, tem sido uma das maiores lacunas/gargalos encontrados pelos atores sociais envolvidos com a saúde indígena, seja os que fazem a gestão dessas políticas, os detentores dos saberes médicos e os principais prejudicados- os indígenas.

As inquietações, as angústias, os desencontros relatados ao longo do percurso desta tese vêm reforçar de forma evidente, as lacunas que a saúde indígena apresenta no decorrer da sua história. Não se trata de existir somente pontos negativos nessa trajetória de implementação, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, já que a representação social que esta detém é indiscutível no que tange à conquista dos povos indígenas pelos seus direitos ao acesso à saúde com maior dignidade, mas sim, dispor de um olhar mais direcionado a essas fragilidades, um olhar mais sensível àqueles povos que ainda não recebem assistência à saúde ou se a recebem é de forma precária, como o caso dos indígenas do estado de Roraima, em especial, o povo Yanomami.

Ainda, tratando da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, há de se questionar a maneira como está ocorrendo a integração dos saberes tradicionais de cura ao sistema de saúde oficial, a fim de legitimar a integração dessas práticas a outras e não somente como articulação entre as diferentes racionalidades médicas.

E, neste cenário macro da política indigenista, estão as instituições de saúde, aqui me referindo especialmente, ao contexto do microuniverso da CASAI-RR, o campo de estudo desta tese. As CASAI apresentam papel definido politicamente, tanto em estrutura física, geográfica e, em sua missão institucional, que é servir como casa de apoio aos indígenas e acompanhantes quando estes se deslocam de

suas comunidades para tratamento de saúde, dando suporte ao sistema de referência e contrarreferência das aldeias, pólos base e hospitais. No entanto, a CASAI-RR se destaca por ultrapassar em suas ações o que foi pensado politicamente para essas instituições.

A representação social da CASAI-RR para aqueles que usufruem do seu atendimento é inegável. Nesse espaço coabitam indígenas de todas as etnias do estado, além do Amazonas e de países vizinhos, como o caso da Venezuela e da Guiana Inglesa, um espaço de interculturalidade entre os povos indígenas e pluralidade de saberes médicos, um local, simultaneamente, único, e múltiplo, onde o poder do Estado está presente, mas de forma mais acentuada existe o apoio das pessoas que acreditam na eficácia do trabalho da CASAI e lutam pela melhoria da saúde dos povos indígenas pertencentes à área de abrangência da instituição.

Um ponto marcante e positivo que a CASAI apresenta é o respeito mútuo, apesar das fragilidades encontradas no processo de formação dos profissionais os quais atuam nessa unidade. Em todas as narrativas e observações decorrentes do percurso etnográfico desta tese, evidenciou-se o respeito pelas diferenças, o olhar sensível às especificidades culturais, em especial, aos rituais de cura, o respeito mútuo entre as equipes e os indígenas, a bagagem de conhecimento sobre grande parte das etnias e ou grupos linguísticos, já que a maioria dos profissionais de saúde que atuam na CASAI-RR, já viveram em área indígena, conhecem bem a realidade, as necessidades, as fragilidades, as características epidemiológicas e também as potencialidades de cada grupo e, especificamente, o domínio linguístico, facilitando a interlocução entre pacientes e equipes de saúde dentro da CASAI.

Embora o diálogo intercultural ainda seja um entrave nos serviços de saúde de forma geral, as políticas públicas vêm atuando para o fortalecimento de práticas e saberes tradicionais, assentados em cosmologias e princípios etiológico-terapêuticos. Desse modo, a CASAI-RR busca garantir esse diálogo entre os diferentes atores sociais envolvidos na saúde indígena, preservando e respeitando os saberes tradicionais dos diversos grupos étnicos que ali se encontram, como também os saberes pautados no sistema de saúde oficial.

Não há como negar as potencialidades da CASAI-RR, no entanto, fragilidades existem e têm exercido papel negativo no decorrer das ações desempenhadas nesse espaço intercultural. Atualmente, dois fatores são alarmantes neste contexto de saúde, sendo a falta exacerbada de medicamentos e a superlotação de

indígenas, muitas vezes ultrapassando o dobro do quantitativo ideal de acomodações que a instituição oferta, situações essas que desencadeiam outras problemáticas como os conflitos entre indígenas de diferentes grupos e seus acompanhantes, conflitos provenientes do uso abusivo de álcool e descrédito frente às políticas públicas por parte dos indígenas, principalmente, referente à carência de recursos financeiros e humanos, falta de medicamentos e condições sanitárias precárias.

Portanto, ao longo da trajetória de imersão no campo de pesquisa, das interações com os atores sociais os quais participam do cenário da saúde indígena no estado de Roraima e mais precisamente no contexto da CASAI, observa-se existir um crescente movimento de conquistas pelos direitos indígenas, direitos esses que perpassam o campo político, econômico e social, de forma generalizada convergem para a redução das desigualdades sociais.

No entanto, especificamente, no campo da saúde indígena, ainda é perceptível certo distanciamento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas com a prática sanitária desenvolvida tanto nas comunidades indígenas quanto nos demais contextos de atenção à saúde.

Dessa forma, para Ferreira (2007), há uma descontextualização dos saberes tradicionais e de seus praticantes por parte das políticas oficiais. Faz-se necessário a construção de ações voltadas a programas governamentais que tenham um olhar ampliado no que concerne à compreensão sobre “[...] as medicinas tradicionais indígenas como contextos locais, reconhecendo as mesmas como sistemas de cuidados de saúde que podem beneficiar, antes de mais nada, a própria população que opera com determinada tradição médica”. (p.169).

