UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ARTES, CIÊNCIAS E HUMANIDADES

JULIANA GONÇALVES FIDELIS

**Integralidade e indígenas urbanos:
análise dos relatos de profissionais e usuários de uma unidade básica de
saúde no município de São Paulo**

SÃO PAULO

2014

JULIANA GONÇALVES FIDELIS

**Integralidade e indígenas urbanos: análise dos relatos de profissionais e usuários de uma
unidade básica de saúde no município de São Paulo**

Dissertação apresentada à Escola de Artes,
Ciências e Humanidades da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Filosofia do Programa de Pós -
Graduação em Estudos Culturais

Versão corrigida contendo as alterações
solicitadas pela comissão julgadora em 21
de maio de 2014. A versão original
encontra-se em acervo reservado na
Biblioteca da EACH/USP e na Biblioteca
Digital de Teses e Dissertações da USP
(BDTD), de acordo com a Resolução
CoPGr 6018, de 13 de outubro de 2011.

Área de concentração: Estudos Culturais

Orientador (a):

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Machado de
Lima Hutchison

SÃO PAULO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO
Biblioteca
Escola de Artes, Ciências e Humanidades da
Universidade de São Paulo

Fidelis, Juliana Gonçalves

Integralidade e indígenas urbanos : análise dos relatos de profissionais e usuários de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo / Juliana Gonçalves Fidelis; orientadora, Ângela Maria Machado de Lima Hutchison. – São Paulo, 2014
105 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Programa de Pós-Graduação em Estudos Culturais, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, em 2014
Versão corrigida

1. Saúde pública – São Paulo (SP). 2. Assistência à saúde – São Paulo (SP). 3. Cuidados integrais à saúde. 4. Acesso aos serviços de saúde – São Paulo (SP). 5. Índios – São Paulo (SP). 6. Pankararu – São Paulo (SP). I. Hutchison, Ângela Maria Machado de Lima, orient. II. Título.

CDD 22.ed. – 362.1098161

Nome: FIDELIS, Juliana Gonçalves

Título: Integralidade e indígenas urbanos: análise dos relatos de profissionais e usuários de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Estudos Culturais da Escola de Artes,
Ciências e Humanidades da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em Filosofia.

Aprovado em: 21 de maio de 2014

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Machado de Lima Hutchison

Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – Universidade de São Paulo

Prof.^a Dr.^a Márcia Thereza Couto Falcão

Instituição: Faculdade de Medicina - Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Luiz Silveira Menna Barreto

Instituição: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – Universidade de São Paulo

A meu amado filho Leonardo, elo e raiz recém-chegada a este mundo: benção cheia de entusiasmo e alegria.

À minha querida mãe, por tudo que já enfrentou – e batalha ainda, cúmplice - para que eu permaneça plena nesse caminho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo amor que me fortalece quando mais preciso. Cada momento feliz se torna ainda maior por conta de sua presença, plena naquilo que passamos juntos. Seu apoio foi fundamental durante toda a trajetória desse trabalho.

Ao cúmplice de todos os instantes, meu querido companheiro Lucas, pelo desafio partilhado, pelas conversas filosóficas regadas a muitas doses de café, por ser meu porto de calma diante a aflição de alguns momentos; e, sobretudo, por compartilhar o mar e o leme comigo ao embarcar na mais grata aventura de nossas vidas: a de nos construirmos, dia a dia, melhores pais! Obrigada por acreditar em mim e pelo imenso suporte durante a finalização deste trabalho.

À amiga Mariana Arantes Nasser, pela amizade, pela energia positiva e por me acolher nos momentos de insegurança. Obrigada pelo apoio nos momentos mais essenciais deste percurso.

À Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Machado de Lima Hutchison, pela orientação nesses anos que trabalhamos juntas na dissertação. Por sua paciência, compreensão e, principalmente por me ajudar nas estratégias de enfrentamento diante das dificuldades. Agradeço por cada encontro de orientação e por todo aprendizado que foi para além do desenvolvimento deste trabalho.

Ao coordenador da pesquisa *Caminhos da Integralidade*, Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e aos pesquisadores, em especial à Dr.^a Dulce Maria Sena e à Educadora Beatriz Pereira, pela parceria nesta pesquisa e pela disponibilidade do material de campo, que me possibilitou experimentar novos olhares.

Aos docentes do Programa de Pós Graduação em Estudos Culturais, por nos guiarem a caminho da interdisciplinaridade e por nos acolherem nesse campo de pesquisa inovador. Aos profissionais que atuam na Secretaria de Pós Graduação e na Biblioteca por todo suporte oferecido.

Aos docentes, Prof. Dr. Luiz Silveira Menna Barreto, Prof.^a Dr.^a Graziela Serroni Perosa e Prof.^a Dr.^a Marcia Thereza Couto Falcão, pelas contribuições no exame de qualificação.

Aos colegas do Programa de Pós Graduação em Estudos Culturais, pela diversidade de experiências que compartilhamos em cada aula, confrontando juntos a ansiedade e a insegurança naturais ao processo de pesquisa e aprendizagem. Pelas conversas de corredor e nos momentos de café, muito café!

Aos meus colegas do Centro de Saúde – Escola “Samuel Barnsley Pessoa” (CSE), pela paciência e compreensão durante todo processo, especialmente a equipe de enfermagem do setor de adultos. À Dr.^a Ana Silvia Whitaker Dalmaso, pelo incentivo, pela possibilidade de formação ofertada aos profissionais e pelo apoio institucional.

Agradeço também a solidariedade das colegas enfermeiras (Ana Cláudia, Fernanda, Gisele, Reneide e Paula) principalmente no momento final de conclusão desta pesquisa. À Gorete e Pedro pelo suporte da Secretaria. Trabalhar no CSE foi de extrema importância para a concretização desta dissertação.

À amiga Paula Villela pela disponibilidade e ajuda na tradução para o inglês.

Ao antropólogo Rafael Cunha Lopes por compartilhar sua experiência com os Pankararu e por colocar-se sempre acessível e disposto a ajudar e contribuir.

RESUMO

FIDELIS, J. F. **Integralidade e indígenas urbanos:** análise dos relatos de profissionais e usuários de uma unidade básica de saúde no município de São Paulo. 2014. 105 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

Analizamos a possibilidade de oferta de ações integrais em saúde em um serviço de Atenção Primária na região oeste do município de São Paulo. Esse serviço atende à uma comunidade indígena da etnia Pankararu, residente na favela Real Parque no bairro do Morumbi, através de uma equipe específica da Estratégia Saúde da Família (ESF). Verificamos em que medida o exame de relatos de profissionais e usuários indígenas deste serviço básico de saúde poderia identificar a atenção integral às necessidades de uma comunidade específica. Utilizamos a metodologia qualitativa e examinamos 05 entrevistas realizadas a sujeitos chave, contendo profissionais e usuários indígenas, liderança indígena e profissionais não indígenas. Estas entrevistas foram realizadas por pesquisadores da pesquisa “Caminhos da Integralidade” e sua utilização foi autorizada para nosso estudo. Na análise e interpretação dos dados utilizamos a análise de conteúdo segundo BARDIN. Classificamos o material em quatro categorias pré-definidas segundo os sentidos atribuídos à noção de Integralidade: 1) como boa Medicina, 2) como modo de organizar as práticas de saúde, 3) como demandas específicas e 4) como construção de projetos de felicidade. Identificamos nos relatos expressões favoráveis e desfavoráveis para uma atenção integral à saúde em cada categoria. Destacamos como variáveis favoráveis: o acesso “diferenciado” dos indígenas aos serviços de saúde; a importância da formação profissional e o interesse individual de aproximação com a cultura indígena; e a possibilidade de articulação entre serviços de atendimento ao indígena nos diferentes níveis de atenção. Como variáveis desfavoráveis: a equipe de saúde indígena tomada como “privilegio”; a falta de abertura para expressões culturais no encontro entre profissional e usuário indígena e na relação entre profissionais indígenas e não indígenas; a falta de conhecimento sobre a etnia assistida; dificuldades entre as especificidades da equipe indígena e os protocolos seguidos pela equipe Estratégia Saúde da Família. Constatamos um paradoxo essencial em nossa pesquisa: a presença da equipe de saúde indígena facilitou o acesso dos Pankararu às ações de saúde, mas nem sempre, os profissionais consideraram a diversidade cultural na abordagem individual/coletiva ou a inclusão do sistema tradicional indígena de cura (Encantados) na assistência a esse grupo étnico. Percebemos também que os profissionais dessa equipe não dispunham de protocolos e de uma padronização específica da rotina de trabalho para a atenção ao indígena. Defendemos que identificar variáveis que apontam distanciamento das práticas de saúde da ideia de integralidade é essencial para investirmos nas mudanças necessárias para uma boa prática em saúde. Concluímos que a integração e a coordenação de diferentes saberes é um bom caminho para construir projetos de felicidade e encontros interativos em serviços de saúde.

Descritores: Atenção integral à saúde. Atenção primária à saúde. Profissionais de saúde. Usuários indígenas. Atenção à saúde do indígena. Estudos culturais em saúde.

ABSTRACT

FIDELIS, J. F. **Comprehensiveness and the indigenous urban population:** analysis of reports by professionals and users of a basic health unit in the city of Sao Paulo. 105 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

In this study we analyzed the possibility of offering comprehensive healthcare in a primary healthcare service in the western area of São Paulo city. This service assists an indigenous community of the Pankararu ethnicity residing in Real Parque slum, in Morumbi neighborhood. We analysed the extent to which the assessment of reports given by health professionals and indigenous users of a basic healthcare center may identify the comprehensive attention dedicated to the needs of a specific community. We used qualitative methods and analyzed five interviews given by key subjects, namely professionals and indigenous users, indigenous leaders and non-indigenous professionals. Those interviews were conducted by a research group called “Paths to Comprehensiveness, which has authorized the use of their material for this study. We used a content analysis method known as BARDIN to interpret the data. In doing so, we classified the material in four pre-defined categories, which relate to the meanings attributed to the notion of comprehensiveness: (1) as good practice of Medicine; (2) as a way of organizing healthcare practices; (3) as specific demands; and (4) as the development of happiness projects. We identified in the reports both favorable and unfavorable attitudes towards a comprehensive healthcare assistance for each category. We highlight as favorable variables: the “differentiated” access to indigenous users to the healthcare services; the importance of the professional's background and their personal interest in the indigenous population; and the possibility of communication among service providers specialised in indigenous users in different degrees of attention. As unfavorable variables: the indigenous health team seen as a “privilege; the lack of communication channels for cultural concerns during meetings between a professional and an indigenous user and in the relationships between indigenous and non-indigenous professionals; the lack of knowledge about the assisted ethnical group; and difficulties between the specialties of the indigenous team and the protocols followed by the Health Strategy of the Family team. We found an essential paradox in our research: the presence of the indigenous healthcare team facilitated the access of the Pankararus to healthcare services, but the professionals did not always take into consideration the cultural diversity in the process of providing individual or collective care; neither did they consider the inclusion of the traditionally indigenous system of cure (the Enchanted) when assisting that ethnic group. We further noticed that the professionals of that team did not use any protocols or a specific standardization of their practices when assisting the indigenous. We defend the notion that identifying variables that broaden the gap between healthcare practices and the idea of Comprehensiveness is essential for us to invest in the changes that will be necessary for good healthcare practices. Our conclusion is that the integration and the coordination of different knowledge is a good way to build projects of happiness and integrative encounters in healthcare services.

Descriptors: Comprehensive healthcare. Primary healthcare. Healthcare professionals. Indigenous users. Attention to the healthcare of indigenous populations. Cultural studies in health.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	10
2	INTRODUÇÃO	12
2.1	OBJETIVOS	19
2.1.1	Objetivo Geral	19
2.1.2	Objetivos específicos	19
3	O CONCEITO DE NORMALIDADE (EM SAÚDE) E A (IN)VISIBILIDADE DOS ELEMENTOS CULTURAIS NAS PRÁTICAS DE SAÚDE	20
4	MODELOS DE SAÚDE-DOENÇA, A SAÚDE COLETIVA E A INTEGRALIDADE	28
5	OS ÍNDIGENAS NO BRASIL E A ETNIA PANKARARU	34
5.1	Demografia dos povos indígenas	38
5.2	Comunidade Pankararu na cidade de São Paulo	42
6	A SAÚDE INDÍGENA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	51
6.1	A saúde indígena no Brasil	51
6.2	Os Pankararu e a Estratégia Saúde da Família	60
7	METODOLOGIA	62
7.1	Tipo de estudo	62
7.2	Pesquisa “Caminhos da Integralidade” e a utilização dos dados	63
7.3	Campo de investigação	65
7.4	Aspectos Éticos	70
7.5	Análise dos Dados	71
8	ANÁLISE E RESULTADOS	76
8.1	Categoria 1: Integralidade como um traço da boa medicina	77
8.2	Categoria 2: Integralidade como modo de organizar as práticas	80
8.3	Categoria 3: Integralidade e políticas especiais	86
8.4	Categoria 4: Integralidade como construção de projetos de felicidade	89
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXOS	103

1 APRESENTAÇÃO

A motivação para a escolha do tema desta pesquisa surgiu da trajetória profissional que realizei até este momento, que inclui experiências no campo de práticas destinadas à saúde indígena, além de um serviço de atenção primária em saúde.

Durante a graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), participei de projetos de extensão voltados para a Educação em Saúde. Neles, por meio de trabalhos de campo em comunidades ribeirinhas nas proximidades do município de Cananeia e na periferia da cidade de Ubatuba, tive a oportunidade de experimentar e desenvolver o contato diante de uma nova diversidade sociocultural.

Aliada a esta experiência, destaco minha participação em uma terceira extensão universitária, o Projeto Xingu. Essencial influência no que toca minha formação pessoal e carreira, permeou meus ofícios desde o início (em meu período de graduação), até minha atuação como enfermeira do Ambulatório do Índio (experiência que também serviu de alicerce a este projeto). Nessa inserção, aproximei-me de discussões interdisciplinares e intersetorias para uma prática em Saúde Indígena articulada com a saúde pública, a antropologia, a política e a educação. No período em que trabalhei no Projeto Xingu mantive contato com diversas etnias de São Paulo e de outros estados, assim como oportunamente conheci aldeias por meio de trabalhos em território indígena.

Essa trajetória de experiências nas áreas de saúde e de diversidade cultural levou-me a refletir sobre diversas possibilidades de se interpretar o processo saúde-doença e de se oferecer o cuidado à saúde. Em outras palavras, inquietou-me repensar o conhecimento biomédico ocidental e valorizar os aspectos culturais envolvidos na determinação das doenças.

Ao sair do Projeto Xingu e iniciar uma nova etapa profissional no Centro de Saúde – Escola “Samuel Barnsley Pessoa” (CSEB), essa inquietação permaneceu como uma questão recorrente; passou a ser ainda mais aguda ao me deparar com a tradição crítica na área de saúde do CSEB. Diante de sua contribuição no desenvolvimento de práticas de atenção primária à saúde no Brasil (de modo especial quanto a atividades de formação e pesquisa em serviço), envolvi-me em um ambiente de profissionais, docentes e pesquisadores que se ocupam das práticas da saúde coletiva e refletem acerca de sua integralidade; que contemplam a dimensão cultural do indivíduo usuário em suas práticas.

Desse encontro veio o incentivo que me consolidou a ideia de desenvolver meu mestrado no programa de Estudos Culturais, tendo ainda em vista a instigante abrangência do campo de pesquisa e seus desdobramentos em minha trajetória profissional.

O campo crítico dos Estudos Culturais permite a reflexão dos paradigmas da saúde e pensar a construção de teorias e práticas de saúde como produções culturais. Desta forma, pretendemos com esta pesquisa discutir as práticas de saúde sob a luz dos Estudos Culturais e da contribuição do campo da Saúde Coletiva. Partindo de serviços e cuidados ofertados a uma comunidade indígena urbana em nível primário de atenção à saúde, verificando possibilidades de uma abordagem Integral nos modelos atuais.

Quanto à estrutura deste trabalho, subdividimos-a em Introdução; quatro capítulos (referenciais teóricos); Metodologia; Análise e Resultados; Conclusões Finais.

Na Introdução tomamos como ponto de partida para a justificativa de nossa pesquisa as discussões iniciadas a partir do movimento sanitarista em uma tendência ampliada sobre a perspectiva das práticas de saúde e da ideia de Integralidade na atenção à saúde. Partindo dela, apresentamos nosso objeto de trabalho e nossos objetivos.

No primeiro capítulo nossa proposta foi explorar uma discussão sobre os elementos culturais e a construção da noção de doença e de normalidade em saúde (em dimensão individual e coletiva). A partir dessa reflexão abordamos o quanto essas referências definem padrões de intervenções e controle no modo de vida da população.

No segundo capítulo apresentamos modelos do processo saúde – doença propostos pela Epidemiologia ao observar o potencial e os limites de cada modelo para uma atenção Integral à saúde; mostramos como o movimento interdisciplinar da Saúde Coletiva tem contribuído discussões ampliadas sobre as necessidades de saúde e a Integralidade.

Os capítulos três e quatro caracterizam, respectivamente, aspectos gerais dos povos indígenas e destaca a etnia que estudamos e os serviços específicos prestados aos indígenas junto a considerações sobre a saúde indígena no Brasil.

Na Metodologia descrevemos os instrumentos utilizados em nosso estudo e a parceria com a pesquisa “Caminhos da Integralidade” sob a coordenação do Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Ao final, em Análise e Resultados, apresentamos os resultados de nossa pesquisa, destacando fragmentos que melhor representam cada categoria analisada.

Na sequência, nas Considerações Finais, articulamos os resultados apresentados com o objetivo desta pesquisa e apontamos as principais questões que elucidamos no estudo.

2 INTRODUÇÃO

A inspiração desta nossa pesquisa se remete às reflexões sobre as práticas no campo da saúde. Consideramo-las como parte de um sistema construído e modificado ao longo dos processos históricos da sociedade. Vale dizer, o processo de transformação da sociedade, também é o processo de transformação da saúde (PAIM, 1998; BRASIL, 2010). Alinhamo-nos a essa perspectiva crítica presente no campo da Saúde Coletiva por considerá-la fecunda para um possível diálogo com o campo dos Estudos Culturais ao analisar a saúde indígena que tratamos de forma mais aprofundada no capítulo quatro.

Destacamos aqui, o processo de reconstrução das práticas de saúde desencadeado na década de 1970 por um movimento de crítica aos modelos e práticas de saúde então vigentes no Brasil.

A análise do processo saúde-adoecimento permite-nos interpretar a saúde como resultante dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico. Reconhecemos como uma grande contribuição a participação da teoria marxista nas abordagens de saúde, o materialismo dialético e o materialismo histórico, que defende que a doença é socialmente determinada (BRASIL, 2010).

As concepções biomédicas, fortemente presentes nos modelos de atenção à saúde, abrangem os fatores condicionantes e determinantes do processo saúde–doença de forma reduzida ao instruírem as práticas de saúde dentro do modelo de atenção centrado, na maior parte das vezes, em sintomas e controle de enfermidades (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2010).

Deste modo, tais concepções reduzem o conceito de saúde à “ausência de doença” e definem a doença como uma “perturbação” das funções vitais de um organismo, por falha de adaptação ou ausência de reação do corpo “máquina”, aos estímulos que gerariam processos patológicos e clínicos nos indivíduos (MENNA-BARRETO, 2004; ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2010).

Este modelo não abrange outros determinantes de saúde tais como questões sociais, econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecimento. Exemplos disso são, as condições de moradia; de trabalho; a violência e seus desdobramentos; o processo de urbanização; a fome, o saneamento, o meio ambiente, a educação.

Ao criticarmos esta tradição e buscarmos expandir a abordagem, considerando outras dimensões como as citadas anteriormente, propomos a discussão ampliada da concepção de

saúde e o deslocamento da concepção individualizante e fragmentada para a aproximação da dimensão coletiva e integral, potencializando formas amplas de abordagens e intervenções em saúde.

A integralidade, apesar de fazer parte das diretrizes que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS), é uma ideia presente em discursos anteriores à criação desse sistema, por exemplo, já encontrada nas propostas da medicina integral de promoção da saúde (MATTOS, 2004; ONU, 1986).

Desde o relatório Lalonde realizado no Canadá em 1974, “*A new perspective on the health of Canadians*” (“Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses”), podemos assumir que a atenção à saúde por assistência médica referenciada exclusivamente no modelo biomédico é insuficiente para contemplar as necessidades de coletivos.

Em conferências internacionais vinculadas a temas de saúde e instituições representativas formadas por vários países, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o debate é recorrente acerca dos cuidados primários em saúde e sua promoção; em particular, destacamos a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reunida Alma-Ata (Cazaquistão) em 1978 e a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa (Canadá) em 1986. Nelas foram elaborados documentos norteadores em que se aborda a saúde como um Direito humano fundamental, além de esclarecer e definir o conceito da palavra “primários” como “essenciais” na expressão “cuidados primários de saúde”.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do País e a constituição de um sistema de saúde inclusivo. Essa reflexão esteve presente na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), cujo tema foi democracia da saúde, estabeleceu um marco importante na luta para a descentralização da saúde e pela implantação de políticas sociais (BRASIL, 2006). Representou um momento de afirmação da saúde como um direito e dos demais direitos humanos e da cidadania, de reformulação do sistema nacional de saúde e de financiamento do setor. Para melhor ilustrar esse cenário, utilizamos o fragmento de uma entrevista de Sergio Arouca (1998), pertencente ao arquivo da Fundação Oswaldo Cruz:

Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado (AROUCA, 1998).

Posteriormente como mencionado, a Constituição Federal de 1988, no campo da saúde, define a Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo a redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, independente de questões econômicas, sociais, culturais, religiosas, raciais ou étnicas.

Os impactos da 8ª conferência, o movimento sanitário e a constituição brasileira contribuíram para o pensamento de uma política que desse conta dessa situação, caminhando rumo à criação do Sistema Único de Saúde, culminado em 1990 (BRASIL, 2006), nas quais ações e serviços públicos de saúde integrariam uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de forma descentralizada, com atendimento integral e com participação da comunidade.

Essas ações e serviços estão organizados em níveis de atenção: primário, secundário e terciário. O objeto de estudo desta pesquisa tem como lócus a atenção primária de saúde, nível de primeiro contato da população com os serviços de saúde.

Segundo Paim (2006), a atenção primária em saúde pode ser explicada sob três concepções: como “atenção primitiva à saúde”, como “uma atenção primeira e básica”, e por último como uma estratégia de atenção da proposta de saúde para todos, para os anos 2000, defendida pela Organização Panamericana de Saúde (1990).

No Brasil, a atenção primária em saúde (APS) e atenção básica (AB) são termos sinônimos para o mesmo conceito, porém o termo AB vem sendo usado pelo Ministério da Saúde para evitar confusão na interpretação do termo “atenção primitiva à saúde”. Desta forma, na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a definição de AB é expressada como “um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2012).

Nesta pesquisa adotamos o termo APS por nos parecer mais apropriado, tanto para demarcar o nível de atenção do nosso objeto de estudo quanto por reforçar a idéia de que

diferentes modelos são viáveis na organização do SUS, e não unicamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) na qual o termo AB está fortemente associado.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b), a APS é uma organização de serviços de saúde para o atendimento das necessidades de uma população, de famílias e de indivíduos. É a porta de entrada para os serviços de saúde.

Segundo Campos (1994), a APS é o início de um processo de hierarquização de atenção, cuja organização das práticas em saúde ocorre a partir das necessidades sociais que são evidenciadas pelas demandas individuais e coletivas. E pela capacidade de realizar ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, em busca de práticas resolutivas que garantam integralidade da atenção na cadeia organizativa do sistema.

Starfield (2002) acrescenta que a abordagem da APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis desse sistema. A APS compartilha com esses níveis de atenção à saúde a responsabilidade pelo acesso (de fácil abordagem e eliminação de barreiras geográficas, administrativas, financeiras, culturais e de linguagem), pela qualidade e custos dos serviços; pela atenção à prevenção, ao tratamento e à reabilitação; assim como pelo trabalho em equipe.

Em relação às características da demanda e das necessidades da população, a procura por este nível de atenção é dada pelo paciente que traz problemas mais comuns e menos definidos, com queixas vagas, pouco específicas.

Na APS é previsto que os profissionais trabalhem com uma maior variedade de diagnósticos mais comuns e que um subgrupo desses diagnósticos comuns que tenham complicações seja acompanhado nos níveis secundário e terciário de acordo com a especificidade do problema. A variedade de tipos de problemas de saúde na atenção primária é muito maior do que em qualquer outro tipo de atenção, sendo mais ampla, portanto, a variedade de todos os tipos de intervenções (STARFIELD, 2002).

Em estudos realizados na Europa e nos Estados Unidos acompanhados por Starfield (2002), as evidências demonstram que a atenção primária tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas a seus problemas de saúde.

A variedade de serviços disponíveis e prestados na atenção primária está orientada para o atendimento das necessidades das pessoas, pode variar de acordo com o território e a comunidade em questão, pode ser diferente conforme a incidência ou prevalência de

problemas e deve alcançar um alto nível de desempenho no reconhecimento dessas necessidades existentes na população (STARFIELD, 2002).

Para Starfield (2002), o nível primário permite trabalhar através de processos (atenção à saúde) e resultados, com determinantes de ordem ambiental, físico e social, e de características culturais e comportamentais das populações e dos pacientes, no qual as pessoas vivem e trabalham. Enfocar nestes determinantes e não em enfermidades individuais permite que a atenção primária otimize a saúde da população.

A atenção primária pode ser tomada como porta de entrada para o sistema de serviços de saúde. Tendo em vista os recursos que oferece e o modo de oferecê-los, configura, em seu nível de atenção, a melhor posição para interpretar problemas apresentados no contexto histórico e no meio social do paciente. A possibilidade dessa interpretação é importante para uma estratégia que busca a efetividade e a equidade dos serviços de saúde.

Outro conceito relevante defendido pelo movimento sanitário é o princípio da Integralidade, apesar de ser mais conhecido como um dos princípios do SUS, foi parcialmente reconhecido na Constituinte e traduzido na lei 8080 pelo princípio da assistência integral.

Pelo princípio da Integralidade, é estabelecido na APS, o reconhecimento adequado da variedade completa das necessidades relacionadas à saúde do paciente e os recursos oferecidos para essa abordagem. Portanto, a resolubilidade envolve aspectos relacionados à organização da rede de atenção, à conduta profissional e à relação equipe de saúde/usuário (STARFIELD, 2002).

Desta forma, a APS torna-se um campo bastante amplo e interessante para a discussão e a verificação da Integralidade em suas ações (STARFIELD, 2002).

Discutir sobre como atingir esses valores da APS na prática em saúde, está ativamente ligada à construção do nosso objeto de pesquisa. Até o momento, introduzimos o *locus* de investigação; adiante partiremos para a apresentação da noção de integralidade na qual estará direcionado nosso olhar durante o estudo.

Deparamo-nos com desafios quando consideramos a perspectiva de integrar o coletivo no cuidado individual em saúde, de acordo com Ayres (2009):

(...) a integralidade é, entre os princípios do SUS, aquele que mais conduz o desafio de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde - “a integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e, “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.

Buscar uma definição para a Integralidade pode ser um processo complexo, conforme exposto por Pinheiro e Mattos (2002), na melhor das hipóteses é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si.

Sob esta perspectiva, Mattos (2006) destaca três sentidos da Integralidade. Um quarto sentido é destacado por Ayres (2004). Será com estes sentidos que olhamos para a prática de saúde envolvendo equipe e usuários da Unidade Básica de Saúde na busca de identificar traços que se aproximam e se distanciam do ideal de integralidade, ou seja, sob a lente desses sentidos levantaremos elementos favoráveis e desfavoráveis para a Integralidade na atenção primária.

Integralidade como boa medicina	Busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa. Abrange as necessidades que emergem como questões relevantes para a qualidade de vida.
Integralidade como modo de organizar as práticas de saúde	Refere-se à articulação da atenção da demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde; articulação entre os diversos níveis de atenção (em suas diversas instâncias e ações).
Integralidade como demandas específicas	Compreende ações em resposta a necessidades específicas de determinado grupo populacional, combinam ações assistenciais com intervenções de outro caráter (legais, jurídicas, econômicas, culturais etc) e a ampliação do horizonte de intervenção sobre os problemas.
Integralidade como construção de projetos de felicidade	Objetiva compreender o que as pessoas buscam nas capacidades instrumentais do serviço e as tecnologias existentes que o serviço possui para ofertar a elas, apoiada nas trocas intersubjetivas operadas nos encontros entre usuários e equipes de saúde.

Quadro 1 - Sentidos atribuídos à noção de Integralidade segundo Mattos (2006) e Ayres (2006)

Mattos (2001) apud Ayres (2006) aponta para a integralidade como algo maior que uma noção, como um conjunto de valores pelo qual vale a pena lutar, uma “imagem objetivo”, que se relaciona a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

A Integralidade é assumida como uma ação social resultante da constante interação dos atores na relação demanda e oferta no plano individual (onde se constroem a Integralidade no ato da atenção individual) e no plano sistêmico (onde se garante a Integralidade das ações na rede de serviços) (PINHEIRO, 2011).

Buscando dialogar com as diversidades e tensões na prática do cotidiano da atenção à saúde, Ayres et al. (2006) definem a integralidade a partir de quatro eixos de relação desse princípio com a organização da atenção à saúde, destacando, portanto, as práticas. Esses eixos agiriam como linhas de força caracterizando a Integralidade como princípio norteador da atenção primária e apresentamo-os a seguir:

- eixo das necessidades: refere-se à qualidade da escuta, ao acolhimento e resposta às demandas de saúde. “O impulso mais importante desse eixo é a sensibilidade e compreensão para demanda e resposta às necessidades que se ampliam à prevenção, correção e recuperação dos distúrbios funcionais do organismo”;

- eixo das finalidades: “trata-se de graus e modos de integração entre as ações de diferentes propostas de atenção à saúde. Tem o sentido de sinergia entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamentos e reabilitação”;

- eixo das articulações: a proposta desse eixo é oferecer condições para a melhor resposta às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada. “Diz respeito aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais, ações intersetoriais”;

- eixo das interações: refere-se às características das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado que envolvem a construção de condições para o diálogo entre os sujeitos participantes.

Assim, podemos dizer que a integralidade constitui um princípio fundamental para que as necessidades em saúde sejam trabalhadas na direção de se atingir as finalidades de um serviço de saúde. Nesse sentido, ela pode ser compreendida, portanto, como a direcionadora das práticas em saúde. Reconhecemos o desafio da dificuldade de se ter uma definição precisa de Integralidade e a dificuldade de sua operacionalização (AYRES, 2009), mas estes não se configuram motivos que diminuam a relevância da integralidade na atenção primária.

Diante das justificativas apresentadas nesta introdução, por meio da relevância da Integralidade apontada pelos sentidos e a relação de fortalecimento dos princípios de equidade

e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) expostos, preocupa-nos o panorama do campo da prática em saúde, o que nos motiva a pesquisa e identificação de traços de Integralidade que poderiam surgir na relação de uma equipe de atenção primária em saúde, que atua segundo o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF), um dos modelos propostos pelo Ministério da Saúde.

2.1 OBJETIVOS

A especificidade da população atendida por uma equipe da ESF em serviço de saúde situada na região Oeste do município de São Paulo, nos chamou a atenção por se tratar de assistência à saúde de uma população de indígenas vivendo em contexto urbano. Com este cenário inquietamo-nos verificar em que medida, poderíamos identificar a atenção integral às necessidades de saúde de uma comunidade indígena assistida na Atenção Primária? Desta forma, tivemos como objetivos de nossa pesquisa:

2.1.1 Objetivo geral

1 Identificar sentidos de Integralidade em relatos de profissionais e de usuários de um serviço básico de saúde que oferece atenção específica à uma população indígena urbana.

2.1.2 Objetivos Específicos:

- 1 Analisar especificidades em ações de saúde oferecidas a indígenas urbanos;
- 2 Contribuir com o campo dos Estudos Culturais ao estudar a dimensão saúde como parte da cultura.

3 O CONCEITO DE NORMALIDADE (EM SAÚDE) E A (IN)VISIBILIDADE DE ELEMENTOS CULTURAIS EM PRÁTICAS DE SAÚDE

Abordamos o conceito de normalidade em saúde no primeiro capítulo desta pesquisa por consideramos que refletir sobre este conceito que fundamenta às práticas de assistência à saúde, é uma oportunidade de ampliar a discussão sobre as práticas de saúde na perspectiva de atenção integral a usuários de serviços de saúde.

Apostamos também na possibilidade de contribuição inovadora que esta reflexão pode representar para o campo dos Estudos Culturais e neste esforço examinamos a interface entre saúde e cultura ao focar duas perspectivas: uma ampla relacionada às práticas de saúde enquanto uma construção cultural; outra específica, relacionada aos aspectos culturais que podem estar presentes no encontro assistencial que acontece entre profissionais e usuários de serviços de saúde.

Tomamos a noção de encontro assistencial, ao considerar as contribuições desenvolvidas por Moura (2012) que analisa processos de comunicação-interação estabelecidos entre médicos e usuários de serviços de atenção básica em saúde no Brasil. Em outras palavras, refletimos sobre as questões que tangenciam o diálogo entre profissionais de saúde e usuários envolvidos na fundamentação da atenção e cuidado em saúde.

Sabemos que determinar o funcionamento normal do corpo a partir de avaliação clínica se faz presente em encontros assistenciais, mas nem sempre é uma prioridade para os usuários dos serviços de saúde. De todo modo, essa avaliação clínica (tal como proposta em o modelo clínico de atenção) se define a partir de critérios de normalidade e anormalidade do corpo e embasam o reconhecimento de necessidades, elaboração de diagnósticos e intervenções¹ que podem resultar em ações prescritivas que restringem ou não o cuidado à saúde ao atendimento às necessidades dos usuários a aspectos estritamente biológicos.

Deste modo, adotamos a perspectiva de que os profissionais de saúde instrumentados pelo modelo clínico de normalidade atuam e buscam verificar o “bom” ritmo do corpo a partir de valores de referências que normatizam o funcionamento do organismo (CANGUILHEM, 2000).

¹ Neste estudo para definir modelo clínico (a idéia de avaliação e intervenção clínica) nos apoiamos nas contribuições oferecidas por Almeida Filho e Rouquayrol (2010), tema apresentado no capítulo 2.

Por outro lado, o encontro assistencial reduzido às ações prescritivas também proporá intervenções com repercussões em dimensões biológica, cultural e social. Em outras palavras neste ponto, reforçamos que o cuidado não se restringe ao ato de prescrever, há outras abordagens embutidas e expressas no encontro assistencial tais como acolhimento e escuta qualificada à demanda dos usuários, orientações de autocuidado e autonomia, e atividades voltadas para a educação em saúde.

Vale dizer que no trabalho em saúde, os profissionais valorizam a prescrição ao buscar efetivar orientações de cuidados podendo se caracterizar em cuidados farmacológicos, integrados a mudanças nos hábitos de vida e até mesmo orientações que se dirigem às relações sociais.

Outro aspecto que podemos agregar a esta reflexão é a elaboração de prescrições e orientações que também acontecem nas atividades dos profissionais entendidos como parte da equipe de saúde². Nesse aspecto, podemos afirmar que o encontro assistencial entre usuários de serviços e cada profissional de saúde, tem como pano de fundo o conhecimento biomédico. No encontro dessa natureza observamos um conjunto de especialidades técnicas que podem repetir ou multiplicar as possibilidades de intervenções e desse modo favorecer ainda mais o fortalecimento do cuidado normatizado.

Considerando o que já apresentamos e admitindo que o encontro assistencial, interativo e ampliado, entre profissional de saúde e usuário pode influenciar na construção de boas práticas de saúde, podemos nos indagar se ações concretas acontecem em serviços?

Encaminhamos essa questão a partir de um exemplo relatado por um profissional que atua em um serviço básico de saúde e exploramos os aspectos que apontamos anteriormente e que reconhecemos como pano de fundo que orienta os encontros assistenciais.

² Neste trabalho utilizamos a noção de equipe tal como desenhado por Peduzzi (2001) que classifica dois tipos polares de equipe. Peduzzi examina o trabalho assistencial dos profissionais que atuam nos serviços assistenciais brasileiros. Vale dizer, esta autora reconhece que equipe integrada atua de modo mais ampliado, o que favorecerá a nosso ver ações e cuidados mais integrativos portanto menos prescritivos, mais dialógicos ou menos normativos.