Estudos dessa magnitude se tornam essenciais para uma compreensão mais ampla sobre o discurso cultural, igualdade e reconhecimento da não homogeneidade étnica e cultural das sociedades, em especial, contextualizando o macrouniverso das políticas públicas de saúde indígena, as políticas indigenistas e os diálogos possíveis de serem estabelecidos com microuniversos dessa trama, como as instituições hospitalares, casas de cura e ou nas CASAI situadas ao longo do território brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ALBERT, Bruce; GOMEZ, Gale Goodwin. **Saúde Yanomami**: um manual etnolinguístico. Belém: Editora Museu Goeldi, 1997.
- ALBÓ, Xavier. SJ. **Formação sociopolítica e cultural**: cultura, interculturalidade, inculturação. São Paulo: Loyola, 2005.
- BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Traduzido por: Sérgio Joaquim Almeida; revisão da tradução de Henrique Caetano Nardi. Petrópolis: Vozes, 2007.
- BERNARDES, Anita Guazzelli. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.15, n.36, p.153-64, jan./mar., 2011.
- BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago. 1999a. Seção 1, p. 37.
- BRASIL. Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Estabelece o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 1999b. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, março de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 70/GM, de 20 de janeiro de 2004. **Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena**. Brasília, DF, 2004.
- BONET, Octavio. **Saber e Sentir**: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- BUCHILLET, Dominique. **BIBLIOGRAFIA CRÍTICA DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL (1844-2006)**. IRD-Institut de Recherche pour le Développement (França). Quito-Ecuador. 1ra. Edición: Ediciones Abya-Yala. 2007.
- CAMARGO Jr. Kenneth Rochel de. A Biomedicina. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 177-201, 2005.
- CANCLINI, Néstor García. **Diferentes, desiguais e desconectados**: mapas da interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2005.
- CARVALHO, Maria Auxiliadora Lima de. A dinâmica sociopolítica Yanomami no contexto de criação da Hutukara: pata thëpë e a emergência de jovens lideranças políticas. **Textos & Debates**, Boa Vista, n.20, p. 64-80, jan./jun., 2013.

CASAI/FUNASA-RR. **Relatório de Atividades Desenvolvidas pela Coordenação Regional de Roraima**- CASAI/RR. Boa Vista, 2008.

CASAI-RR. **Relatório de Atividades Desenvolvidas pela Coordenação Regional de Roraima**- CASAI/RR. Boa Vista, 2014.

CASTRO, Eduardo Viveiros de. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. **Mana**. v.2. n. Rio de Janeiro, Oct. 1996

CASTRO, Eduardo Viveiros de. A floresta de cristal: notas sobre a ontologia dos espíritos amazônicos. **Cadernos de Campo**, São Paulo, n. 14/15, p. 1-382, 2006.

CASTRO, Eduardo Viveiros de; CUNHA, Manuela Carneiro de. (Org). **Amazônia: etnologia e história indígena**. São Paulo: Núcleo de História Indígena e do Indigenismo da USP: FAPESP, 1993.

CAVALCANTE, Rogério. **Plantas da Amazônia**. Joinville, SC: Clube de Autores, 2007.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). **Los pueblos indígenas em América Latina: Avances en el último decênio y retos pendientes para la garantía de sus derechos**. Santiago de Chile, 2014. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37773/S1420764_pt.pdf?sequence=1>. Acesso em: 01 setembro 2015.

CESARINO, Pedro de. Niemeyer. Xamanismo. In.: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL-ISA. **Povos Indígenas no Brasil: Xamanismo**. 2009. Disponível em: <<https://pib.socioambiental.org/pt/c/no-brasil-atual/modos-de-vida/xamanismo>>. Acesso em: 01 de julho de 2016.

CLASTRES, Pierre. **A sociedade contra o Estado: pesquisas de antropologia política**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

CLASTRES, Pierre. **Arqueologia da violência**. 3.ed. São Paulo: Cosac Naify, 2014.

COIMBRA Jr., Carlos E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.30, n.4, p.855-859, abr., 2014.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.5, n. 4, p. 441-450, Oct./Dec., 1989.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE INDÍGENA. **Relatório final**. Conselho Nacional de Saúde- CNS. Luziânia, GO, maio de 2001.

CONSELHO INDÍGENA DE RORAIMA. **Povos indígenas**. CIR, Boa Vista, 2011.

CONVENÇÃO N° 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT / Organização Internacional do Trabalho. - Brasília: OIT, 2011, v.1. Disponível

em: < http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/Convencao_169_OIT.pdf>. Acesso em: 02 setembro 2015.

COSTA, Renato Eliseu. **Direitos humanos e saúde intercultural: análise da estrutura do sistema de saúde boliviano e brasileiro para os povos indígenas**. 2011. 235 f. Dissertação (Mestrado em Integração da América Latina) - Programa de Pós-Graduação em Integração da América Latina da USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

CUNHA, Manuela Carneiro de. **Cultura com aspas e outros ensaios**. São Paulo: COSACNAIFY, 2009.

DIEHL, Eliana Elisabeth. **Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng** (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). 2001. 231 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2001.

DIEHL, Eliana Elisabeth; GRASSI, Francielly. Uso de medicamentos em uma aldeia Guaraní do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, 2010.

DIEHL, Eliana Elisabeth; LANGDON, Esther Jean; DIAS-SCOPEL, Raquel Paiva. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v.28, n.5, p. 819-83, 2012.

DIEHL, Eliana Elisabeth; PELLEGRINI, Marcos. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. Rio de Janeiro, v. 30, n.4, p. 867-874, abril, 2014.

DREYFUS, Simone. Os empreendimentos coloniais e os espaços políticos indígenas no interior da Guiana Ocidental (entre o Orenoco e o Corentino) de 1613 a 1796. In: CASTRO, Eduardo Viveiros de; CUNHA, Manuela Carneiro de (Org). **Amazônia: etnologia e história indígena**. São Paulo: Núcleo de História Indígena e do Indigenismo da USP: FAPESP, 1993.

EIDT, Letícia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v.13, n. 2, p.76-88, maio-ago., 2004.

FAJARDO, Raquel Z. Yrigoyen. Aos 20 anos da Convenção 169 da OIT: balanço e desafios da implementação dos direitos dos Povos Indígenas na América Latina. In: VERDUM, Ricardo (org.). **Povos Indígenas**. Constituições e Reformas Políticas na América Latina. Brasília: Instituto de Estudos socioeconômicos, 2009, p. 9-62.

FASSIN, Didier. O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida. In: SAILLANT, Francine; GENEST, Serge (org.). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

FERREIRA, Luciane Ouriques. O impacto do uso abusivo de bebidas alcoólicas sobre a pessoa Mbyá-Guarani – RS. Campo Grande – MS, **Tellus**, v. 2, n. 2, p. 39-64, abril, 2002.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A Pessoa Mbyá-Guarani e a Emergência da “Cultura do Beber”: as Múltiplas Causas do Beber e as Conseqüências Desencadeadas pelo Uso Abusivo de Bebidas Alcoólicas – RS. Comunicação a ser apresentada no GT Pessoa, Saúde e Corporalidade: Cruzamentos na V Reunião Brasileira de Antropologia, Florianópolis -SC, 30/11/03 a 02/12/03.

FERREIRA, Luciane Ouriques. Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema de saúde oficial. In: Medicina Tradicional Indígena em Contextos – **Anais da I Reunião de Monitoramento**.

FERREIRA, L. O e OSÓRIO, P. S. (org.). Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

FERREIRA, Luciane Ouriques. O Desenvolvimento Participativo da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.I, p.265-277, 2012.

FERREIRA, Luciane Ouriques. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.203-219, jan.-mar., 2013.

FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza. (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREITAS, Luiz Aimberê de. **Geografia e historia de Roraima**. 5. ed. Manaus: Gráfica Belvedere, 1997.

FRIEDRICH, Neidi Regina. **Educação, um caminho que se faz com o coração: entre xales, mulheres, xamãs, cachimbos, plantas, palavras, cantos e conselhos**. 2012. 346 f. Tese (Doutorado em Educação)- Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. FUNAI (2010), Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/indios/indios.htm>>. Acesso em: 14 julho 2012.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. FUNASA (2002). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**, Brasília, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 27 julho 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. FUNASA (2011). **Prestação de contas ordinária anual- Relatório de gestão do exercício de 2010**, Brasília, Ministério da Saúde. Superintendência Estadual de Roraima. Disponível em: <www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/rr.pdf>. Acesso em: 06 de janeiro de 2016.

GARNELO, Luiza. **Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GARNELO, Luiza. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In.: GARNELO, Luiza.; PONTES, Ana Lúcia. (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

GARNELO, Luiza; LANGDON, Esther Jean. A Antropologia e a Reformulação das Práticas Sanitárias na Atenção Básica. In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA, Carlos E. A. (orgs). **Críticas e Atuantes: Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 133-156, 2005.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully. Bases sócio-culturais do controle social em saúde indígena. Problemas e questões na Região Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 311-317, jan-fev, 2003.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989.

GOLDMAN, Marcio. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Revista de Antropologia**, São Paulo: USP, v.46, n.2. 2003.

GOLDMAN, Marcio. Alteridade e experiência: antropologia e teoria etnográfica. **Etnográfica**, v.10, n.1, Lisboa, p.161-173, maio, 2006.

GUIMARÃES, Sílvia Maria Ferreira. **Cosmologia Sanumá: o xamã e a constituição do ser**. 2005. Tese (Doutorado em Antropologia Social)- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília (UNB), Brasília, 2005.

MENEZES, Gustavo Hamilton de Sousa. **Yanomami na encruzilhada da conquista: contato e transformação na fronteira Amazônia**. 2010. 249 f. 2010.

HERMANO, Brasilina Moraes. **Bebendo entre amigos: um estudo antropológico sobre uso de bebidas alcoólicas na Casa de Apoio a Saúde Indígena de Roraima**. 2013. 155 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia)- Programa de Pós-Graduação

em Antropologia, Universidade Federal de Roraima e Universidade Federal de Pernambuco (UFRR e UFPE), Boa Vista, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo Demográfico 2000/2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias>>. Acesso em: 08 julho 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Estados@** - Roraima, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rr>> Acesso em: 08 julho 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **População residente por sexo e situação do domicílio**. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 09 de setembro de 2012.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL- ISA. **Povos Indígenas no Brasil**: localização e população. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/Yanomami/569>>. Acesso em: 18 de março de 2016.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980.

LANGDON, Esther Jean. Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, Ricardo V; COIMBRA Jr, Carlos E. A. (Org.) **Saúde e povos indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-142, 1994.