A seguir destacamos um fragmento de um relato desse profissional de saúde (oriundo de um encontro assistencial com uma usuária indígena). Trata-se de um recorte do nosso material de campo, que além de servir à análise proposta nos objetivos desta pesquisa, utilizamos para elucidar a reflexão à qual nos propusemos. A seguir apresentamos um trecho do relato referido:

E eu falei para ela que ela tinha que parar de fumar porque ela era diabética, hipertensa, e como ela fuma, aumenta muito a chance dela ter um infarto. Então eu falei para ela que ela não podia fumar e expliquei claramente, que olha o que eu estou dizendo, tem muita gente da medicina, tem muita gente que estudou isso, eu estou dizendo, não é porque eu quero ser chata, mas é porque está escrito nos livros, que quem tem diabetes, que quem tem pressão alta, se fumar aumenta muito o risco de infarto. “Ah, mas é diferente do cigarro” é diferente, mas faz mais mal que o cigarro, né, o fumo está comprovado, é científico, não sou eu que estou falando, eu estou dizendo para a senhora, se a senhora quiser escolher e quiser continuar fumando a senhora pode escolher, porque a senhora que manda na senhora, eu estou aqui para informar, eu não estou aqui para mandar a senhora fazer isso, para obrigar, a senhora pensa na casa da senhora. Nossa... desse jeito, eu falei para ela, aí ela falou que ela nunca mais ia conseguir dormir porque ela ia parar de fazer as obrigações dela, que os rituais eles chamam de obrigações, que isso... Mas aí eu discuti no ambulatório do índio, eu falei que como médica, é minha obrigação falar para as pessoas o que faz mal e o que não faz mal, e eles como pacientes tem a obrigação de escolher o que eles querem e o que eles não querem fazer e que eu não ia deixar de falar nunca impondo, mas sempre orientando, né? (profissional de saúde).

Neste caso o profissional de saúde expressa as repercussões do encontro assistencial entre ela e uma usuária indígena benzedeira na comunidade. Com a leitura do relato percebemos um mal-estar resultante desse encontro, manifestado como um desalinhamento na identificação de fatores de risco clínico a serem abordados na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de agravos à saúde.

Este exemplo pode ser bastante usual se considerarmos a atenção à saúde no contexto urbano de uma grande região metropolitana como a de São Paulo, incluído a diversidade de diferentes classes sociais, religiões, migrantes regionais, grupos étnicos como os dos indígenas (que são os sujeitos desta pesquisa). Esses indivíduos compreendem as noções de saúde- doença e do cuidado em saúde de modo específico cujas diferenças advém das diferenças socioculturais.

Para nos aproximarmos dessa complexidade buscamos nos alinhar a autores que atribuem diferentes sentidos à ideia de Integralidade como referido na introdução deste estudo.

Fazendo um exercício para pensar a interface entre saúde e cultura, extraímos do fragmento acima elementos culturais que podem permear a interatividade entre profissionais e usuários de serviço de saúde. Apresentamos a seguir:

a) a noção de normalidade na abordagem individual na racionalidade biomédica – “(...) está escrito nos livros, que quem tem diabetes, que quem tem pressão alta, se fumar aumenta muito o risco de infarto (...)”;

b) a normalidade para os serviços de saúde – “(...) ela era diabética, hipertensa, e como ela fuma, aumenta muito a chance dela ter um infarto. Então eu falei para ela que ela não podia fumar (...)”;

c) papel social do profissional de saúde – “(...) como médica, é minha obrigação falar para as pessoas o que faz mal e o que não faz mal”;

d) papel social da indígena na comunidade – “(...) ela nunca mais ia conseguir dormir porque ela ia parar de fazer as obrigações dela, que os rituais eles chamam de obrigações (...)”;

e) especificidades culturais de um grupo específico – “[(“Ah, mas é diferente do cigarro”)]”;

A nossa abordagem nos permite apontar que a visibilidade ou a invisibilidade desses elementos nas ações de saúde não estão relacionadas apenas ao quanto as especificidades culturais são consideradas ou não (“silenciadas” ou não “silenciadas”) na interação entre profissionais de saúde e usuários (por exemplo, se os indígenas praticam algum ritual específico ou se possuem regras alimentares distintas) no encontro assistencial. Assumimos que compreender as concepções culturais dos indígenas é também compreender a construção das concepções que fundamentam nossas práticas de saúde compostas na mesma cultura, ou seja, trata-se de observar um cuidado que reflete encontros menos ou mais interativos.

Continuamos a discussão sobre a construção cultural da noção de normalidade tomando como referência Martins (2004). Segundo o autor, as transformações da concepção de corpo ao longo da história teriam construído a valorização da interferência do homem na natureza e a submissão dessa natureza à razão, ou seja, dominar e controlar a natureza a favor dessa razão. Defendemos que o corpo biológico não existe em si, vale dizer, existe como uma abstração.

Neste sentido, se cunha a ideia Ocidental de corpo ideal e de saúde ideal. Isso legitima o culto a um corpo puramente orgânico e físico, um corpo “mecânico”, que desta maneira se torna passível de ser “consertado”.

Após os séculos XVII e XVIII, fisiologistas e médicos cientistas procuravam em suas pesquisas pela definição do grande ritmo regulador e conservador dos organismos, isento de perturbações externas que tirassem tais ritmos de sua “perfeita” sincronia (CANGUILHEN, 2000).

Entre esses pesquisadores, destacamos o fisiologista Claude Bernard por seus experimentos clínicos e pelas suas publicações marcantes no campo da fisiopatologia (século

XIX). Para Claude Bernard a saúde seria medida pela funcionalidade do organismo e teria um padrão de normalidade que referenciaria a clínica médica nas intervenções, na medicalização e na prevenção precoce de fatores de risco para o bom funcionamento do organismo. “É a partir de Claude Bernard que a fisiologia, que aparece assim como fundamento para uma clínica, irá se orientar a partir dos postulados de uma anatomia patológica” (SAFATLE, 2011).

“Essa experiência clínica exige que o normal esteja assentado em um campo mensurável acessível à observação” (CANGUILHEN, 2002 apud SAFATLE, 2011). Em contraponto aos critérios que determinam o padrão de normalidade proposto por Claude Bernard quanto a “fixidez do meio interno”, Canguilhem (2000) expõe a ideia de que a saúde não se define pela média nem por um ideal, mas por sua plasticidade normativa. Ou seja, a média e o ideal são normalizadores, isto é, morais, impõem uma norma de conduta, de fora para dentro, do universal sobre o singular.

Com isso, concordamos com Canguilhem (2000) e Menna-Barreto (2004) sobre obter médias a partir de grupo de pessoas submetidas às condições de menor estímulo externo possível, em uma situação experimental e ideal, pode ser tão reducionista quanto avaliar a saúde de um indivíduo apenas por meio da verificação de oscilações nos resultados de exames (em relação a valores médios ou de referência). Essa proposta é uma “redução simplificadora dos sistemas fisiológicos” e não se estende para além da discussão de números na avaliação do funcionamento do corpo. Não considera a relação criada e vivenciada do indivíduo em relação ao meio inserido.

Segundo Canguilhem (2000) saudável é o indivíduo que tem a capacidade para incorporar normas diferentes das até então vigentes, e até mesmo normas patológicas sem se perder a capacidade de ação (plasticidade normativa). Então, podemos estar enfermos (etimologicamente ‘não firmes’) e ainda assim capazes e saudáveis em diversos outros aspectos de nossa vida ou atividade. Podemos estar fora da média, dos ideais culturais de saúde, mas capazes, ativos. Para o autor “a doença é tão natural quanto a saúde. A doença não é a corrupção da natureza” e a frequência estatística não traduz apenas normatividade vital mas também uma normatividade social: “um traço humano não seria normal por ser frequente, seria frequente por ser normal.”

Em um segundo plano, na dimensão da coletividade (grupos ou populações), isto é, quando nos referimos à Saúde Pública, as ações oferecidas em serviços de saúde são organizadas para uma maior integração entre as áreas de prevenção e controle de doenças. As investigações epidemiológicas contribuem para a priorização dessas ações e também

consideram critérios de normalidade e anormalidade para a distribuição e ocorrência de doenças (BRASIL, 2008).

Assim sendo, a frequência normal e anormal de distribuição e ocorrência de eventos ou problemas de saúde observados pelos epidemiologistas em grupos populacionais é apresentada de três formas: normal como comum, anormalidade associada com doença, anormal como tratável (BONITA et al., 2010).

Na perspectiva “normal como comum”, definem-se como normal os valores de maior frequência na população. O limite da normalidade é assumido por um ponto de corte arbitrário na distribuição das frequências (dois desvios padrões para cima, dois desvios padrões para baixo). Aquilo que ultrapassar esse limite é considerado anormal, ou seja, a definição de anormalidade aqui é operacional (estatística) e não é utilizada uma base biológica para o ponto de corte arbitrário (BONITA et al., 2010).

A “anormalidade associada com doença” baseia-se nas distribuições das medidas para pessoas doentes e saudas. Busca-se definir um ponto de corte que claramente separe esses dois grupos, geralmente essa comparação demonstra uma considerável sobreposição, nesse caso o ponto de corte entre esses dois grupos é claramente impossível porque sempre haverá pessoas saudas no grupo doente.

Por último o “anormal como tratável”, define critérios para normalidade a partir de ensaios clínicos randomizados controlados, que indicam o nível a partir do qual o tratamento faz mais bem do que mal.

O que queremos trazer ao apresentar essas formas de distinguir os resultados da distribuição de variáveis é que a epidemiologia é uma das disciplinas que sustentam a implantação de algumas ações oferecidas ao coletivo, por exemplo, ao se definir programas como o Programa de imunização da população indígena; campanhas, tais como as de antitabagismo; exames de rastreamento de doenças (como a rotina de mamografia e Papanicolau), protocolos de notificação para doenças transmissíveis e condutas frente à incidência e prevalência de casos tanto de doenças crônicas como doenças agudas e transmissíveis, tendo em vista os critérios de normalidade que citamos (esta discussão será desenvolvida no capítulo seguinte).

Destacamos como uma repercussão das intervenções propostas a partir dos modelos de saúde na população normatização dos hábitos de vida por meio da prescrição do que podemos ou não fazer, em que medida fazer, por exemplo, qual frequência devemos dormir, comer e praticar atividades físicas.

Outro ponto que destacamos no fragmento exposto corresponde ao papel do profissional e do usuário do serviço de saúde com especificidades culturais. Neste nosso recorte, apontamos para uma possível medicalização na abordagem assistencial em geral.

Martins (2004) expõe um desencadeamento de ideias no qual nos apoiamos para exprimir a interatividade entre profissional e usuário. A partir de sua interpretação de Michel Foucault (1979) critica a relação médico–paciente no sentido de submissão a uma “tutela”, de modo por vezes incondicional – “Uma situação temporária de abdicação de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, e, sobretudo, vivencial de si mesmo”. Essa intervenção e controle biomédico se fortaleceriam pela crença na “verdade científica”. Tal verdade seria uma espécie de álibi para o exercício de poder sobre o paciente e para a prescrição como se fosse um processo necessário, inevitável e natural.

Ao pensarmos na direção apontada pelo autor, assumimos que a normatização em serviços de saúde envolve ações que enfatizam valores morais e cuidados restritos às prescrições e, desse modo, podem restringir a capacidade dos usuários para entender o que está em jogo em suas necessidades e dificultar a busca por obtenção de uma saúde mais efetiva e assim aumentar sua potência de agir e de viver.

No nosso exemplo, a cultura emerge no encontro assistencial entre o profissional e o indígena representando um desafio para a realização de ações integrais em saúde.

O modelo biomédico ancorado na explicação biológica do corpo fornece o pano de fundo da qual se prescrevem comportamentos, assim como fornecem as potencialidades da formação e desenvolvimento humano. Porém é na cultura compartilhada pelos indivíduos formadores de uma sociedade que essas potencialidades se tornam atividades específicas, diferenciadas e simbolicamente inteligíveis e comunicáveis. A cultura organiza o mundo de cada grupo social segundo a sua lógica própria: compartilham, comunicam e replicam suas formas, instituições e os seus princípios e valores culturais (LANGDON e WIIK, 2010).

Nossa intenção neste capítulo foi refletir sobre questões e assim propor abertura de caminhos na direção de ações e atenção integral em saúde. Tratamos de não propor um novo modelo assistencial, muito menos de abandonar o modelo biomédico, mas oferecemos reflexões que buscam fundamentar a discussão da possibilidade de organizar ações integrais em saúde, como já propusemos na introdução deste trabalho. Nessa mesma linha, buscamos apontar outras racionalidades embutidas na abordagem da relação saúde–doença e que contribuem para a construção das noções de normalidade nas práticas efetivas de serviços de saúde.

Deste modo, tendo marcado esta discussão, passamos para a revisão dos modelos de saúde-doença que orientam a organização das ações nos serviços de saúde, tendo como eixo condutor a noção de Integralidade já apresentada. Vale-nos então, ao final desse capítulo, lembrar as palavras de um indígena da região do Xingu que conhecemos em nossa trajetória profissional e que nos inspira diversas reflexões neste estudo: “cultura é uma coisa tão grande que nem percebemos que estamos dentro dela”.

4 MODELOS DE SAÚDE-DOENÇA, SAÚDE COLETIVA E INTEGRALIDADE

Nossa ênfase neste capítulo recai sobre a prática em serviços de saúde, e os principais modelos que no campo da epidemiologia buscam explicar o processo saúde–doença (a partir do conhecimento biomédico) e que orientam a oferta de ações em serviços de saúde.

Consideramos que a saúde deve ser compreendida em um sentido mais amplo do que o que designa a “mera ausência de doenças”. Concordamos que saúde se trata de um elemento da qualidade de vida e do direito social, tal qual a definição do termo “saúde” descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1946) como “completo bem-estar biopsicossocial”. Ainda sim, mesmo esclarecido o sentido ideal do termo, que amplia a compreensão de saúde como ausência de doença, há outras descrições postas em uso pelos sistemas vigentes.

Há descrições/aplicações positivas do termo “saúde” como, por exemplo, a que abarca o sentido de sua promoção, que situa “saúde” como um desdobramento da qualidade de vida, considerando assim condicionantes e determinantes mais amplos, os quais o aparato biomédico não consegue modificar (condições de habitação, violência, trabalho, entre outros) (BRASIL, 2010). Neste sentido, afirmamos que o conhecimento biomédico é insuficiente para sustentar a perspectiva ampliada da saúde.

Dessa forma, partimos da premissa que o processo de saúde–doença é marcado por um conjunto de relações e variáveis (do universo biopsicossocial) que produz e condiciona o estado de saúde da população, se modificando historicamente e com o desenvolvimento científico da humanidade (ALMEIDA et al., 1998).

Para a revisão dos principais modelos do processo saúde–doença utilizamos como base uma disciplina tradicional na área da Saúde, a epidemiologia.

Historicamente pode se dizer que há 2000 anos Hipócrates já havia iniciado observações sobre ocorrências de morbididades na população. No entanto, é a partir do século XVII que a epidemiologia começa a se desenvolver na prática, a tomar dimensões mais formais e, mais adiante se define como uma disciplina (ALMEIDA FILHO, 1986; BONITA et al., 2010).

Segundo Almeida Filho (1986) a primeira vez que uma doença foi quantificada com o propósito de ser controlada e eliminada ocorreu na França, no século XVII, por meio de estudos veterinários organizados pela Academia de Medicina de Paris (também fundadora da Clínica Moderna) sobre a mortalidade de rebanhos ovinos.

Para a epidemiologia, o foco é a coletividade humana. Pode se dizer que a epidemiologia é definida como “o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde” (LAST, 2010 apud BONITA et al., 2010).

A incidência e a prevalência de doenças juntamente com o conceito de susceptibilidade (risco) são indispensáveis para o estudo da distribuição das doenças. Assim como os determinantes de saúde, que definidos como fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais, interferem na manutenção da saúde ou na instalação da doença no indivíduo.

Através desse conjunto de elementos é possível pensar modelos de saúde-doença a partir da sistematização das multicausalidades do processo saúde–doença que contribuem para elaboração de medidas para melhorar os indicadores de saúde e a promoção da saúde (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2010; BONITA et al., 2010).

Desta forma, apresentamos os modelos Biomédico, Processual, Sistêmico e Sociocultural.

O Modelo Biomédico sistematiza o processo saúde–doença sobre duas perspectivas; a clínica que privilegia uma abordagem terapêutica de sinais e sintomas; e a patológica que valoriza o mecanismo causador da doença.

Esse modelo traz como conceito de saúde a “ausência de doenças” e a doença como uma “ideia de perturbação do organismo vivo”. Seja por um agente que entra no organismo ou no caso de uma infecção, como no tempo de exposição entre agentes externos - internos (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2010).

No âmbito coletivo, com base na medicina social, o modelo biomédico tem embasado ações de vigilância nos serviços de Saúde e são consideradas prioridades em casos de surtos se sobressaindo à abordagem crônica. Imaginemos uma situação em que o paciente procura pelo serviço de Saúde com queixas de fraqueza, emagrecimento, tosse e febre. Esse quadro imediatamente levaria o profissional de Saúde a caracterizar um quadro infeccioso, intervindo com cuidados imediatos para a recuperação dos sinais e sintomas agudos. Em seguida, investigaria à procura do agente causador da infecção, assim como levantaria outros possíveis indivíduos susceptíveis ao contágio.

Entretanto é possível destacar limites significativos neste modelo. O modo como se prevê o processo de saúde–doença é eficiente para tratar de casos em que exista a possibilidade de transmissão e contágio entre indivíduos; e contribui imensamente para programas e ações de controle de doenças na população. Porém, mesmo eficiente nessa esfera, ele não tem abrangência integral, não abarca a percepção de elementos como o

desenvolvimento das doenças mentais ou mesmo doenças oriundas de outra concepção cultural (como ocorre relacionado aos indígenas).

Para as doenças não infecciosas, ou seja, as doenças crônicas, outro modelo descrito pelos autores é o modelo Processual ou da História Natural da Doença (HND) que trabalha em cima de métodos de prevenção e controle de doenças e problemas de saúde. Neste modelo o processo saúde-doença é caracterizado por etapas de pré-patogênese, patogênese e resultado.