LANGDON, Esther Jean. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-etnico. Trabalho apresentado para o concurso público de professor titular na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1994.

LANGDON, Esther Jean. A Morte e Corpo dos Xamãs nas Narrativas Siona. **Revista de Antropologia da USP**. v. 38, n. 02, p.107-149, 1995.

LANGDON, Esther Jean. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: UFSC, 1996.

LANGDON, Esther Jean. “**Saúde e Povos Indígenas**: Os desafios na virada do século”. Antropologia em Primeira Mão, n. 41. Florianópolis: PPGAS/UFSC, 2000.

LANGDON, Esther Jean. O que beber, como beber e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações indígenas. In: **Seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001. p. 83-97.

LANGDON, Esther Jean. A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas? In: GRUPIONI, Luís D.

B.; VIDAL, Lux; FISCHMANN, Roseli (Org.). **Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade**. São Paulo: Edusp: Unesco, p. 157-166, 2001a.

LANGDON, Esther Jean. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In.: **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa**. LANGDON, Esther Jean; GARNELO, Luiza. (Org.) Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LANGDON, Esther Jean; DIEHL, Eliana Elisabeth. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.2, maio/ago., 2007.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.18, n.3, maio/jun., 2010.

LAPLANTINE, François. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

LEITE, Tainah Víctor Silva. Imagens da humanidade: metamorfose e moralidade na mitologia Yanomami. **Mana**, v.19, n. 1, p. 69-97, 2013.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Antropologia estrutural**. Tradução Beatriz Perrone-Moisés. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

LIMA, Antônio Carlos de Souza. O Governo dos Índios sob a gestão do SPI. In.: CUNHA, Manuela Carneiro de. (Org.). **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

LIZOT, Jacques. **O círculo dos fogos: feitos e ditos dos índios Yanomami**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

LORENZO, Cláudio Fortes Garcia. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, n.19, v. 2, p. 329-342, 2011.

LOUZADA, Jaime. *et al.* **Relatório de atividades desenvolvidas na população Yanomami pela Secoya- Manaus-AM**, 2007.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez., 2009.

MENDONÇA, Sofia Beatriz Machado de. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina tradicional. In.: YAMAMOTO, Renato Minoru (Org.).

Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, p. 12- 13, 2004.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p. 185-208, 2003.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Interculturalidad, 'diferencias' y antropología at home: algunas cuestiones metodológicas. In.: GERARDO, Fernández Juárez (Coord.) **Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural.** Ediciones Abya-Yala Quito-Ecuador. 1 ed., 2006.

MENEZES, Gustavo Hamilton de Sousa. **Yanomami na encruzilhada da conquista: contato e transformação na fronteira Amazônia.** 2010. 249 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social)- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília (UNB), Brasília, 2010.

MONTARDO, Deise Lucy Oliveira. **Práticas funerárias das populações pré-coloniais e suas evidências arqueológicas (reflexões iniciais).** 1995. 113 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC), Porto Alegre, 1995.

MURRIETA, Julio Ruiz. **Democracia y participación política de los pueblos indígenas en América Latina.** Publicado por el Programa MOST. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. 1 rue Miollis, 75732 París Cedex 15, Francia. UNESCO, 2003. Disponível em: < <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001297/129780s.pdf>>. Acesso em: 04 de outubro de 2015.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade étnica, identificação e manipulação. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **Identidade étnica e estrutura social.** São Paulo: Pioneira, 1976.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico. **Estudos Avançados**, v.14, n.40, p.213-230, 2000.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo.** 2.ed. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **Caminhos da identidade: Ensaios sobre etnicidade e multiculturalismo.** São Paulo: Editora UNESP, 2006 a.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de; OLIVEIRA, Luís Roberto Cardoso de. **Ensaios Antropológicos sobre moral e ética.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

OMS/OPAS. ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD/ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas,** 1993. Disponível em: < <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31304.pdf>>. Acesso em: 03 de setembro de 2015.

OMS/OPAS. ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD/ ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos**. Washington DC, 1998. 70p. Disponível em: < <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/049269.pdf>>. Acesso em: 07 de setembro de 2015.

OYARCE, Ana María; PEDRERO, Malva-marina. Perfil epidemiológico básico de la población aymara de la Provincia de Iquique”, **serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile**, n.3, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (MINSAL), 2007.

PELLEGRINI, Marcos. **Falar e Comer: Um Estudo sobre os Novos Contextos de Adoecer e Buscar Tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima**. 1998. 150 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 1998.

PELLON, Luiz Henrique C.; VARGAS, Liliana. A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des) caminhos na atenção a saúdedos Guarani Mbya de Aracruz, Espírito Santo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1377-1397, 2010.

PONTES, Ana Lúcia; Stauffer, Anakeila; Garnelo, Luiza. Profissionalização indígena no campo da saúde: desafios para a formação técnica de agentes indígenas de saúde. In.: GARNELO, Luiza.; PONTES, Ana Lúcia. (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012.

POSTMAN, Neil. **Tecnopólio: a rendição da cultura à tecnologia**. Tradução de Reinaldo Guarany. São Paulo: Nobel, 1994.

RAMOS, Jair de Souza. O poder de domar do fraco: construção de autoridade pública e técnicas de poder tutelar nas políticas de imigração e colonização do Serviço de Povoamento do Solo Nacional, do Brasil. **Horizontes Antropológicos**, v.9, n.19, p. 15-47, 2003.