A fase pré-patogênese é a etapa das relações (externo-interno), da exposição aos fatores destacados acima, enquanto a fase patogênese é o estágio em que se iniciam as primeiras alterações no sujeito afetado. Uma vez que os processos patológicos estejam em desenvolvimento, podem: evoluir e resultar em cura; tornarem-se crônicos; deixarem sequela e até mesmo evoluir para a morte (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2010). No meio externo, fatores físicos, químicos, biológicos, sociais, políticos e culturais influenciam as etapas de determinação da doença, levando ao aparecimento de alterações desfavoráveis. Assim podem, então, evoluírem aliados a doenças. Como exemplo dessas interações, podemos citar pesquisas epidemiológicas que apontam para a incidência de casos de obesidade, diabetes e hipertensão em algumas etnias indígenas no Brasil (possivelmente relacionadas a mudanças no padrão de dieta e atividade física associadas ao trabalho remunerado; maior acesso às cidades; redução territorial; e distanciamento das atividades de caça, pesca, coleta e agricultura (GUGEIMIN e SANTOS, 2001). Tal modelo permite a abordagem de níveis de atenção compatível com a fase do processo.

Refletir acerca da atenção primária, secundária e terciária em termos de saúde nos aproxima, em partes, do Modelo Processual, posto ser essencial apontar a abordagem adequada em cada etapa do modelo/processo: na fase de pré-patogênese entram as atividades de prevenção e promoção da saúde da atenção primária; na fase de patogênese estão as atividades de tratamento e ambulatoriais do nível secundário; na terceira fase, de resultados, se buscarmos analogia à detecção das sequelas e/ou danos permanentes dos agravos, encontramos o potencial de reabilitação e recuperação do nível terciário de atenção.

Sob nossa perspectiva, a limitação deste modelo é a dependência de uma boa articulação entre os diferentes níveis de atenção e um fluxo de referência e contrarreferência bem estabelecido. Pensar no processo de adoecimento da população neste modelo também requer articulação entre os elementos que se relacionam com a vida do indivíduo tais quais seu meio ambiente, trabalho, educação, equipamentos sociais, ou seja, articulação interssetorial.

Desta forma, o terceiro modelo, nomeado Modelo Sistêmico, considera a relação de todos os elementos existentes entre si, como um ecossistema incluindo todos os seres vivos e inanimados, de tal forma que a alteração de uma causa, muda o estado das demais quantitativa ou qualitativamente. A eclosão de uma epidemia estaria, nesse modelo, ligada a quebra no equilíbrio desse ecossistema (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2010).

De acordo com Bonita et al. (2010), esse modelo define o ambiente de uma forma mais ampla, permitindo a inclusão de qualquer fator biológico, químico, físico, psicológico, econômico e cultural que possa afetar a saúde. Os autores mencionam que “o comportamento e o estilo de vida são de grande importância nessa conexão, e a epidemiologia é cada vez mais usada para estudar a influência e a possibilidade de intervenção preventiva através da promoção da saúde”. Apesar da amplitude que esse modelo integra, observamos que ele não trabalha com a experiência do indivíduo em relação ao seu adoecimento. A inclusão dessa característica será abordada no Modelo Sociocultural, que traz como diferencial a perspectiva de observar a doença como associação da enfermidade com a moléstia.

Almeida Filho e Rouquayrol (2010) trazem autores de alguns modelos socioculturais como Field (1976.): A enfermidade “não implicaria simplesmente uma condição biologicamente alterada, mas também um estado socialmente alterado que pode ser visto tanto como desviante quanto como (normalmente) indesejável”.

Outra referência é a proposta por Young (1980) apud Almeida Filho e Rouquayrol (2010), que apresenta o termo Enfermidade–Doença–Moléstia: “As práticas médicas revelaram um importante componente político e ideológico, estruturando-se com base em relações de poder, que justificam uma distribuição social desigual das enfermidades e dos tratamentos, bem como as suas consequências.”

Os modelos mencionados orientam a organização das práticas de Saúde para um conjunto de intervenções que abordam a multicausalidade do processo de adoecimento. Essa multicausalidade abrange agentes condicionantes e determinantes sociais da saúde. Para a compreensão da complexidade desses agentes, profissionais e pesquisadores que se ocupam com a área da Saúde têm buscado dialogar com disciplinas das ciências sociais e humanas em uma perspectiva crítica e reflexiva. Esse movimento de articulação com os diferentes saberes tem construído o campo da Saúde Coletiva (PAIM, 1998).

Desta forma a Saúde Coletiva, segundo Paim (1998), é um movimento ideológico comprometido com as transformações sociais e dialoga entre os paradigmas das ciências. Olha para o objeto saúde–doença–cuidado considerando sua história e Integralidade.

Já para Carvalho (2005) a Saúde Coletiva surge com o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico. Os novos desafios sociopolíticos e culturais das últimas décadas impulsionaram novas formulações sobre o pensar e o fazer. Essas mudanças se desencadearam a partir da segunda metade do século XX (com o fim da II Guerra Mundial), pelo processo de globalização que se iniciou e interferiu na economia, política, a cultura e a sociedade. Em um contexto global de transformações profundas é impossível que não apareça nenhum conflito, as macro mudanças geraram questionamentos sobre o que se fazia ou se pensava anteriormente. Nesse estranhamento novas formas foram se desenvolvendo (PAIM, 1998).

Esses questionamentos contribuíram para a visibilidade das questões ambientais, étnicas e das desigualdades sociais. Todas elas afetadas pelo processo de globalização aliado à expansão desenfreada do capitalismo, pela degradação ambiental e desigualdades sociais geradas com o crescimento acelerado e desorganizado das cidades. Este último fator em destaque provocou, entre outros sintomas, o surgimento das favelas, levantando-se discussões pelos direitos humanos, pela cidadania e pela democracia. A relação sociedade e Estado define em cada conjuntura as ações e como lidar com as necessidades e os problemas de saúde (PAIM, 1998).

Calcado neste debate, o movimento da Saúde Coletiva presente no Brasil e na América Latina (NUNES, 2008), por seus similares processos de desenvolvimento e História apresentam demandas emergentes econômicas, sociais e políticas semelhantes.

A Saúde Coletiva, apesar de não ter condições de se constituir como um novo paradigma, consolida-se num campo científico dinâmico de práticas, aberto à incorporação de propostas inovadora. Um campo interdisciplinar de diálogo entre a epidemiologia, o planejamento/administração de Saúde e as ciências sociais a ela vinculadas para o desenvolvimento de atividades que visem investigar o estado sanitário da população, as políticas públicas de Saúde, a relação entre os processos de trabalho e agravos à saúde, pensando em intervenções para grupos e classes sociais. Poderá ainda dialogar com disciplinas complementares como a estatística, a demografia, a geografia, a clínica, a genética, as ciências biomédicas básicas, entre outras, fundamentando práticas transdisciplinares, multiprofissionais, interinstitucionais e transeitoriais (PAIM, 1998).

Empregando tais definições, este campo de conhecimento nos ajuda a reconfigurar o objeto saúde alimentando uma *práxis* em permanente processo de autocriação, marcada pelos seus efeitos concretos sobre a realidade de Saúde, em vez de refletir mera produção e incorporação de tecnologia.

Ao inserirmos este conceito nas estratégias para as ações em Saúde, a aproximação com a Saúde Coletiva permite melhor qualificar o conjunto de necessidades sociais em Saúde, entendendo-as como “ideais de saúde”, ou seja, como meta a ser conquistada, como um bem que se adquire através dos conflitos e da luta de classe e assim pensarmos os diferentes meios e atividades para atendermos essas necessidades (PAIM, 1998).

Para que as ações em saúde atendam à complexidade das necessidades sociais é importante instaurar novas relações técnicas e sociais orgânicas a tais práticas no campo social da Saúde, envolvendo outros setores como da comunicação social, da educação, departamentos da prefeitura, organizações não governamentais e desta maneira investir política e tecnicamente nos espaços institucionais abertos, “na medida em que, as necessidades de saúde são socialmente determinadas, as práticas de Saúde Coletiva são redefinidas tendo em conta o desenvolvimento dos seus instrumentos de trabalho e a instauração de novas relações internas ao campo da Saúde” (PAIM, 1998).

A ideia de Integralidade, fio condutor de nossa pesquisa, é questão de discussão no campo da Saúde Coletiva. Enquanto noção de resposta ampliada às necessidades de Saúde, ainda representa desafios significativos acerca de uma maneira eficaz de torná-la efetiva na prática.

Desse modo, a partir de nosso objeto de pesquisa nos propomos refletir sobre ações integrais de saúde no âmbito da atenção primária, que apresentam necessidades complexas e específicas de saúde desde questões da cultura indígena e o sistema tradicional de cura até a atenção à saúde dessa população em contexto urbano. Destacamos ainda que não se trata de qualquer cenário urbano, mas mundo estamos nos referindo às dificuldades de atenção Integral em contexto metropolitano.

Nesta expectativa consideramos as dimensões das práticas de Saúde Coletiva relacionadas ao estado de saúde da população, aos serviços de Saúde e ao saber sobre Saúde. Tais dimensões configuram ferramentas essenciais para compreendermos a complexidade de nosso objeto – objeto este que busca contemplar esta expectativa mirando a Integralidade, desde a organização desse estudo às discussões surgidas no decorrer desta pesquisa. Conhecer, compreender e discutir sobre as características do grupo populacional indígena, especificamente da etnia Pankararu, a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas e os serviços de Saúde “diferenciados” ofertados a essa comunidade contribui para identificarmos potencialidades de se realizar ações integrais. Ao mesmo tempo, nos instrumentaliza a pensar desafios e estratégias de se efetivar tais ações em saúde.

5 OS INDÍGENAS NO BRASIL E A ETNIA PANKARARU

Segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), de modo geral, a população indígena no Brasil em 2010 correspondia a 817.000 indivíduos, um número quase três vezes maior se comparado aos dados colhidos no ano de 2000 (306.849 indígenas). Distribuída entre as 4.774 aldeias que ocupam 107.000 hectares de terra (12,6% do território nacional), a população indígena brasileira ainda está presente em 438 municípios de pequeno e médio porte (11% acima de 80 mil habitantes; 50% acima de 20 mil habitantes) (SESAI, 2010).

Atualmente há ciência de 220 etnias indígenas, porém, em nosso trabalho vamos nos deter ao estudo da etnia indígena Pankararu. Especificamente de um grupo considerável de famílias que migrou do interior do estado de Pernambuco para a cidade de São Paulo a partir da década de 40, em uma verdadeira diáspora (ARRUTI, 2005).

No entanto, antes de destacarmos as características desse grupo específico e suas particularidades de organização em contexto urbano, é importante apontarmos qual a definição de indígena que adotamos em nossa pesquisa, assim como apresentarmos um panorama sobre a situação atual de distribuição dos povos indígenas no território nacional. Desta forma, melhor situamos o grupo étnico ao qual nos referimos dentro de toda diversidade cultural existente no universo dos povos indígenas.

Primeiramente, existem algumas terminologias para nomearmos a população nativa, tais como “índio”, “indígena”, “aborígene”. Alguns países como a Austrália utilizam-se do termo “aborígene”. Em nossa pesquisa adotamos a terminologia “indígena” por concordar com o antropólogo Castro (2005), que define a palavra índio como decorrente do equívoco histórico dos primeiros colonizadores, que, ao chegarem às Américas, julgaram estarem na Índia. O uso continuado, até mesmo por parte dos próprios índios, fez desta palavra um sinônimo da expressão “indivíduo indígena”.

Encontramos definições para o indígena segundo critérios autóctones, culturais e da relação/integração com o espaço em que vivem. Por exemplo, a definição oriunda do Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa define “indígena” (ou aborígene) como aquele “originário de determinado país, região ou localidade; nativo”

Para a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão indigenista oficial do Estado brasileiro, permanece em vigor a definição baseada na elaboração do antropólogo brasileiro Darcy Ribeiro na década de 50 a partir de discussões ocorridas no II Congresso Indigenista

Interamericano, no Peru, em 1949. Por sua vez, a Lei nº 6.001, promulgada em 19 de dezembro de 1973, conhecida como Estatuto do Índio, estabelece em seu Art. 3º as seguintes definições:

I - Índio ou Silvícola - É todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional;

II - Comunidade Indígena ou Grupo Tribal - É um conjunto de famílias ou comunidades índias, quer vivendo em estado de completo isolamento em relação aos outros setores da comunhão nacional, quer em contatos intermitentes ou permanentes, sem, contudo estarem neles integrados. (Estatuto do Índio, 1973, Art.3º).

Na elaboração do Estatuto do Índio (Lei Nº 6.001, 1973), além de definir o termo “indígena”, classificou-o segundo sua integração processual à sociedade brasileira como “relativamente capazes” de acordo com o princípio do Código Civil de 1926, que considerava necessária a tutela dos indígenas pelo Estado. Porém, a Constituição Federal de 1988 abandona essa perspectiva assimilacionista e o reconhecimento da capacidade civil, mas mantém a responsabilidade da União sob os direitos e o respeito aos indígenas (como o reconhecimento do direito de manterem sua própria cultura, ou seja, a tutela de pessoas passa para a tutela de direitos). Desta forma, relacionado à integração dos indígenas à sociedade brasileira, o Estatuto do Índio (Lei Nº 6.001, 1973) estabelece em seu Art. 4º:

I - Isolados - Quando vivem em grupos desconhecidos ou de que se possuem poucos e vagos informes através de contatos eventuais com elementos da comunhão nacional;

II - Em vias de integração - Quando, em contato intermitente ou permanente com grupos estranhos, conservem menor ou maior parte das condições de sua vida nativa, mas aceitam algumas práticas e modos de existência comuns aos demais setores da comunhão nacional, da qual vão vez mais para o próprio sustento;

III – Integrados - Quando incorporados à comunhão nacional e reconhecidos no pleno exercício dos direitos civis, ainda que conservem usos, costumes e tradições característicos da sua cultura (Estatuto do Índio, 1973, Art.4º).

No Novo Código Civil (2002) retiraram-se os indígenas da categoria de “relativamente incapazes” e a regulação da capacidade dos indígenas foi disposta a uma legislação especial. Uma proposta de reformulação intitulada como Estatuto das Sociedades Indígenas e não mais Estatuto do Índio encontra-se em tramitação desde 1991, quando foi aprovada por uma comissão especial da Câmara dos Deputados (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL; BRASIL, 1991).

Quanto à definição da “identidade indígena” em uma abordagem internacional, estabelecida às comunidades, aos povos e às nações indígenas, encontramos na Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento de 1986, redigida pela Organização das Nações Unidas (ONU)¹ como aqueles que, além das questões autóctones citadas, estão decididas “a conservar, a desenvolver e a transmitir às gerações futuras seus territórios ancestrais e sua identidade étnica, como base de sua existência continuada como povos, em conformidade com seus próprios padrões culturais, as instituições sociais e os sistemas jurídicos”.

Entre os povos indígenas alguns critérios de autodefinição são os mais aceitos, embora não sejam únicos e nem excludentes ao conjunto dos demais elementos que constituem a identidade indígena. Consideram além da continuidade histórica com sociedades pré-coloniais e a vinculação com o território, as características específicas bem definidas de seus sistemas sociais, econômicos e políticos. Também a língua, cultura e crenças definidas; identificar-se como diferente da sociedade nacional e a vinculação ou articulação com a rede global dos povos indígenas (LUCIANO, 2006).

Apresentamos tais definições com a finalidade de esclarecermos quais critérios tomamos como referência em nossa pesquisa. Compreendemos o processo histórico que abarca a construção da definição do indígena tal qual segue instituído nas políticas indigenistas da FUNAI. Entretanto, concordamos com Luciano (2006) quanto à definição aceita pelos povos indígenas e a consideramos como ideal, a que melhor expressa os aspectos constituintes da identidade indígena.

Em relação à integração e às transformações possíveis na organização e distribuição dos povos indígenas no território nacional, podemos pensar no indígena “integrado” e vivendo no contexto urbano (destacaremos mais detalhes adiante).

Os indígenas que deixaram sua aldeia de origem para viverem em outros territórios, tais como as cidades, são referidos pela FUNAI como indígenas “desaldeados”. Porém nossa opinião é que ao se utilizar tal termo é transmitida erroneamente a ideia de perda da identidade indígena pelo simples fato de o indígena estar situado fora de seu território de origem.

¹As declarações da ONU não são obrigatórias; no entanto, representam o desenvolvimento dinâmico de normas legais internacionais e refletem o comprometimento dos Estados a se moverem em certas direções, regidos por princípios comuns.

Desta forma, Oliveira (2000) apresenta duas terminologias: “índios urbanos” e “índios citadinos”. O primeiro refere-se aos indígenas que estão fixados na cidade e formam pequenas “aldeias” no espaço urbano; a segunda denomina aqueles que entram em contato com as cidades, mas não se fixam de forma permanente, mesmo que permaneçam nela por um período mais prolongado na cidade.

No caso da etnia Pankararu da favela do Real Parque, nossa população de estudo, optamos pelo termo “índios urbanos” por seu significado ser aplicado mais adequadamente às características da comunidade e por não transmitir uma conotação negativa como em “desaldeados”.

Ainda no reconhecimento da identidade indígena em contexto urbano, o antropólogo Albuquerque (2010) se refere a três categorias paradigmáticas envolvidas na questão da autenticidade dos Pankararu em geral, mas que afeta específica e intensamente aqueles residentes em São Paulo. Essas categorias, que poderiam ser pensadas também para outros grupos indígenas, viriam via distinção aplicada a esses índios da cidade usando os termos “assimilados”, “aculturados” e “desaldeados”.

Tal definição traz, conceitualmente: os assimilados –, aqueles que supostamente não têm um fenótipo indígena característico dos povos nativos devido seu contato com outros grupos étnicos e escravos fugitivos; os desaldeados – os que, por supostamente parecerem auto exilados nas cidades, teriam abdicado voluntariamente da “proteção” do poder tutelar e não se utilizam mais da assistência dos órgãos públicos destinada aos “aldeados”; os aculturados – os que não conhecem seu “idioma ancestral”.

Essas três categorias podem contribuir para o preconceito a que os Pankararu estão vulneráveis na cidade, assim como cooperam quanto à permanência de estigmas fenotípicos, tal como “cara de índio”; linguísticos, como, por exemplo, “idioma ancestral”; e de cunho político-administrativo, como se reflete no que toca o isolamento e distância temporal/espacial (ALBUQUERQUE, 2010).

O pesquisador Palitot (2008) aponta que durante muito tempo as situações de urbanização dos indígenas foram vistas como processos de desagregação e ruptura com ordens culturais anteriores. Há uma larga tendência de dicotomia entre índios puros e aldeados *versus* índios aculturados e desaldeados.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que o contexto urbano, de fato, pode apresentar desafios (de sobrevivência, ligados a preconceitos e fatores de invisibilidade social do indígena, além do risco que correm aos direitos garantidos a essa parcela da população), a

convivência na cidade não pode ser considerada radicalmente apenas como um processo de perda.

Fredrik Barth (1998), expõe que as identidades étnicas não dependem da ausência de mobilidade, isolamento e da falta de informação; ele afirma o contrário: que a interação entre grupos diferentes pode ser um fator definidor de identidades distintas e não um pretenso causador de seu desaparecimento, mudança ou aculturação:

As cidades são signos de dominância sobre um espaço geográfico: sua tomada ou ocupação por uma língua, que se torna veicular, vale pelo domínio sobre os nós de comunicação que a cidade controla, pela sua capacidade de impor, sobre o campo, seus hábitos linguísticos, pelo grau de sofisticação desta comunicação (...). Dominar a cidade é, assim, a operação de constituição de uma dupla hegemonia e talvez signifique mais como dominação do campo subordinado ao núcleo urbano que propriamente pelas relações internas aos muros da urbe. Para além dessa dominância, porém, (...), a urbanização pode ser um dos elos na constituição de redes territoriais ou de territórios reticulares, na definição de Haesbaert, instrumentos modernos e eficientes para a articulação política das minorias étnicas (OLIVEIRA, 2000, p.7).

Desta forma, a organização política e a luta nas cidades pelo reconhecimento de sua identidade e de seus direitos, gera um pertencimento étnico na qual pode ser fortalecido no espaço urbano. Para Oliveira (2008), a cidade é um território de luta na qual a visibilidade dos índios urbanos, sua capacidade de articulação com as esferas públicas junto à população das aldeias permitirá um processo de manutenção das fronteiras étnicas, estratégia importante e até fundamental para a sobrevivência política e econômica dos índios na relação com a “sociedade nacional”.

5.1 DEMOGRAFIA DOS POVOS INDÍGENAS

Em seguimento à nossa discussão sobre os indígenas em contexto urbano e os fatores de desagregação ou de fortalecimento impactantes na identidade indígena, questionamo-nos sobre qual parcela deste grupo populacional estaria vivendo nas cidades. Para responder a esta questão e destacar o quanto esta discussão é relevante, buscamos informações que possibilitassem uma leitura interessante sobre esta nova configuração na distribuição dos indígenas. Apesar do título abrangente deste tópico, nos ocupamos em apresentar dados referentes aos indígenas e as cidades.

Tomamos como base as informações publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, por meio do censo demográfico realizado em 2010².

Podemos observar por meio dos dados divulgados no quesito “cor ou raça” um aumento para 80,5% dos municípios brasileiros em que residia pelo menos um indígena autodeclarado na população em comparação às referências censitárias anteriores de 2000³ (63,5% dos municípios) e 1991 (34,5% dos municípios). Devemos considerar ao examinar essa informação que, para os censos de 1991 e 2000, o resultado se deu por amostragem de municípios e o critério utilizado na investigação foi a autoclassificação ou a autoidentificação independentemente do declarante.

Segundo demógrafos do IBGE, esse crescimento do percentual de indígenas nas cidades ao longo das décadas não está atribuído a nenhum fato específico: acredita-se ser este fenômeno o resultado da fuga da invisibilidade social do indígena. Entre os motivos para essa ocorrência surgem a busca por melhores condições de vida, os incentivos governamentais e o aumento de políticas públicas oferecidas aos povos indígenas (etnogênese).

Neste último censo houve um aprimoramento na metodologia utilizada para a investigação da população indígena. Nele passou a serem consideradas informações sobre a língua falada no domicílio, pertencimento étnico e localização geográfica.

² Para elaboração da pesquisa étnica e linguística no Censo Demográfico 2010, o IBGE contou com a colaboração de pesquisadores ligados ao Grupo de Trabalho de Demografia dos Povos Indígenas da Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, da Associação Brasileira de Antropologia – ABA, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, da Fundação Nacional do Índio – FUNAI, da Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, do Grupo de Trabalho da Diversidade Linguística – GTDL, coordenado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – IPHAN, do Ministério da Cultura, entre outros.

³ A informação sobre os indígenas nos Censos Demográficos 1991 e 2000 era oriunda do quesito cor ou raça. A metodologia para a captação das informações foi a autoidentificação. Seguindo a mesma metodologia de captação, o Censo Demográfico 2010 introduziu no Questionário Básico o quesito cor ou raça, abrangendo toda população, além da investigação da etnia e da língua falada, para aqueles que se declararam indígenas e, ainda, para os residentes em terras indígenas que não se declararam, mas se consideravam indígenas. A etnia e a língua falada, entre outros aspectos, são de extrema importância para a caracterização da realidade indígena de qualquer país e não foi objeto de investigação nos Censos Demográficos 1991 e 2000.

Com a adoção desses critérios de identificação (que já eram utilizados em vários países), se tornaram mais apreensíveis e fluentes o conhecimento e reconhecimento da grande diversidade indígena brasileira; tornam-se melhores os registros de povos indígenas residentes nas terras indígenas, indígenas urbanizados com pertencimento étnico a povos indígenas específicos e pessoas que se classificam genericamente como indígenas, mas que não possuem identificação com etnias específicas. “A distribuição espacial da população indígena é o resultado, assim, não só do processo histórico de ocupação socioeconômica do Brasil, como da tendência à crescente afirmação da identidade cultural e territorial dessa população ao longo do tempo” (IBGE, 2012).

Tabela 1 - Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio, segundo as Grandes Regiões - 1991/2010

Grandes Regiões	Participação relativa da população residente autodeclarada indígena, por situação do domicílio								
	Total			Urbana			Rural		
	1991	2000	2010	1991	2000	2010	1991	2000	2010
Brasil	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norte	42,4	29,1	37,4	16,8	12,1	19,5	50,5	47,6	48,6
Nordeste	19,0	23,2	25,5	22,5	27,6	33,7	17,9	18,4	20,4
Sudeste	10,4	22,0	12,0	35,4	36,7	25,1	2,5	5,9	3,7
Sul	10,3	11,5	9,2	14,3	13,6	10,8	9,0	9,3	8,1
Centro-Oeste	17,9	14,2	16,0	11,0	10,0	10,9	20,1	18,8	19,1

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010.

Em relação ao crescimento anual da população indígena, os resultados do Censo 2010, se comparados ao Censo 2000, revelaram um aumento no ritmo anual de crescimento de 1,1%. Já na área urbana, houve uma redução de 68 mil indígenas, principalmente provenientes da região Sudeste. Uma explicação possível para este fenômeno pode ser “a inclusão dos quesitos referentes ao pertencimento étnico e à língua falada no domicílio terem sido um fator de influência quanto à declaração de ser ou não indígena”. Assim, pessoas que deixaram de se classificar como indígenas na área urbana podem não ter nenhuma afinidade com seu povo de origem (IBGE, 2012).

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Gráfico 1 – Idade mediana da população indígena, por localização do domicílio, segundo o sexo – Brasil – 2010

Obs.: Tal fenômeno não se aplica de modo homogêneo em todas as regiões urbanas do país. Na região Norte houve aumento significativo da população em regiões urbanas (2,9% ao ano segundo comparação entre os dados de 2010/2000 a 2000/1991). Quanto ao crescimento populacional indígena em área rural, destaca-se a Região Nordeste, que apresentou, no mesmo lapso temporal, um crescimento de 4,7% ao ano.

Ao verificarmos os dez municípios com maior população indígena declarada é interessante atentar para a cidade de São Paulo no meio de outras cidades da região Norte. A soma da população desses municípios reúne 126,6 mil indígenas, correspondendo a 15,5% do total de indígenas do País. Dentre os cinco municípios mais populosos, destacamos: São Gabriel da Cachoeira (Amazonas); São Paulo de Olivença (Amazonas); Tabatinga (Amazonas); São Paulo (São Paulo); e Santa Isabel do Rio Negro (Amazonas).

Vale ainda destacar que, mesmo sendo, do grupo mencionado acima, o único município que apresentou uma perda populacional relevante na última pesquisa do Censo 2010, a cidade de São Paulo continua com um contingente expressivo de população declarada indígena. Com uma população indígena de 12.189 (sendo 5883 homens e 6306 mulheres) encontramos, segundo publicado pela Comissão Pró-Índio de São Paulo (2005), além dos Pankararu, outras etnias oriundas da região do Nordeste, como os Fulni-ô, os Pankararé, os Atikum, os Kariri-Xocó, os Xucuru, os Potiguara e os Pataxó. Também os Xavantes provenientes do estado do Mato Grosso; os Terena, do Mato Grosso do Sul; e da região centro-oeste de São Paulo, os Kaingang.

Fonte: IBGE, Censos Demográficos 2000/2010.

Gráfico 2 – Distribuição percentual da população indígena, por situação do domicílio e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões - 2000/2010

5.2 OS PANKARARU NA CIDADE DE SÃO PAULO

Como indicamos anteriormente, apesar das diversas etnias encontradas na cidade de São Paulo, estamos voltados ao estudo pontual da etnia Pankararu, especificamente à

comunidade indígena Pankararu residente na favela do Real Parque, localizada na região oeste do município (descrevemos suas características na Metodologia).

Antes de adentrarmos nos aspectos culturais da organização dos Pankararu em São Paulo, destacaremos brevemente sua origem no estado de Pernambuco, uma vez que esta etnia constitui um dos oito grupos que compõe a população indígena da região Nordeste. A última estimativa da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de 2010, constatou uma população total de 8.477 indígenas da etnia Pankararu no Brasil.

Historicamente este grupo populacional foi marcado pelas missões religiosas desde o período da colonização portuguesa, quando sua língua nativa foi proibida e sua população sofreu processos de deslocamentos e aldeamentos forçados, nos quais chegaram a conviver com outros grupos étnicos nativos e de ex-escravos.

Crédito: Pedro Rampazzo/Sambada

Figura 1 - Pankararu na aldeia Brejo dos Padres (Tacaratu/PE) - Festa “Menino do Rancho”

Segundo publicação do Instituto Sócio-Ambiental (ISA), a Terra Indígena Pankararu Entre Serras se localiza no interior do estado de Pernambuco, entre os municípios de Petrolândia, Itaparica e Tacaratu, próximo ao Rio São Francisco. Em 1987 essa área foi homologada pelo governo, porém com o reconhecimento oficial de 8.100 hectares, de modo distinto do requisitado pelos indígenas ao extinto Serviço de Proteção ao Índio (SPI) em 1930, que solicitava a demarcação de 14.290 hectares.

Para os indígenas as terras deveriam ser consideradas conforme a doação original de uma sesmaria realizada pelo Império português à uma missão religiosa que aldeou os

indígenas na região nos séculos XVIII e XIX. A redução do território, segundo dados do Instituto Socioambiental, teria ocorrido em 1940 com a demarcação feita por um funcionário do Serviço de Proteção do Índio (SPI), o que desencadeou conflitos entre índios e posseiros não índios, além de brigas com a Justiça. Nesse mesmo período, a origem autóctone e a identidade indígena Pankararu foram oficialmente reconhecidas pela equipe do SPI, que os incluiu nos quadros administrativos do governo federal, que passou, deste modo, a assisti-la de forma tutelada (ALBUQUERQUE, 2010). Surpreendente é notar que a demarcação das terras teria sido realizada junto ao reconhecimento do grupo indígena e a avaliação das características culturais e de seus rituais, uma vez que compõem as etapas do processo de demarcação e regularização das terras indígenas.

Fonte: Especial JC – FENEARTE, 2009.

MAPA 1 - Etnias presentes no estado de Pernambuco

Nas décadas que se sucederam, ocorreram negociações entre posseiros, indígenas e instituições do governo federal, mas apenas em 2007 o território não incluso na primeira demarcação foi homologado pelo governo, recebendo o nome de Terra Indígena Entre Serras.

Segundo o antropólogo Albuquerque (2010), esse cenário de redução de terras indígenas e fronteiras tomadas por posseiros gerou dificuldades de sobrevivência material e cultural impactando nos espaços de coleta, plantio e caça. Desta forma, os grupos indígenas buscaram migrar à procura de trabalho nas fazendas e pequenas cidades no entorno das

aldeias. Tal processo inseriu os Pankararu, de forma invisível e ilegítima, na população pobre do campo e das pequenas cidades.

A questão da terra foi um fator importante, porém não a causa isolada de sua saída das aldeias. Conforme pesquisado por Arrutti (2005), a diáspora dos Pankararu deu-se principalmente através das viagens de fuga, que consistiam em migrações de grupos familiares em função de perseguições e faccionalismos (divergências entre as lideranças Pankararu), das secas e/ou da escassez de terras de trabalho.

A migração para São Paulo se iniciou a partir da década de 1940, com deslocamentos em maior proporção de homens sem instrução formal, provenientes da aldeia Brejo dos Padres. A princípio esses migrantes permaneciam curtos períodos na capital para suprir necessidades do orçamento doméstico e retornavam à origem, não chegando a se integrar à cidade (ARRUTTI, 2005).

Nessas vindas à cidade, os homens trabalhavam com atividades braçais nas equipes de desmatamento da Companhia de Luz do Estado e eram agenciados por um “gatos” (espécie de agente clandestino que os buscava nas aldeias e os intermediava aos empreiteiros das obras). O fluxo se intensificou entre 1950 e 1960 com a elevação desses homens ao papel de “gato” e posteriormente de empreiteiros dessas obras criando um caminho direto e constante entre São Paulo e o Brejo dos Padres (Aldeia pertencente a Terra Indígena Entre Serras - PE), uma referência importante para todo o grupo (ALBUQUERQUE, 2010).

Como ilustração desse cenário, citamos um fragmento do relato pertencente ao material de campo realizada pela pesquisa “Caminhos da Integralidade” (AYRES, 2009)⁴ e utilizada em nossa pesquisa (ver metodologia). O fragmento a seguir refere-se ao relato da liderança indígena Pankararu de São Paulo no ano de 2009 e expressa o movimento migratório pendular entre a aldeia Brejo dos Padres e a cidade de São Paulo antes da fixação dos grupos familiares na capital paulistana:

“(…) Ele (pai) vinha para São Paulo, na época de plantá, colhia e vinha trabalhá, comprá roupa para a gente, um calçado. (...) Eu também via que a tendência era só de sofrimento na minha aldeia, nossas terras di tradição de plantá feijão e milho, os não índios tomaram (...) eu tentei dá o melhor pros meus filhos, eu cheguei aqui (São Paulo) e foi tudo diferente. (...) Aí o frio bateu aqui e eu fui embora, mas quando eu cheguei à minha aldeia de volta que eu vi meu dinheirinho se acabando e vi meus filhos querendo um pão, uma bolacha e eu não tinha, eu decidi voltá de novo (...)” (liderança indígena).

⁴ O material de campo que utilizamos em nossa análise sob os sentidos da Integralidade, consiste em um material com relatos interessantes que englobam outros aspectos além daqueles sobre o qual nos debruçamos. Utilizamos alguns fragmentos para elucidar nossas discussões ao decorrer dos capítulos.

Arrutti (2005), afirma ainda que, as viagens para a cidade de São Paulo realizadas pelos homens a partir da segunda geração de trabalhadores adultos (já alfabetizados na infância pelo Posto Indígena) passam a ser acompanhadas também pelas mulheres. Deste modo, possibilitou períodos de permanência estáveis na capital e favoreceu a instalação de núcleos familiares na cidade de São Paulo. Esses núcleos familiares facilitaram a vinda de outros jovens em um processo migratório sistemático e familiar constituindo uma base espacial homogênea, reproduzindo a organização política e ritualística da aldeia e permitindo uma efetiva reterritorialização.

As oportunidades de trabalho que surgiram com o crescimento dos bairros ao redor da região da atual favela do Real Parque e a facilidade de acesso a essas localidades não só atraíram como geraram empregos à grande parte dos Pankararu (ALBUQUERQUE, 2010), que mesmo assim permaneceram na invisibilidade e em condições precárias de assistência por anos.

Nakashima (2006), ao citar Arrutti (1996), refere-se ao início da visibilidade da comunidade Pankararu em São Paulo como profundamente marcada pela repercussão do assassinato em 1994 de um jovem indígena na favela.

O caso repercutiu nos meios de comunicação da cidade, chamando não só a atenção para a existência de grupos indígenas na capital, mas também paradiscussões sobre a precariedade de suas condições de vida e a dificuldade de sobrevivência dessa população no contexto urbano.

Os indígenas Pankararu sofriam discriminação e a identidade indígena, sob uma visão preconceituosa, era negada pelas pessoas com quem mantinham um relacionamento na cidade, inclusive por órgãos indigenistas e públicos (NAKASHIMA, 2006). Resgatando nossa discussão anterior, acerca dos indígenas urbanos como “assimilados” e “aculturados”, selecionamos um segundo fragmento da entrevista com a liderança indígena Pankararu. Este recorte traz um reconhecimento identitário bastante significativo referente ao processo histórico de miscigenação nas gerações anteriores:

“(...) Eu não tenho o cabelo liso e nem falo a minha língua (nativa), mas eu tenho sangue de índio e tenho sangue de preto, mas eu não tenho culpa que a minha tataravó casou com um negro, mas eu não acompanhei o lado do preto, eu acompanhei o lado do índio que é a minha cultura, e é isso e eu vou até o final da minha vida” (liderança indígena).

De acordo com Albuquerque (2010), no movimento de reivindicações por melhores condições de vida e pelo reconhecimento de sua identidade indígena, fatores como a falta de

um mecanismo jurídico específico para o reconhecimento dos migrantes indígenas, a inserção dos Pankararu em Organizações Não Governamentais, em entidades assistenciais eclesiais e em associações de autogestão, aliadas ao contato com outras etnias, contribuíram para a formação de uma associação civil em 1992. Originalmente chamada de “S. O. S. Índios Favelados” e em 1994 renomeada como “S. O. S. Associação Indígena Comunidade Indígena Pankararu (S, O. S. – CIP)”, até o momento atual segue como a entidade formal de representatividade diante dos órgãos públicos, da FUNAI e FUNASA e entidades civis.

Nakashima (2006) apud Fialho (2008), descreve que as associações indígenas aumentaram desde a década de 1980 e têm demonstrado uma nova forma de condução de políticas tanto internamente quanto na relação com instituições governamentais e não governamentais, com a Igreja e a iniciativa privada, entre outras entidades.