REPORTAGEM DO PORTAL G1 TV RORAIMA. **Bebida alcoólica pelos internos na CASA/RR**. Em 04 de maio de 2013.

SAHLINS, Marshall. O “Pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: porque a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte II). **Mana**, v.3, n. 1, p. 41-73, 1997.

SAILLANT, Francine; GENEST, Serge. (Org.). **Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

SCOPEL, Daniel. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na terra indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina**. 2013. 262 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social)- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, 2013.

SOARES, Oscar Espellet (Org). **Ações em saúde indígena amazônica**: o modelo do Alto Rio Negro. São Gabriel da Cachoeira- AM: FOIRN- Fundação das Organizações Indígenas do Rio Negro, 2007.

SOUZA, Samara Pinheiro de; RIZZUTTO, Pedro Henrique Andrade; SILVEIRA, Renato Ferreira; PAIVA, Andressa Terra; DIAS, Anna Marcella Neves; MAINENTI Pietro. Doença de Jorge Lobo e a importância de seu estudo para a patologia animal e para a patologia humana. **Revista Interdisciplinar de Estudos experimentais**, v. 5, n. único, p. 39-42, 2013.

TAVARES Mónica; SELORES, Manuela. Escabiose: recomendações práticas para diagnóstico e tratamento. **Nascer e Crescer**, Porto: Portugal, v.22, n.2, p.: 80-86, 2013.

TAYLOR, Charles. La política del reconocimiento. In: TAYLOR, Charles. **El multiculturalismo y la política del reconocimiento**. Tradução de Mónica Utrilla de Neira. México: Fondo de Cultura Económica, p. 43-107, 1993.

TURNER, Terrence. De Cosmologia a história: resistência, adaptação e consciência social entre os Kayapó. In: CASTRO, Eduardo Viveiros de e CUNHA, Manuela Carneiro de. (Org). **Amazônia**: etnologia e história indígena. São Paulo: Núcleo de História Indígena e do Indigenismo da USP: FAPESP, 1993.

VERDUM, Ricardo. Povos Indígenas no Brasil: o desafio da autonomia. In: VERDUM, Ricardo (Org.). **Povos Indígenas**. Constituições e Reformas Políticas na América Latina. Brasília: Instituto de Estudos socioeconômicos, p. 91-112, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE Ia- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA DESTINADA À SUPERINTENDÊNCIA DO DSEI YANOMAMI



**UNISINOS
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

Boa Vista, 09 de dezembro de 2013.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Joana Claudete Mercês Schuertz
Coordenadora do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami

Eu, Fabiana Leticia Sbaraini, professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima- IFRR, aluna do Curso de Doutorado em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS/RS, matrícula n. 1704887, venho pela presente solicitar autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“Encontros e desencontros entre as políticas públicas de saúde e saberes tradicionais indígenas no Estado de Roraima: um olhar antropológico”**, sob orientação da Profa. Dra Laura Cecília Lopez. Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de implementação das Políticas públicas de saúde nas comunidades indígenas de Roraima e possíveis diálogos e tensões que se estabelecem no decorrer dos atendimentos de saúde, por meio do mapeamento das práticas de saúde na Casa de Saúde Indígena-CASAI Roraima, além de examinar a relação entre saberes/práticas tradicionais e saberes/práticas médicas ocidentais nesse contexto de cuidado, como também, relacionar possíveis diálogos/tensões com os saberes/formação e trajetória social dos atores envolvidos, particularmente profissionais da saúde, gestores e indígenas. Esta pesquisa consiste em um estudo etnográfico, onde serão utilizadas as técnicas de observação, como também a realização de entrevistas com alguns membros da equipe multidisciplinar de saúde e com a chefia da CASAI, bem como, com a Coordenação do DSEI Yanomami. Além disso, será necessário ter acesso aos dados a serem colhidos no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME). Este estudo será realizado no período de 2014 a 2016.

Ressalto que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta Coordenadoria, agradeço antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, pelos contatos: (95) 9113 6004 e ou e-mail: fabiana.leticia@ifrr.edu.br

Respeitosamente,

Fabiana Leticia Sbaraini
Doutoranda em Ciências Sociais-UNISINOS

**APÊNDICE Ib- SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE
PESQUISA DESTINADA À CHEFIA DA CASAI**



**UNISINOS
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

Boa Vista, 09 de dezembro de 2013.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Gildásio Genival de Moura
Chefe da Casa de Saúde Indígena de Roraima-CASAI

Eu, Fabiana Leticia Sbaraini, professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima- IFRR, aluna do Curso de Doutorado em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS/RS, matrícula n. 1704887, venho pela presente solicitar autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“Encontros e desencontros entre as políticas públicas de saúde e saberes tradicionais indígenas no Estado de Roraima: um olhar antropológico”**, sob orientação da Profa. Dra Laura Cecília Lopez. Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de implementação das Políticas públicas de saúde nas comunidades indígenas de Roraima e possíveis diálogos e tensões que se estabelecem no decorrer dos atendimentos de saúde, por meio do mapeamento das práticas de saúde na Casa de Saúde Indígena-CASAI Roraima, além de examinar a relação entre saberes/práticas tradicionais e saberes/práticas médicas ocidentais nesse contexto de cuidado, como também, relacionar possíveis diálogos/tensões com os saberes/formação e trajetória social dos atores envolvidos, particularmente profissionais da saúde, gestores e indígenas. Esta pesquisa consiste em um estudo etnográfico, onde serão utilizadas as técnicas de observação, como também a realização de entrevistas com alguns membros da equipe multidisciplinar de saúde e com a chefia da CASAI, bem como, com a Coordenação do DSEI Yanomami. Além disso, será necessário ter acesso aos dados a serem colhidos no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME). Este estudo será realizado no período de 2014 a 2016.