De acordo com o Estatuto da SOS - CIP, a entidade sem fins econômicos, foi criada para amparo e assistência material em nível educacional, alimentar, de saúde, cultural, recreativa, esportiva e não profissional a seus membros. A criação da Associação Pankararu foi uma estratégia possível para uma organização política de luta pelos direitos indígenas garantidos na legislação, como o direito à assistência diferenciada na saúde e na educação e consequentemente pela emancipação do discurso das lideranças da Aldeia do Brejo dos Padres de Pernambuco (NAKASHIMA, 2006).

Em relação à criação da associação indígena, apresentamos um terceiro fragmento da liderança indígena Pankararu extraída da mesma entrevista supracitada, na qual é referida a relação da liderança com o papel de cacique na condição de representação indígena.

O trecho flagra a justificativa acerca do que os motivou recorrer a uma associação civil e à nomeação oficial de um cacique para a comunidade do Real Parque:

“(...) No mundo fora de aldeia, nós num pode chegá e elegê um pajé ou cacique, tem o presidente da associação que é o representante di nosso povo (...) mais quando nós vai pra reunião grande ou conferência em Brasília, ou em qualquer parti do Brasil eles tem a gente como cacique, respeita nós não como presidente, como cacique. Então como cacique nós fica na reunião, dipois dessa associação muitas coisa começo a clariá mais pra nós (...)” (liderança indígena).

Nakashima (2006) em sua pesquisa, relata a existência de outra entidade Pankararu, criada em 2003 por dissidência da Associação Indígena S. O. S Comunidade Pankararu devido conflitos de interesses entre as lideranças Pankararu do Real Parque. Esta segunda entidade, chamada ONG Ação Cultural Indígena Pankararu, também foi criada para atender as demandas da comunidade indígena. Segundo Lopes (2011) e Nakashima (2006), a aproximação com esta segunda entidade Pankararu nas pesquisas é mais difícil por conta do

desinteresse de seu presidente em pesquisas na comunidade que não geram lucros ou retorno material para a organização.

Apesar de outros núcleos familiares na periferia de bairros da capital e cidades da região⁵, a grande visibilidade, força política e cultural dos Pankararu está na comunidade do Real Parque onde está presente o maior número de indígenas. Entretanto, de acordo com Athias (2006), percebe-se que a saída de homens da aldeia não é mais significativa, como foi no passado, dando a entender que a migração para os outros centros não faz parte de uma prática atual. Vivendo em São Paulo, seus rituais jamais foram esquecidos. Nas festas e solenidades dançam o *Toré* cantando toantes (cânticos realizados com fragmentos e palavras de uma língua ancestral Pankararu, com a mistura de palavras em português e sons que simulam essa linguagem). Vestem-se com o *praiá* feito de palha e corda, que simboliza o Deus dos Pankararu. A máscara da vestimenta cobre o rosto indígena, dando outra visibilidade, a do “índio genérico”. Nos rituais, dançam em círculos, tocam o maracá (chocalho) e fumam o *campiô* (cachimbo em forma de cone), o que possibilita o “deslocamento” geográfico e temporal, do presente/urbano para passado/rural (NAKASHIMA, 2006).

Crédito: Rosa Gauditano.

Figura 2 - Praiás (representação dos “encantados”) na comunidade do Real Parque – SP.

⁵ De acordo com a Pastoral Indigenista da Arquidiocese de São Paulo, em 2005, os Pankararu se encontram em cerca de 40 bairros da Região Metropolitana de São Paulo, entre os quais Parque Santa Madalena, Capão Redondo, Campo Limpo, Santo Amaro, Paraisópolis, Grajaú; nos municípios de Embu, Guarulhos, Taboão da Serra, Osasco, Carapicuíba, Francisco Morato, Mauá e São Caetano.

Manter esses rituais, principalmente a “dança dos *praiás*” para Albuquerque (2010) é o instrumento simbólico de ingresso dos Pankararu em São Paulo na luta de sua legitimidade como indígena, construindo no imaginário do público “a cara de índio”, o “idioma ancestral” e o deslocamento histórico e geográfico, contribuindo assim para a abertura da articulação política, em contraponto aos elementos causadores de preconceito conforme discutidos anteriormente.

Fonte: SOS Rios do Brasil, 2010.

Figura 3 – Ritual Pankararu “queima da cansação”, Pernambuco.

Ter uma “cultura”, nesse caso, fornece visibilidade e acesso a direitos. Se existe quem reconheça essa identidade, são viáveis espaços de representação e de fortalecimento dessa identidade. Recorremos mais uma vez ao nosso material de campo em um quarto fragmento, na qual a fala da liderança Pankararu fortalece e enfatiza nossos argumentos:

“(...) se eu não tivesse essa cultura (...), jamais os órgãos ia querer respeitar a minha pessoa e ia dizer: - “Ah, esse aí é um Zé ninguém”. Porque ser índio, aí a coisa já pesa. (...) o que estamos conseguindo é no nome do índio, porque se fosse um não índio, dificilmente teria esse postinho. (...) Nós conseguimos espaço, foi no nome de nossa cultura, no nome do nosso povo. (...) Eu sem esses homens que são da minha cultura, eu não sou ninguém” (liderança indígena).

Diante disso, torna-se clara a necessidade de uma assistência à saúde que contemple as especificidades de grupos populacionais. No próximo capítulo desenvolveremos tal ponto. Compreendermos os aspectos culturais e cosmológicos dos Pankararu: além de importantes para a legitimidade da identidade indígena, são também essenciais para uma boa prática em saúde, pois as manifestações culturais e religiosas dos Pankararu apresentam uma relação com

a saúde e as práticas tradicionais de cura. “Principalmente àquelas relacionadas à cura pela medicina indígena que estão completamente envolvidas com o que eles denominam de Encantados” (ATHIAS, 2006). Os “Encantados” são, conforme explicitado pelo antropólogo Athias (2006):

(...) são entidades que se manifestam nas práticas de cura e são reverenciados em festas tradicionais, juntamente com a dança do Toré e a bebida feita da jurema, (...) são os espíritos protetores dessa terra, pertencentes ao mundo dos heróis míticos. Os Pankararu podem localizá-los como moradores das serras (estão nas cavernas, alguns dizem), no rio e nas cachoeiras. Eles comunicam com este mundo através das manifestações dos praiás e homens iniciados que podem servir de intermediários entre o mundo dos encantados e o mundo real (ATHIAS, 2006, p.13).

Neste sentido, os Pankararu possuem uma concepção própria quanto ao processo doença–cura, do mesmo modo que as práticas terapêuticas passam por um entendimento da cosmologia própria de cada grupo indígena. As doenças podem ser tratadas à medida em que os Encantados são chamados, enquanto a morte é vista como renascimento para o mundo desses espíritos. Desta forma, os Pankararu acreditam que ao morrerem procurarão moradias nos lugares dos Encantados, nas serras e nas cachoeiras.

Existe uma preocupação dos Pankararu que vivem nas aldeias com a integridade do ecossistema, pois acreditam que o desmatamento tem afastado o encanto e os Encantados. Esta relação dos Encantados com o território não será abordada em nossa pesquisa, mas se destaca como uma questão fecunda para investigação.

Contudo, mesmo não sendo nossa intenção e objeto aprofundarmos o estudo de toda dimensão cultural e cosmológica dos Pankararu em nossa pesquisa, muito menos verificarmos em que intensidade tais aspectos permanecem nos Pankararu do Real Parque, as concepções citadas e o entendimento de sua identidade são indispensáveis na relação com a comunidade. A possibilidade de integração entre as práticas dos benzedeiros, curandeiros e dos *praiás* em seus rituais junto às práticas ofertadas pelos serviços de saúde convencionais caminham para a construção de projetos de felicidade; juntos se direcionam para um cuidado de saúde integral.

Por esta e outras especificidades na abordagem à saúde indígena, existe uma política nacional de atenção à saúde que orienta a organização e a oferta de serviços de saúde à população indígena, assunto do qual tratamos no capítulo a seguir.

6 A SAÚDE INDÍGENA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A comunidade indígena Pankararu residente na favela do Real Parque é assistida por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) direcionada para a atenção à saúde dos indígenas e suas especificidades culturais. A criação desta equipe está atrelada a dois fatores, por um lado, a mobilização reivindicatória dos Pankararu por melhorias nas condições de saúde da comunidade, por outro a orientação de oferta de serviços de saúde com atenção diferenciada aos indígenas como prevista nas diretrizes da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2002c).

No sentido de contemplar esses fatores em nossa pesquisa, apresentaremos neste capítulo o percurso histórico de assistência às populações indígenas, que não é linear e ainda apresenta desafios no processo de integração ao modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). A construção de uma política de saúde aos povos indígenas sobrepõe questões inerentes à política indigenista, à política nacional de saúde, à política econômica e ao próprio movimento indígena. Faz necessário um debate acerca do direito ao acesso à saúde, da redução das desigualdades e do reconhecimento das especificidades culturais dessa população. Destacando essa conjuntura desenvolvemos o presente capítulo.

6.1 A SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Desde o período da colonização, o encontro entre europeus e as sociedades originais foi marcado pelo conflito. A desigualdade de forças gerou fatores de subordinação e de dependência, inclusive, no acesso à assistência à saúde (MENDONÇA e RODRIGUES, 2008).

Segundo Costa (1987), o caminho de assistência à saúde dos povos indígenas em sua trajetória histórica é marcado por descontinuidade e precariedade. Em 1910¹ foi criado pelo Governo Federal o Serviço de Proteção ao Índio² (SPI).

¹ Nos primeiros anos da república houve uma grande expansão de linhas telegráficas e ferroviárias para o Oeste do país. Nesse processo foram contatados vários grupos indígenas, em sua maioria, de forma extremamente violenta. Os jornais do início do século registraram impressionantes relatos sobre massacres e assassinatos decorrentes do conflito entre índios e colonos (COSTA, 1987).

² A principal finalidade do SPI era proteger os índios e, ao mesmo tempo, assegurar a implementação de uma estratégia de ocupação territorial do País (Decreto-Lei nº 8.072, de 20 de junho de 1910).

Esta entidade, vinculada ao Ministério da Agricultura e formado em sua maioria por oficiais militares, tinha como objetivo ser o órgão responsável pela execução da política indigenista no país, formulando uma legislação que garantiria aos índios o respeito à diferença cultural e o direito à terra³, retirando desta forma retirar da Igreja a responsabilidade total, presente até o momento, na assistência e na relação com os índios (FUNAI; COSTA, 1987).

A formulação dessa nova política indigenista inspirou-se no evolucionismo humanista, enveredando para uma política protecionista que considerava o indivíduo indígena em um dado “estágio de desenvolvimento da civilização”. A crítica feita por Costa (1987) e também destacada por Mendonça e Rodrigues (2008) pontuava que, embora essa política tenha assegurado a sobrevivência de alguns povos e muitas vezes a “pacificação” dos conflitos, não garantiu um diálogo e uma maior interlocução dos indígenas com a sociedade nacional. Mesmo com o trabalho da SPI não se organizou qualquer forma de oferta sistemática de serviços de saúde.

Na década de 50, segundo Costa (1987), foi proposta a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) pelo médico Noel Nutels⁴. A finalidade do SUSA era desenvolver e executar ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso, além da implantação de ações de saúde bem direcionadas voltadas para o controle da tuberculose, para as doenças infecciosas trazidas pelo contato com as frentes de expansão e para sua imunização.

Entretanto, ao final da década de 50, a política indigenista adquire um caráter mais racional e regional. Os interesses econômicos prevalecem sobre as questões humanitárias e denúncias de violências cometidas contra índios aumentam, assim como as de corrupção dentro do SPI, que culminaram em 1967 com sua extinção.

No mesmo ano de sua extinção a SPI foi substituída pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que passou a ser o novo órgão indigenista oficial, mas agora ligado ao Ministério do Interior. A Saúde Indígena passou a ser gerida pela FUNAI, que a manteve sob sua tutela até 1991, quando a responsabilidade da coordenação das ações de saúde destinadas aos indígenas foi transferida para o Ministério da Saúde.

³ A ação do SPI garantiu que imensas regiões do país fossem ocupadas pacificamente e os índios que as habitavam passassem a viver nos Postos Indígenas que correspondiam a pequenas partes dos territórios tribais (COSTA, 1987).

⁴ Noel Nutels, médico sanitarista, iniciou seu trabalho junto aos índios a partir de sua participação como médico na Expedição Roncador-Xingu. A expedição foi organizada no governo de Getúlio Vargas, durante a segunda guerra mundial, com o objetivo de desbravar terras ainda desconhecidas entre o Brasil Central e a Amazônia (COSTA, 1987).

A organização da atenção aos indígenas durante a gestão da FUNAI baseou-se no modelo de atenção do SUS e caracterizou-se pelos serviços de saúde de caráter campanhista e pela oferta de assistência médica, vacinação e supervisão do trabalho local de saúde através das Equipes Volantes de Saúde (EVS), que executavam atendimentos esporádicos nas comunidades indígenas. Diante desse panorama, foi sintomática a detecção de muitas dificuldades ligadas a questões de planejamento, assim como a falta de um sistema de informação da saúde que contribuísse para a articulação dos diferentes níveis de atenção e para a integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2002; MENDONÇA e RODRIGUES, 2008).

Os profissionais das EVS's mantiveram seguimentos fragmentados, ações focadas no curativo e medicalizante. Aliado a isso, a falta de infraestrutura e desqualificação profissional eram barreiras a serem enfrentadas e transpostas. Tais dificuldades, junto à carência de recursos materiais e financeiros contribuíram ao longo dos anos para o esvaziamento das equipes e a concentração dos poucos profissionais nos centros urbanos. Neste cenário, em 1979, cerca de 70% da população indígena encontrava-se em condições precárias de saúde (SELAU, 1992 apud MENDONÇA e RODRIGUES, 2008).

Ao mesmo tempo em que o modo de organizar a assistência à Saúde Indígena enfrentava problemas sérios, as equipes de saúde da FUNAI mantiveram suas práticas, em geral, distantes das discussões sobre atenção primária à saúde e sobre os novos modelos de assistência pautados na prevenção de doenças e na organização de sistemas locais de saúde. Permanecendo deste modo até 1991, quando ocorreu a transferência da gestão da saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde, mais precisamente para a Fundação Nacional de Saúde - FUNASA (LUCIANO, 2006).

Essa transferência retrocede em 1994, quando sob o Decreto Presidencial nº 1.141/94 é devolvido, na prática, a coordenação das ações de saúde para a FUNAI. Atribuí a um órgão do Ministério da Justiça - FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes e ao Ministério da Saúde - FUNASA, a prevenção à saúde através de ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias (BRASIL, 2002c, p.11).

Percebemos que a organização da atenção à Saúde Indígena até a década de 1990, apesar de rearranjos pouco significativos em sua organização da assistência aos povos indígenas, manteve um enfoque curativo voltado para ações de vigilância epidemiológica e de controle de doenças infecciosas.

Conforme destacamos na introdução de nossa pesquisa, ao longo do processo da Reforma Sanitária, trabalhadores da saúde, indigenistas e movimentos indígenas têm se ocupado com a discussão e reflexão das práticas de saúde junto à população indígena, do próprio conceito de saúde e da discussão das possibilidades de ofertas de serviços para as necessidades específicas de saúde dos indígenas e seus determinantes.

Desta forma, espaços importantes de discussão para uma política de Saúde Indígena se destacaram na década de 80, como os Encontros de Saúde do Conselho Indigenista Missionário – CIMI, os encontros anuais de Antropologia Médica na Escola Paulista de Medicina/UNIFESP e encontros promovidos pela FUNAI e FIOCRUZ (LUCIANO, 2006).

Diante das condições precárias em que os indígenas se encontravam e a mobilização de grupos de representação, juntamente com o cenário em que era constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), o Governo Federal foi pressionado. Assim, por meio de projeto de lei originário da Câmara dos Deputados (de autoria do então deputado federal Sérgio Arouca), foi aprovado sem emendas pelo Senado Federal, subsidiou-se a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizou as determinações da Lei Orgânica da Saúde com as da Constituição Federal. Ela prevê, dentre outras coisas, o direito das populações a um atendimento diferenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que respeite suas especificidades culturais (BRASIL, 2002, p.6)

No mesmo ano (1999), o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS em parceria com organismos governamentais, não governamentais, Secretarias Estaduais e Municipais e outras instituições. Com a criação dessa nova legislação foi inserido o capítulo V à Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), que delegou ao Estado a responsabilidade pelo atendimento à Saúde Indígena, abrangendo as unidades de saúde, os funcionários, as funções de confiança e os recursos orçamentários com o propósito de que:

(...) as populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e a centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde;
(...) levar em consideração a realidade local, as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 1990 p.1).

Para que tais determinações fossem efetivadas garantindo o direito de acesso universal e integral à saúde, foi proposta⁷ a reestruturação do modelo de atenção em nível regional e local, além da formação de equipes assistenciais. Esta reestruturação configura a organização atual do modelo assistencial aos povos indígenas.

Quanto à organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), ela é formada por unidades gestoras descentralizadas baseadas na estratégia de Distritos Sanitários. No caso da Saúde Indígena em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI's), estes são caracterizados como a base organizacional dos serviços de saúde e orientados para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado que reúne ações de saúde da atenção básica, articulado com a rede do SUS de referência e contra referência (BRASIL, 2009).

Atualmente o território brasileiro conta com 34 DSEI's. Cada uma delas é responsável por desenvolver um conjunto de atividades técnicas que promovem a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias, além de desenvolver atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência aos indígenas.

A partir do mapa abaixo, verificamos que a delimitação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas não conta apenas com aspectos geográficos nem coincidem com as fronteiras estaduais ou municipais. Na verdade, contam estrategicamente com a distribuição demográfica natural dos povos indígenas, levando em conta seu âmbito político-cultural. Consideram, ainda, a disponibilidade de recursos humanos e infraestrutura de serviços de saúde, vias de acesso e relações sociais entre as diferentes etnias de seu território.

⁷ Essa proposta foi discutida em 1986 na I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e em 1993 na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, conferências indicadas pela VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente.

Mapa 2 – Distribuição dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas

Com a figura 4, observamos a presença de quatro estruturas: Posto de Saúde, Polo Base, Casa de Saúde do Índio (CASAI) e a rede de referência do SUS. Cada DSEI abriga um ou mais grupos configurados sob essa estrutura, conforme se dá o nível de complexidade assistencial à saúde da região vinculada ao atendimento.

Para esclarecer essa organização, trazemos um exemplo de nossa experiência profissional: o DSEI Xavante, no estado do Mato Grosso (nº 33 no mapa 1) abrange a área de nove municípios e sete Terras Indígenas (TI), em que estão firmadas várias aldeias. Cada aldeia possui um Posto de Saúde, cada TI, um Polo Base; e o conjunto das TI's, uma Casa de Saúde do Índio (CASAI). Tanto o Polo Base quanto a CASAI possuem serviços de referência no sistema do SUS.

Fonte: SESAI/MS

Figura 4 – Modelo Assistencial dentro da organização do DSEI

Os Postos de Saúde são estruturas básicas dentro das aldeias e possuem o Agente Indígena de Saúde como profissional de atuação constante neste espaço (mais adiante as características/ofícios dos profissionais envolvidos serão detalhadas).

As estruturas de atendimento dos Polos Base são constituídas como Unidades Básicas de Saúde e contam com a atuação de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), composta principalmente por Médico, Enfermeiro, Dentista e Auxiliar de Enfermagem. Cabe ao Polo Base encaminhar pacientes com demandas mais complexas, como cirurgias e exames, para ambulatórios e hospitais de suas referências regionais conforme exigirem as especificidades da demanda e da realidade local.

A Casa de Saúde de Apoio do Índio (CASAI) é a instituição médica que acolhe a demanda de indígenas em acompanhamento ou tratamento nos serviços de saúde de referência que se encontram fora do Território Indígena (aldeias). Conforme destacamos, estão localizadas em diversos municípios brasileiros e têm condições de receber, alojar e alimentar os pacientes indígenas e seus acompanhantes enquanto for necessário, dispondo de assistência de enfermagem 24 horas por dia. A equipe que atua na CASAI auxilia nas marcações de consultas e em seu acompanhamento, assim como no que toca a exames complementares ou internações hospitalares. (entre outros motivos, um dos traços que torna flagrante seu importante papel na articulação das especificidades indígenas com os demais profissionais de referência).

Diante da demanda de internações, é interessante notar a constante busca por um melhor fluxo de atendimento, assim como no que toca o período de alojamento dos indígenas na CASAI (que pode perdurar por meses fora da aldeia de origem, o que impacta vários aspectos da vida do indígena): a instituição se alicerça por meio da profilaxia como método: promove atividades de educação em saúde, produção artesanal, lazer e atividades para acompanhantes e pacientes.

Sob outras perspectivas a CASAI também representa um espaço muito interessante de relação entre as etnias indígenas: por ser uma referência regional, podemos encontrar, no mesmo espaço, etnias que historicamente possuem uma relação de inimizade ou conflito (e de acordo com suas concepções culturais, sofrem com a possibilidade de serem alvos de feitiços ou outros rituais que interfeririam no estado de saúde – a esse respeito, vide capítulo 1).

Ainda sim, dada a relação com a alimentação servida, o período longe de casa e da família e o “não entendimento” da proposta terapêutica à qual são submetidos contribuem para a percepção de adoecimento ou, como alguns indígenas expressam, para que eles se sintam “tristes”.

Com o objetivo de atender grande parte das demandas de saúde das comunidades indígenas, além de buscar evitar a internação do indígena e a consequente tristeza/insatisfação do indígena assistido, os DSEI's possuem equipes de saúde para o atendimento dos indígenas em Polos Base que assistem um conjunto de aldeias.

Nesse sentido, a criação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) também é um fundamental para a atenção à Saúde Indígena. Dentro desse paradigma, a experiência de formação de indígenas em nível técnico de Enfermagem, como ocorrido no Xingu, aproximou a questão da Integralidade do desenvolvimento da Saúde Indígena no Brasil. Da mesma maneira, o acesso ao Ensino Superior na formação de profissionais da saúde, principalmente na especialidade Enfermagem, é um traço notório: há registro de casos em que o estudante indígena, após sua formação, retorna à sua aldeia de origem com a proposta de contribuir trabalhando na Saúde Indígena, além daqueles que optam por buscar oportunidades nas cidades e representam potencialmente uma contribuição às discussões de Integralidade em Saúde.

No que tange a direção e articulação dessa rede de atendimento, a FUNASA figurou por muitos anos como responsável pela Saúde Indígena. Porém, no ano de 2005 inúmeros protestos foram realizados manifestando a insatisfação perante a sua administração. As etnias denunciavam uma situação de abandono da assistência à população indígena, atrasos nos repasses de recursos, aldeias sem recursos materiais e medicamentos, condições de trabalho

precárias para as equipes de saúde e aumento da incidência de várias doenças. Tais manifestações chamaram a atenção do Ministério Público Federal, que formou um grupo de trabalho por meio do qual foi levantada uma série de irregularidades.

Comprovado isso, em 2008 o Ministério da Saúde criou a Secretaria Especial da Saúde Indígena (SESAI) com o intuito de coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo o Brasil. A SESAI absorvia assim a missão de proteger, recuperar e promover a saúde dos povos indígenas. Além disso, à SESAI também coube gerir, orientar o desenvolvimento de ações de atenção integral à Saúde Indígena e de Educação em Saúde, avaliar e prosseguir articulando com todas as instituições governamentais ou não governamentais que possuem interface com a Saúde Indígena via seus departamentos de gestão e de atenção à Saúde. A seguir, no que toca à gestão do sistema, elencamos os dois departamentos responsáveis e seus papéis:

Departamento de Gestão da Saúde Indígena – responsável por promover o fortalecimento da gestão nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas; propor mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à Saúde Indígena; programar a aquisição e a distribuição de insumos em articulação com outros setores; coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações de Saúde Indígena e promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena.

Departamento de Atenção à Saúde Indígena – responsável pelo planejamento, coordenação e supervisão das atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas nos DSEI's. Este departamento deve orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde da população indígena segundo diretrizes do SUS; tem ele de planejar, coordenar e supervisionar as atividades de educação em saúde e elaborar normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde. Outra função deste departamento é elaborar Planos Distritais de Saúde Indígena e coordenar as ações de edificações e saneamento ambiental.

Garantida por meio da Lei Sérgio Arouca, a participação indígena nos Conselhos de Saúde, Órgãos Colegiados de Formulação, Acompanhamento e Avaliação das Políticas Públicas de Saúde, sendo eles: o Conselho Local de Saúde Indígena – CLSI (permanente, consultivo composto somente por indígenas), o Conselho Distrital de Saúde Indígena- CONDISI (permanente, paritário e deliberativo) e o Fórum de Presidentes de CONDISI (permanente e consultivo). Estes Conselhos de Saúde possibilitam uma participação mais direta da comunidade na fiscalização e na condução das políticas de Saúde.

6.2 OS PANKARARU E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para descrevermos o processo de implantação da equipe de Estratégia Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde (UBS) Real Parque utilizamos como referência Nakashima (2009) e informações da Prefeitura de São Paulo. A atenção à saúde, principalmente após a criação do Subsistema de Atenção, é um dos direitos mais exigidos pelos indígenas urbanos.

As reivindicações dos indígenas Pankararu por melhores condições de saúde e pelo direito a um atendimento específico aproximou-os inicialmente do Projeto Xingu, vinculado à Universidade Federal de São Paulo. (Posteriormente, com a criação da equipe da Estratégia Saúde da Família Indígena em 2008, os Pankararu passaram a ser atendidos por meio dela.)

O Projeto Xingu, reconhecido pela qualidade das ações de promoção em saúde ao indígena e desde 1970 em atividade, hoje exerce ações apenas no Parque Indígena do Xingu (MT). (Em 1996 havia ampliado suas atividades para o atendimento de etnias de outras regiões do país e principalmente do Estado de São Paulo através da criação do Ambulatório de Atendimento ao Índio, pertencente ao complexo do Hospital São Paulo/UNIFESP, se tornando uma das principais referências de saúde indígena no país, na assistência especializada nos níveis de atenção secundária e terciária).

A etnia Pankararu por um longo período representou a etnia assistida em maior número pelo Ambulatório de Atendimento ao Índio. O modo como os indígenas procuravam pelo serviço era desorganizado e sem compreensão das limitações do atendimento prestado e do papel do ambulatório na atenção à saúde. Os profissionais que atuavam naquele momento no ambulatório realizaram um trabalho de orientação junto aos indígenas Pankararu e organizaram as “visitas” dos indígenas em atendimentos agendados para melhor distribuição dos usuários e qualidade da assistência.

Com o aumento da demanda nacional para casos mais complexos que necessitavam de atenção secundária e terciária, parte dos atendimentos aos indígenas Pankararu foi encaminhada à UBS Real Parque. Esse redirecionamento dos indígenas para um serviço de atendimento primário gerou conflito entre os Pankararu e o Projeto Xingu, pois os indígenas não reconheciam qualidade nas ações realizadas na UBS e por não possuírem atendimento especializado. Um marco importante para a elaboração de um serviço de saúde voltado para os Pankararu foi o seu contato, por intermédio do Projeto Xingu, com lideranças Guarani que tiveram a experiência de se mobilizarem reivindicando a criação de equipes especializadas em Atenção Básica.

A partir desse apoio e da mobilização da população indígena com abaixo-assinados, cartas conjuntas e manifestações públicas, foram realizadas discussões com a FUNASA, com o Ministério Público do Estado de São Paulo e com a Prefeitura de São Paulo. Essas discussões resultaram na criação da Estratégia Saúde da Família Indígena (ESFi) em 2004. A partir de recursos humanos redirecionados do Projeto Rondon, em 2006, após as negociações acima citadas, a Secretaria Municipal da Saúde implantou o cuidado à saúde por meio de uma Equipe de Saúde ESF compostas por: 01 médico; 01 Enfermeiro; 01 Auxiliar de Enfermagem (indígena Pankararu); 02 Agentes Indígenas de Saúde (indígena Pankararu). Essa Equipe foi formada para atender especificamente a Comunidade Pankararu de aproximadamente 1500 indígenas residente na favela do Real Parque.

A equipe de ESFi tem como protocolos a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e todos os protocolos de atendimentos e atenção à saúde da ESF; não há protocolos da Estratégia da Família especificamente para a saúde indígena, mas o serviço tem a orientação de respeitar a cultura Pankararu na atenção à essa comunidade.

Uma questão muito importante para os Pankararu do Real Parque é a participação social na construção das políticas que os atendem. Desde o início de seu atendimento específico em saúde na capital paulista, existe uma busca pelas lideranças em compreender seus direitos para construir suas próprias políticas e discutirem a identidade indígena na cidade.

Na cidade de São Paulo há aldeias indígenas Guarani, localizadas em Parelheiros e no Jaraguá, por elas estarem inseridas em terras indígenas as equipes que assistem à essa população indígena é a mesma que apresentamos anteriormente na organização e no modelo de atenção indígena, ou seja, trata-se de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas por agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, auxiliar de saúde bucal, auxiliares de enfermagem, cirurgião dentista, enfermeiros e médicos.

As EMSI se diferem da composição da equipe da ESFi no Real Parque porque, segundo a Prefeitura de São Paulo, os indígenas Pankararu migrantes de Pernambuco formam uma comunidade e não se localizam em uma aldeia (estão na cidade e em região de favela). Daí a opção pela criação do ESFi. Os Pankararu também contam com uma rede de serviços semelhante, o Ambulatório De Amparo ao Índio, o Hospital São Paulo e outros serviços que integram essa rede de modo similar ao modelo da EMSI.

7. METODOLOGIA

7.1 Tipo de estudo

Nosso trabalho tem metodologia de caráter qualitativo, caminho que possibilita o aprofundamento do mundo dos significados, das ações e das relações humanas, da compreensão dos valores culturais e das representações de determinados grupos sobre temas específicos (MINAYO, 2008). Desta forma, nosso objeto de estudo é marcado pela subjetividade oriunda das relações humanas, pontualmente no que toca a concepção cultural dos indivíduos que integram as questões de nossa pesquisa.

Segundo Minayo (2008), na pesquisa qualitativa o observador deve se preocupar menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão. As entrevistas analisadas em nosso estudo refletem as múltiplas dimensões do nosso objeto de estudo por meio da diversidade de suas experiências, atributos e expressões.

Devemos ressaltar que a nossa experiência profissional em Saúde Indígena e a nossa atuação no Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa” (CSE) foram essenciais desde os primeiros momentos que fundaram esta pesquisa até a finalização de nosso objeto de estudo. Trabalharmos junto ao CSE tornou viável o contato direto com os pesquisadores do projeto “Caminhos da Integralidade” e com outros profissionais comprometidos em discutir campos problemáticos da saúde. Tal cenário estimulou-nos a produzir um estudo que contribuísse na reflexão desses campos e parceria com pesquisadores de “Caminhos da Integralidade” (esta parceria será descrita em tópico específico a seguir).

Na elaboração dos capítulos que compõem nossa pesquisa, elegemos temas pertinentes à descrição do sistema de saúde indígena e a compreensão das particularidades da etnia Pankararu na cidade de São Paulo. Com a contribuição crítica do campo dos Estudos Culturais, refletimos sobre os elementos culturais na prática de saúde na abordagem individual e coletiva. Também discutimos o processo saúde–doença e o campo da Saúde Coletiva na construção da Integralidade.

Arelados a esse panorama, conduzimo-nos a examinar relatos de profissionais e usuários indígenas de um serviço básico de saúde e a identificar e destacar possíveis ações de atenção integral às necessidades de saúde dessa comunidade específica.

7.2 Pesquisa “Caminhos da Integralidade” e a utilização das entrevistas

As entrevistas que analisamos em nosso estudo foram realizadas por pesquisadores da pesquisa intitulada “Caminhos da Integralidade: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana”¹ e por esse motivo vamos nos deter em descrevê-la cuidadosamente neste capítulo.

A pesquisa “Caminhos da Integralidade” trata-se de uma pesquisa qualitativa, anterior ao nosso estudo, cujo projeto esteve em vigência do período de julho de 2007 a maio de 2010. Os pesquisadores envolvidos nesta pesquisa também estudaram a temática Integralidade e buscaram “identificar, analisar, sistematizar/aperfeiçoar e disseminar práticas bem sucedidas em relação à realização da integralidade do cuidado” na Atenção Primária à Saúde. A realização do trabalho de campo envolveu 14 Unidades Básicas de Saúde da Região Oeste do município de São Paulo, dentre elas a do Real Parque. Foram 196 sujeitos entrevistados (individualmente e/ou em grupo) e cerca de 200 horas de observação direta de serviços. A investigação foi organizada em seis áreas temáticas: 1) Organização tecnológica do trabalho; 2) Relações entre gênero e atenção à saúde; 3) Questões raciais e étnicas; 4) Saúde do idoso; 5) Saúde do jovem e adolescente; 6) Sofrimento mental.

Nossa aproximação com esta pesquisa deu-se pelo eixo temático Raça e Etnia, precisamente pelo acesso ao material coletado por outros pesquisadores em uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de abrangência da pesquisa, no caso a UBS do Real Parque que assiste à uma comunidade indígena, um traço bastante incomum na cidade de São Paulo e nosso interesse de estudo.

Nosso interesse de estudo manteve-se em nos debruçarmos na análise deste material sob uma nova perspectiva crítica: à luz do campo dos Estudos Culturais e buscamos, então, contribuir para o desenvolvimento de reflexões na relação Saúde–Cultura.

¹ Pesquisa vinculada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) sob a coordenação professor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres e com participação de uma equipe de pesquisadores formada por docentes do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, da Escola de Enfermagem e da Escola de Educação Física, além de profissionais da saúde pertencentes ao Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa e alunos da pós-graduação. A pesquisa se desenvolveu com o apoio da Supervisão de Saúde Butantã, da Coordenadoria Centro-Oeste da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e com financiamento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) processo número (2006/51688-9).

Nosso recorte foi exclusivamente as entrevistas realizadas aos cinco sujeitos selecionados na UBS Real Parque. Este foi o único material autorizado pelo coordenador do projeto e pesquisadores do eixo temático a ser disponibilizado e analisado em nosso estudo.

O critério de seleção dos sujeitos pelos pesquisadores de “Caminhos da Integralidade” foi selecionar diferentes perfis profissionais no serviço de saúde. Selecionaram cinco sujeitos sendo (2) profissionais não indígena de formações diferentes, (1) profissional indígena, (1) profissional não indígena que mora na comunidade, (1) liderança indígena, totalizando cinco sujeitos. Em nossa pesquisa analisamos as entrevistas realizadas aos cinco sujeitos, ou seja, a totalidade dos sujeitos selecionados na UBS Real Parque (único serviço de saúde de nosso estudo).

As pesquisadoras abordaram com os sujeitos participantes dados referentes à identificação dos entrevistados, às experiências profissionais, ao papel que exerciam no serviço de saúde e na comunidade, à assistência à saúde, à especificidade da equipe indígena e a questões de raça/etnia. Tivemos acesso as entrevistas escritas, já transcritas. Não acessamos as gravações. Os dados captados pelas pesquisadoras de “Caminhos da Integralidade” foram levantados de janeiro a setembro de 2009 por meio de entrevistas abertas gravadas e posteriormente transcritas, conforme indicam as duas tabelas a seguir:

Entrevistado	1	2	3	4	5
Idade	26 anos	50 anos	27 anos	58 anos	33 anos
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Cor de pele	Negra	Negra	Indígena	Indígena	Branca
Local de nascimento	São Paulo – SP	Vitória da Conquista – BA	São Paulo – SP	Tacaratu – PE	São Paulo –SP
Estado Civil	Solteira	Casada	Casada	Casado	Solteira
Nº de filhos	Nenhum	Sete	Um	Seis	Nenhum
Escolaridade	Formação técnica	Alfabetizada	Superior	Analfabeto	Superior
Ocupação	Auxiliar Técnico Administrativo	Faxineira	Agente Comunitária de Saúde	Aposentado	Médica
Religião	Nenhuma	Católica	Católica	Católico	Evangélica

Quadro 2 – Perfil dos entrevistados segundo informações referida nas entrevistas, 2009

Em relação aos sujeitos, apesar de não termos realizados as entrevistas é importante destacar que durante nossa experiência profissional no Ambulatório do Índio (Projeto Xingu)

Jardim e parte de Paraisópolis, este serviço é referência para uma população de 27.610 habitantes.