Ressalto que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta Chefia, agradeço antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, pelos contatos: (95) 9113 6004 e ou e-mail: fabiana.leticia@ifrr.edu.br

Respeitosamente,

Fabiana Leticia Sbaraini
Doutoranda em Ciências Sociais-UNISINOS

APÊNDICE II- AUTORIZAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



UNISINOS
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

Boa Vista, 09 de dezembro de 2013.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma Sra. Joana Claudete Mercês Schuertz
 Coordenadora do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami

Eu, Fabiana Leticia Sbaraini, professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima- IFRR, aluna do Curso de Doutorado em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS/RS, matrícula n. 1704887, venho pela presente solicitar autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“Encontros e desencontros entre as políticas públicas de saúde e saberes tradicionais indígenas no Estado de Roraima: um olhar antropológico”**, sob orientação da Profa. Dra Laura Cecília Lopez. Esta pesquisa tem como objetivo analisar o processo de implementação das Políticas públicas de saúde nas comunidades indígenas de Roraima e possíveis diálogos e tensões que se estabelecem no decorrer dos atendimentos de saúde, por meio do mapeamento das práticas de saúde na Casa de Saúde Indígena-CASAI Roraima, além de examinar a relação entre saberes/práticas tradicionais e saberes/práticas médicas ocidentais nesse contexto de cuidado, como também, relacionar possíveis diálogos/tensões com os saberes/formação e trajetória social dos atores envolvidos, particularmente profissionais da saúde, gestores e indígenas. Esta pesquisa consiste em um estudo etnográfico, onde serão utilizadas as técnicas de observação, como também a realização de entrevistas com alguns membros da equipe multidisciplinar de saúde e com a chefia da CASAI, bem como, com a Coordenação do DSEI Yanomami. Além disso, será necessário ter acesso aos dados a serem colhidos no Serviço de Atendimento Médico e Estatístico (SAME). Este estudo será realizado no período de 2014 a 2016.

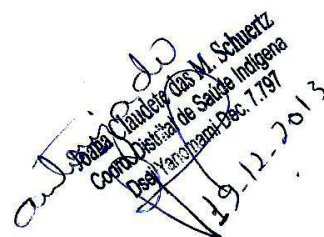
Ressalto que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 196/96 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta Coordenadoria, agradeço antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, pelos contatos: (95) 9113 6004 e ou e-mail: fabiana.leticia@ifrr.edu.br

Respeitosamente,



Fabiana Leticia Sbaraini
 Doutoranda em Ciências Sociais-UNISINOS



Memorando Nº03/2014 – NIP/SECAP/RH/DSEI-YANOMAMI/SESAI-MS

Boa Vista/RR, 08 de Janeiro de 2014.

A: Chefe da CASAI

Att: Gildasio Genival de Moura

Comunico a Vossa Senhoria que a pesquisadora do curso de Doutorado em Ciências Sociais da UNISINOS/RS, Fabiana Leticia Sbaraine, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado. "ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E SABERES TRADICIONAIS INDÍGENAS NO ESTADO DE RORAIMA: UM OLHAR ANTROPOLÓGICO" se encontra devidamente cadastrada e tendo um parecer positivo pelo Núcleo de Integração e Pesquisa- NIP.

Solicito de vossa senhoria a autorização para que a Srª Fabiana possa concluir sua pesquisa, realizando visitas de observação na CASAI.

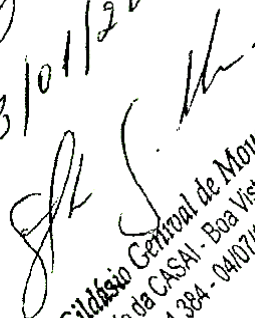
Atenciosamente.



Pedro Galdino de Souza
Chefe do SEGEP
DSEI-Y/SESAI-MS

*Ciente e
Autorizado em:*

13/01/2014



Gildasio Genival de Moura
Chefe da CASAI - Boa Vista/RR
Port. Nº 1.384 - 04/07/12 D.O.U

APÊNDICE IIIa- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A SUPERINTENDÊNCIA DO DSEI YANOMAMI E CHEFIA CASAI



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE Superintendência do DSEI Yanomami e Chefia CASAI

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-RS, intitulada **“A SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: ENCONTROS E DESENCONTROS DE PRÁTICAS E SABERES NA CASA DE SAÚDE INDÍGENA DE RORAIMA”**, realizada pela doutoranda Fabiana Leticia Sbaraini, sob orientação da Professora Doutora Laura Cecilia López. Esta pesquisa objetiva analisar os diálogos e tensões que se estabelecem nas práticas de saúde na CASAI Roraima e de que maneira a implementação das políticas públicas de saúde indígena interferem nessas relações sociais. O motivo que nos leva a realização deste estudo é que a saúde tem sido um tema central e recorrente na luta dos povos indígenas pela conquista de seus direitos em termos de acessos aos serviços de saúde com equidade e integralidade. Os resultados de pesquisa não trarão um benefício direto para você, mas poderão contribuir com a reflexão sobre saúde indígena, no intuito de qualificar o cuidado prestado.

Sua participação é voluntária. Como procedimento metodológico, será realizada uma entrevista de aproximadamente 40 minutos que objetiva fazer uma análise do processo de implementação das políticas públicas de saúde na CASAI, ou seja, como ocorre toda a trajetória de implementação dessas políticas e quais diálogos ou tensões se estabelecem no decorrer deste percurso. A entrevista será gravada, transcrita e destruída posteriormente. Não são conhecidos riscos associados aos procedimentos previstos. Participando, você terá assegurada a confidencialidade das informações dadas na entrevista, isto é, seu nome nunca vai aparecer quando o estudo for publicado em revistas ou apresentado em congressos. Você terá todos os esclarecimentos necessários sobre a sua participação, podendo retirar-se do estudo quando quiser sem nenhum prejuízo para a sua pessoa.

Em caso de dúvidas poderá contatar a pesquisadora responsável pela realização deste estudo, Fabiana Leticia Sbaraini, fone: (95) 9113 6004/ E-mail: fabiana.leticia@ifrr.edu.br.

Este termo será assinado em duas vias ficando uma em sua posse e a outra com a pesquisadora.

Boa Vista, _____ de _____ de 20__.

Nome

Assinatura participante

Nome

Assinatura pesquisadora

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 22.10.14

Av. Unisinos 950, Caixa Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo Rio Grande do Sul Brasil
Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>

APÊNDICE IIIb- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA CASAI



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Profissionais de saúde da CASAI

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos-RS, intitulada **"A SAÚDE INDÍGENA NO TERRITÓRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: ENCONTROS E DESENCONTROS DE PRÁTICAS E SABERES NA CASA DE SAÚDE INDÍGENA DE RORAIMA"**, realizado pela doutoranda Fabiana Leticia Sbaraini, sob orientação da Professora Doutora Laura Cecilia López. Esta pesquisa objetiva analisar os diálogos e tensões que se estabelecem nas práticas de saúde na CASAI Roraima e de que maneira a implementação das políticas públicas de saúde indígena interferem nessas relações sociais. O motivo que nos leva a realização deste estudo é que a saúde tem sido um tema central e recorrente na luta dos povos indígenas pela conquista de seus direitos em termos de acessos aos serviços de saúde com equidade e integralidade. Os resultados de pesquisa não trarão um benefício direto para você, mas poderão contribuir com a reflexão sobre saúde indígena, no intuito de qualificar o cuidado prestado.

Sua participação é voluntária. Será realizada uma entrevista de aproximadamente 40 minutos com questões sobre a sua trajetória de formação e de atuação, relação entre saberes/práticas tradicionais e saberes/práticas médicas ocidentais nesse contexto de cuidado. A entrevista será gravada, transcrita e destruída posteriormente. Não são conhecidos riscos associados aos procedimentos previstos.

Participando, você terá assegurada a confidencialidade das informações dadas na entrevista, isto é, seu nome nunca vai aparecer quando o estudo for publicado em revistas ou apresentado em congressos. Você terá todos os esclarecimentos necessários sobre a sua participação, podendo retirar-se do estudo quando quiser sem nenhum prejuízo para a sua pessoa.

Em caso de dúvidas poderá contatar a pesquisadora responsável pela realização deste estudo, Fabiana Leticia Sbaraini, fone: (95) 9113 6004/ E-mail: fabiana.leticia@ifrr.edu.br.

Este termo será assinado em duas vias ficando uma em sua posse e a outra com a pesquisadora.

Boa Vista, _____ de _____ de 20__.

Nome _____ Assinatura participante _____

Nome _____ Assinatura pesquisadora _____

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 22.05.14

..... Av. Unisinos, 960 - Gaúcha Postal 275 CEP 93022-000 São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil
Fone: (51) 3591-1198 ou ramal 2198 Fax: (51) 3590-8118 <http://www.unisinos.br>

APÊNDICE IV- COMPROVANTE DE IMUNIZAÇÃO DA PESQUISADORA

VACINAS APLICADAS NA INFÂNCIA		
	DATA (ÚLTIMA APLICAÇÃO)	TIPO DE DOSE (1ª, 2ª, 3ª ou Reforço)
BCG - id		
PÓLIO		
DTP		
HEPATITE B		
HEMÓFILO		
SARAMPO/CAXUMBA/ RUBÉOLA		
FEBRE AMARELA		
OUTRAS		



**SECRETARIA ESTADUAL DE
SECRETARIA MUNICIPAL**

CADERNETA DE VACINAÇÃO



NOME: Tabiana Betina Soares

R.G.: 2052447352 DATA DE NASCIMENTO: 04/04/75

ENDEREÇO: _____

UNIDADE DE SAÚDE: _____

MANTENHA ESTA CADERNETA EM SEU PODER, JUNTO COM SEUS DOCUMENTOS.
VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DUPLA ADULTO	HEPATITE B	SAR/CAX/RUB	D. Viral	A. Chupada	H. H. N. I.	FEBRE AMARELA
Lote: <u>080708</u> Cód.: <u>BUT.</u> Nome: <u>Osman</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>	Lote: <u>1309189</u> Cód.: <u>BUTANTAN</u> Nome: <u>1ª Dose</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>	Lote: <u>13500202E</u> Cód.: <u>PRO CRUZ</u> Nome: <u>UNICA</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>	Lote: <u>2A11-X</u> Cód.: <u>6AB: Serum</u> Nome: <u>camp.</u> Reg. Prof.: <u>Nininha</u>	Lote: <u>080201</u> Cód.: <u>BUTANTAN</u> Nome: <u>Osman</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>	Lote: <u>16104110</u> Cód.: <u>SHNOF</u> Nome: <u>MIRIA</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>	Lote: <u>05.11.07</u> Cód.: <u>06PUFAD12</u> Nome: <u>PRO CRUZ</u> Reg. Prof.: <u>Osman</u>
Lote: <u>080708</u> Cód.: <u>BUTANTAN</u> Nome: <u>2ª Dose</u> Reg. Prof.: <u>Osman</u>	Lote: <u>112260</u> Cód.: <u>BUT.</u> Nome: <u>2ª dose</u> Reg. Prof.: <u>Suzete</u>	Lote: <u>171013</u> Cód.: <u>1-0-16</u> Nome: <u>1-0-16</u> Reg. Prof.: <u>Suzete</u>	Lote: <u>171013</u> Cód.: <u>G-CROSI</u> Nome: <u>1-0-16</u> Reg. Prof.: <u>Suzete</u>	Lote: <u>1710913</u> Cód.: <u>11736-1</u> Nome: <u>UNICA</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>	Lote: <u>1710913</u> Cód.: <u>11736-1</u> Nome: <u>UNICA</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>	Lote: <u>1710913</u> Cód.: <u>11736-1</u> Nome: <u>UNICA</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>
Lote: <u>1710913</u> Cód.: <u>BUTANTAN</u> Nome: <u>3ª Dose</u> Reg. Prof.: <u>Alaudine</u>	Lote: <u>1207118</u> Cód.: <u>BUT</u> Nome: <u>3ª dose</u> Reg. Prof.: <u>Suzete</u>	Lote: <u>0310114</u> Cód.: <u>G-CROSI</u> Nome: <u>Suzete</u> Reg. Prof.: <u>Suzete</u>	Lote: <u>0310114</u> Cód.: <u>G-CROSI</u> Nome: <u>Suzete</u> Reg. Prof.: <u>Suzete</u>	Lote: <u>1405114</u> Cód.: <u>14921-2</u> Nome: <u>JANOFI</u> Reg. Prof.: <u>Osman</u>	Lote: <u>1405114</u> Cód.: <u>14921-2</u> Nome: <u>JANOFI</u> Reg. Prof.: <u>Osman</u>	Lote: <u>1405114</u> Cód.: <u>14921-2</u> Nome: <u>JANOFI</u> Reg. Prof.: <u>Osman</u>

APÊNDICE V- APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNISINOS

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 044/2014

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 14/054 **Versão do Projeto:** 20/05/2014 **Versão do TCLE:** 20/05/2014

Coordenadora:

Doutoranda Fabiana Leticia Sbaraini (PPG em Ciências Sociais)

Título: A saúde indígena no território das políticas públicas: encontros e desencontros de práticas e saberes na casa de saúde indígena de Roraima.

Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XI.2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 20 de maio de 2014.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

APÊNDICE VI- ROTEIROS DE ENTREVISTA**UNISINOS
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS****ROTEIRO DE ENTREVISTA COM SUPERINTENDÊNCIA DO DSEI YANOMAMI E
CHEFIA DA CASAI**

Nome: _____
Idade: _____ **Tempo de atuação no cargo:** _____
Formação Profissional: _____

1. Como foi sua aproximação com as Políticas de Saúde Indígena?
2. De que maneira a Política de saúde indígena é implementada no Estado sem que haja um distanciamento expressivo entre os saberes tradicionais e o modelo biomédico?
3. No decorrer da implementação das políticas, você percebe que há barreiras e ou tensões? Quais?
4. Quais são os principais obstáculos encontrados na CASAI quanto à aceitação da implementação dessas políticas?
5. O que você, enquanto gestor (a) têm feito para minimizar possíveis tensões geradas pela implantação e implementação das políticas de saúde voltadas às comunidades indígenas?
6. Como ter êxito e como cumprir com as diretrizes apresentadas nos documentos que estabelecem a Política de saúde indígena, tendo em vista que alguns profissionais da saúde expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo influencia o êxito de seu trabalho?
7. Qual o tipo de treinamento que os profissionais de saúde recebem para atuarem com a saúde indígena nos diversos espaços que ela se apresenta, tanto nos hospitais, na CASAI ou nas aldeias/comunidades?
8. Se você tivesse que elencar três pontos positivos e negativos do seu trabalho com a saúde indígena, quais seriam?



UNISINOS
UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM
NA CASAI**

Nome: _____
Idade: _____ **Tempo de atuação na função:** _____
Formação Acadêmica/Profissional: _____
Função que exerce na CASAI: _____

1. Em sua formação acadêmica, você foi preparado para atuar com saúde indígena? Discorra sobre seu processo de formação acadêmica.
2. Relate sua rotina de trabalho na CASAI.
3. Você percebe, no decorrer de seus atendimentos, alguma tensão entre paciente e profissional de saúde? Quais?
4. De que maneira você, durante sua atuação na CASAI, tem buscado aproximação entre os saberes biomédicos e os saberes indígenas?
5. Ao ingressar na CASAI, você recebe algum tipo de capacitação para atuar no contexto da saúde indígena?
6. Se você tivesse que elencar alguns pontos positivos e negativos do seu trabalho com a saúde indígena, quais seriam?