Os profissionais que atuam na UBS Real Parque pertencem às especialidades da Clínica Geral, Ginecologia, Pediatria e Odontologia, contando ainda com profissionais das áreas de Enfermagem, Serviço Social, Administração dos profissionais administrativos e de duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre essas duas equipes da ESF, uma foi criada para o atendimento específico das famílias indígenas Pankararu residentes na comunidade do Real Parque (composta por cerca de 1500 pessoas, ou seja, 5,43% da população total de referência da UBS Real Parque, segundo levantamento da Secretaria de Habitação de São Paulo, realizado em 2008).

O recorte territorial de nosso campo de investigação se restringe à favela Real Parque, situada à margem do Rio Pinheiros, em frente à Ponte Estaiada. Neste momento descreveremos suas principais características.

Historicamente, segundo Silva (2013), as terras da região do Real Parque pertenciam à antiga fazenda Morumbi, uma propriedade particular extensa. O fácil acesso e as oportunidades de trabalho que se sucederam a partir de 1940 favoreceram o crescimento populacional da região. Diante disso, dado o alto movimento ligado à área da Construção Civil, o grande número de trabalhadores foi um vetor definitivo para a expansão da favela local (SILVA, 2013 apud TAKADA, 2010). Nessa época, a denominada favela da Mandioca (que passaria a se chamar Real Parque a partir de 1980) era assim chamada devido à sua característica semirrural e presença do cultivo e comercialização de extensas hortas por moradores da área, além da criação de galinhas e porcos.

O próprio crescimento da favela foi contribuindo para a extinção do cultivo da horta. “A favela deu um ritmo diferente para um bairro que, com seu processo de desenvolvimento intenso, não conseguiu ocultar a existência da população constituída por migrantes do Norte, Nordeste e de alguns estados da Região Sudeste do Brasil.” (SILVA, 2013 p.26).

Atualmente é formada por barracos, casas de alvenaria e prédios da Cingapura apresenta um contraste com a realidade socioeconômica da região que a circunda (NAKASHIRA, 2009). “Forma-se, então, um mosaico, onde um morro, uma declividade, ou até mesmo uma rua, podem separar a moradia de grupos sociais distintos socioeconomicamente, gerando um padrão híbrido de ocupação do território” (GOHN, 2010 apud NAKASHIRA, 2009).

De acordo com a Secretaria de Habitação (dados em 2013), a favela possui aproximadamente 1325 domicílios e uma população estimada de 9000.

É composta basicamente por quatro ruas: duas paralelas (Paulo Bourroul e Conde de Itaguaí, de maior movimento e densidade demográfica) e uma rua perpendicular, que une as duas primeiras (César Vallejo, além de um trecho da rua Barão de Castro Lima), (LOPES,2011). Podemos verificar essa apresentação do território no mapa a seguir:

Fonte: Secretaria Municipal de Habitação. Prefeitura do Município de São Paulo, 2008.

Figura 6 - Mapa das principais ruas que compõem a favela Real Parque

Fonte: Secretaria Municipal de Habitação. Prefeitura do Município de São Paulo, 2008

Figura 7 - Ao centro da foto, a Favela Real Parque (vista aérea)

Na parte inferior do mapa a seguir a favela Real Parque contrastando com a Ponte Estaiada e região das avenidas Engenheiro Luís Carlos Berrini e Jornalista Roberto Marinho (parte superior):

Fonte: Secretaria Municipal de Habitação. Prefeitura do Município de São Paulo, 2008.

Figura 8 - Marginal Pinheiros e contrastes econômicos: na parte inferior a favela Real Parque, e na superior, os bairros de Itaim Bibi e Brooklin

Para refinar o detalhamento das características da favela Real Parque, utilizamos a descrição etnográfica de Lopes (2011) como uma das referências. De um modo geral, “são

muitos becos e muitas moradias construídas sem qualquer planejamento, o que ocasiona constantes mudanças de paisagem” (LOPES, 2011). Lopes ainda descreve discrepâncias entre as próprias ruas da favela. Exemplo disso é que, enquanto na Rua Paulo Bourroul existe uma mescla de comércios e moradias, na Rua Conde de Itaguaí (rua paralela à Rua Paulo Bourroul) predominam características mais residenciais, sendo que nesta rua a pobreza se expressa de forma ainda mais acentuada. (LOPES, 2011).

Nas observações realizadas por Lopes (2011) no que toca a atividade comercial na comunidade, evidenciou-se a presença de comércios ligados à venda de artigos de vestuário, produtos de necessidades básicas, borracharias, quitandas, *lan houses* e bares, principalmente na Rua Paulo Bourroul. No interior da favela, comércio predominantemente está ligado a bares, sendo ainda permeado pelo movimento do tráfico de drogas, que é flagrante ao final da rua Paulo Bourroul, a mais movimentada da favela (LOPES, 2011).

Crédito Rafael Lopes (2011)

Figura 9 - Exemplo de comércios existentes na comunidade. À direita Rua Paulo Bourroul (registrada no sentido final para início da via) e a esquerda Rua Cesar Vallejo

Os indígenas Pankararu estão espalhados por toda a comunidade, vivendo nos blocos de prédios do Cingapura, nos barracos de madeira e de alvenaria na Rua Paulo Bourroul, nas vielas ou nas habitações de madeira construídas após o incêndio ocorrido em 24 de setembro de 2010 (LOPES, 2011).

Além da Unidade Básica de Saúde, há oito entidades presentes na comunidade fundada pelos próprios moradores; por organizações não governamentais; e quatro igrejas.

Silva (2013) elencou entidades que estão presentes, assim como a UBS Real Parque (4 igrejas e 4 ONG) em sua pesquisa. Constam nela quatro ONG que desenvolvem atividades relacionadas a reforço escolar, cursos profissionalizantes e entrega de cestas básicas. São elas: o Centro Comunitário Ludovico Pavoni, criado em 1995 por iniciativa de missionários; o Centro de Apoio à Criança “O Visconde”, criado em 1993 e financiado por um grupo de empresários do Morumbi (Sociedade Amigos do Real Parque); o Projeto Casulo, inaugurado em 2003 pelo Instituto de Cidadania Empresarial (ONG); e a Creche Recanto Alegria II, mantida pela Associação Criança Brasil.

Dentre as quatro entidades fundadas pelos moradores estão: a Associação Esportiva e Cultural SOS Juventude, fundada em 1992; o grupo de Fianderas, criado em 2009; e duas entidades fundadas pelos indígenas: a Associação Indígena SOS Comunidade Indígena Pankararu e a Ação Cultural Indígena Pankararu (ONG).

7.4 ASPECTOS ÉTICOS

As pesquisas envolvendo seres humanos são regulamentadas por resoluções de acordo com o tipo de estudo. Para o desenvolvimento de nossa pesquisa foram respeitadas as determinações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nas resoluções 196/96 e 304/2000, no que se refere a pesquisas em saúde e à pesquisas com populações indígenas.

A resolução 196/96 define que todas as fases da pesquisa devem ser respeitadas seguindo os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa, da comunidade científica e do Estado.

Partindo dos mesmos princípios, a resolução 304/2000 complementa o mencionado acima com a determinação de que a visão de mundo, os costumes, atitudes estéticas, crenças religiosas, organizações sociais, filosofias peculiares, diferenças linguísticas e estruturas políticas referente aos índios devem ser respeitados.

Inicialmente a pesquisa “Caminhos da Integralidade” foi submetida e aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e FMUSP – CAPPesq, o que permitiu o trabalho com um material já aprovado pela comissão e dentro das determinações éticas de pesquisa. Nosso acesso a esse material deu-se a partir do consentimento do pesquisador responsável professor doutor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.

Todas as entrevistas foram realizadas com o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos envolvidos na pesquisa. Para a proteção da identidade de cada indivíduo, seus nomes

foram substituídos por nomes de plantas do Nordeste Brasileiro. Utilizamos “Biriba”, “Cajueiro”, “Dominguinha”, “Nhandi” e “Retirante” em referência a cada um dos sujeitos nos fragmentos de suas falas quando no texto e na análise de conteúdo.

Este tipo de estudo não apresentou riscos para a integridade física, mental, psicológica ou intelectual e social dos participantes.

Em relação aos sujeitos indígenas, não foi necessário recorrermos a órgãos de proteção ao índio ou outras instâncias do gênero pelo fato de utilizarem a língua portuguesa e por estarem em um contexto urbano. Ainda sim, a coleta de dados e a apresentação do objetivo da pesquisa (Caminhos da Integralidade) foram articulados junto à liderança da comunidade indígena Pankararu

7.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a interpretação dos dados coletados através das entrevistas realizadas pelos pesquisadores de “de utilizamos a análise de conteúdo proposto por Laurence Bardin (2011).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas aplicadas ao vasto campo das comunicações. Consideramos comunicação como qualquer veículo de significados de um emissor para um receptor, controlado ou não por este. Reconhecemos a diferença entre técnica e procedimentos como destreza/habilidade para um e conduta/ comportamento para o segundo.

Os procedimentos de análise podem ser bastante diferentes dependendo do tipo de documento e objetivo a serem investigados. O domínio de aplicação da análise de conteúdo se caracteriza pelo linguístico (oral) e a comunicação dual “diálogo” ou seja entrevistas e conversas de qualquer natureza. Bardin (2011) apud P. Henry e S. Moscovici (1968), enfatiza que “(...) tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

Para atingirmos o objetivo da pesquisa de identificar ações de integralidade, partimos de categorias pré-definidas classificadas de acordo com os quatro sentidos de Integralidade: Boa Medicina, Modo de Organizar as Práticas, Demandas Específicas e Construção de Projetos de Felicidade.

Após realizarmos leitura exaustiva das entrevistas transcritas que tivemos acesso, extraímos unidades significativas dos relatos dos sujeitos e as classificamos em quatro categorias segundo os quatro sentidos atribuídos à Integralidade (conforme apresentamos na Introdução).

Agrupamos tais unidades significativas na polaridade favorável e desfavorável a partir da identificação do quanto os temas de referência dessas unidades expressaram maior ou menor possibilidade de oferta de ações integrais.

Construímos o quadro a seguir com a finalidade de destacarmos as questões expressas nas entrevistas que analisamos.

Quadro 4 – Síntese dos traços destacados a partir dos relatos analisados nessa pesquisa (continua)

Categorias	Sujeito	Aspectos favoráveis	Aspectos desfavoráveis
Boa medicina	Retirante	<ul style="list-style-type: none"> - depende do profissional - é necessário conhecer a cultura Pankararu - interesse e aprendizado no cotidiano - obrigação de respeitar a cultura Pankararu - usar conhecimento tradicional e não tradicional - abertura para indígena se expressar 	<ul style="list-style-type: none"> - seguir rigorosamente os protocolos da Estratégia Saúde da Família - não abordar cultura indígena nas reuniões de equipe - não considerar a presença e a participação de bezendeiros, pajés, na comunidade indígena - repreender rituais - Medicina como única possibilidade de cuidado
	Biriba	<ul style="list-style-type: none"> - articulação com associação indígena da comunidade - apoio dos profissionais indígenas da equipe - considerar rituais da comunidade - não tem fila no serviço de saúde indígena - condutas de cuidado encontradas a partir dos rituais Pankararu - condutas de cuidado encontradas a partir da Medicina 	<ul style="list-style-type: none"> - não considerar processo de migração dos Pankararu e dificuldades de viver fora da aldeia - conflito com liderança da comunidade - diferença no adoecer na aldeia e na cidade
	Cajueiro	<ul style="list-style-type: none"> - discussão com profissionais experientes de outros serviços 	<ul style="list-style-type: none"> - comparação dos rituais indígenas à rituais religiosos de maneira desqualificada ou preconceituosa - acusar aspectos do costume como agravante da saúde - considerar apenas conhecimento ocidental - conflito com liderança da comunidade

Quadro 4 – Síntese dos traços destacados a partir dos relatos analisados nessa pesquisa (continuação)

	Dominguinha	- não subestimar procura dos usuários pela unidade de saúde	- visita domiciliar pode ser vista como uma invasão - outras etnias indígenas não tem acesso a UBS
	Nhandi	- rapidez no atendimento e mais facilidade no acesso a outros serviços de saúde	- outras etnias indígenas não tem acesso - não ter vaga de retorno com o médico
Modo de organizar as práticas	Cajueiro	- serviço específico de atendimento ao indígena no nível secundário de atenção à saúde - fluxo de referência e contra referência entre os serviços - discussão de casos entre profissionais dos níveis de atenção - reencaminhamento da demanda espontânea.	- conflito entre profissionais indígenas e não indígenas - dificuldade de diálogo por discrepância nas ideias - não participação de atividades em equipe - falta de organização do trabalho para alguns profissionais
	Retirante	- rompimento da hierarquização entre categorias profissionais	- documento norteador da Estratégia Saúde da Família insuficiente para a equipe indígena - cobrança pela produção das atividades da equipe - cobrança pela cobertura de 100% das visitas mensais - pouca pauta para justificar necessidade de reuniões diárias - dificuldade de diálogo por discrepância nas ideias
	Dominguinha	- todos terem as mesmas informações - planejamento coletivo das ações e atividades oferecidas - visão sistêmica das atividades da unidade de saúde	
	Biriba	- serviço específico de atendimento ao indígena no nível secundário de atenção	- dificuldade de articulação com Organização Social

Quadro 4 – Síntese dos traços destacados a partir dos relatos analisados nessa pesquisa (conclusão)

Demandas específicas	Retirante	<ul style="list-style-type: none"> - fortalecimento da identidade indígena nas gerações novas - aumento do interesse dos indígenas pela própria cultura e identidade 	- profissionais não indígenas nem sempre identificam necessidade de especificidades
	Biriba	<ul style="list-style-type: none"> - criação da equipe de Saúde Indígena na Estratégia Saúde da Família - serviço específico melhorou as condições de saúde dos indígenas na favela - aquisição de transporte para locomoção dos indígenas aos serviços de saúde 	- profissionais não indígenas nem sempre identificam necessidade de especificidades
	Nhandi	<ul style="list-style-type: none"> - direito às medicações e insumos além daquelas padronizadas pelo SUS - direito de utilizar o serviço indígena de saúde para cônjuges não indígenas 	
	Cajueiro		<ul style="list-style-type: none"> - não há diferenças entre indígenas e não-indígenas - mesmas demandas e necessidades de saúde dos não-indígenas - considerar indígenas adaptados suficientemente ao contexto urbano
Projetos de Felicidade	Retirante	<ul style="list-style-type: none"> - contar histórias da comunidade como parte do cuidado à saúde - reflexão junto ao paciente sobre saúde 	- modelo de saúde dificulta participação dos aspectos culturais na promoção da saúde
	Biriba	<ul style="list-style-type: none"> - expectativas com a cidade de São Paulo - necessidades para uma vida boa 	- dificuldade do profissional indígena se sentir incluído no serviço de saúde. Pertencimento maior à comunidade que à equipe de saúde.

8. ANÁLISE E RESULTADOS

Analizamos o conteúdo do material de campo utilizado em nossa pesquisa segundo a aplicação de técnicas e procedimentos propostos por Lawrence Bardin (2011). Extraímos dos relatos dos sujeitos chave, depoimentos referentes a ações em serviço de Saúde ocorridas na Unidade Básica de Saúde do Real Parque e que caracterizavam as relações entre profissionais e usuários indígenas.

Agrupamos esses depoimentos em quatro categorias temáticas (BARDIN, 2011), definidas segundo os sentidos atribuídos ao termo Integralidade na prática de Saúde: 1) Integralidade como boa Medicina; 2) Integralidade como modo de organizar as práticas de saúde; 3) Integralidade como demandas específicas; 4) Integralidade como construção de projetos de Felicidade.

Partindo do valor que os sentidos da Integralidade atribuem às práticas de Saúde, destacamos nos fragmentos traços que representavam aproximação ou distanciamento relacionada a essa noção. Nesse movimento consideramos a aproximação como uma tendência favorável e o distanciamento como uma tendência desfavorável à prática integral de Saúde. Interpretamos esse valor por meio de nossa perspectiva, ao modo como os sujeitos se expressaram.

Desta forma, indicamos com o agrupamento das unidades de significado em cada categoria dois aspectos, em que sentido a ação/evento referido está relacionado e sua tendência na prática de Saúde (favorável ou desfavorável à Integralidade).

Figura 5 – Esquema de organização e classificação do material analisado

Na sequência deste capítulo, apresentamos os resultados obtidos em cada categoria analisada e a descrição dos traços identificados. Utilizamos fragmentos das entrevistas para caracterização da codificação categórica e melhor elucidar a discussão.

8.1 CATEGORIA 1: Integralidade como um traço da boa medicina

“(...) é coisa para os nossos encantados resolverem os nossos encantos dizem: - [“Isso daí é coisa nossa. Nós damos corda”] e se não é, ele diz: - [“Aqui tem coisa que é minha, e aqui tem coisa que é do homem da caneta.”] E quem é o homem da caneta? É o médico, (...)” (Biriba – liderança indígena)

Conforme apresentado na introdução de nossa pesquisa, Mattos (2001) traz como primeiro sentido atribuído à noção de Integralidade uma atitude médica desejável, ou seja, como característica da boa prática médica (não nos restringimos aqui à categoria médica em si, consideramos as múltiplas categorias profissionais que atuam nas práticas de Saúde).

Este sentido representa uma atitude crítica às limitações de um sistema que privilegia as especialidades médicas e que prioriza as dimensões biológicas (de forma fragmentada) em detrimento das dimensões psicológicas, sociais e culturais nas práticas de Saúde.

A Integralidade como traço da boa medicina se configura na recusa da abordagem reducionista, em apreender as necessidades mais abrangentes dos usuários que procuram os serviços de Saúde. Remete, portanto, a aspectos ligados a uma atenção à Saúde ativamente ocupada em identificar e acolher as necessidades dos usuários, com escuta qualificada à diversidade de suas necessidades. Explorando todas as possibilidades técnicas de produzir ações de prevenção e também aquelas que consideram as questões relevantes para a qualidade de vida (AYRES, 2006).

Os traços agrupados neste sentido foram expressos em torno de temas centrais ligados a aspectos que configuram a identificação e o acolhimento das necessidades da comunidade Pankararu. Observamos quatro temas principais relacionados a atitudes relatadas: a) formação dos profissionais de saúde; b) campo do conhecimento que estabelece condutas e prescrições; c) acolhimento e escuta do usuário indígena; d) aspectos da racionalidade biomédica e do sistema de cura da etnia Pankararu.

Na direção favorável à Integralidade, verificamos relatos em que uma formação profissional especializada para o atendimento do indígena ou ainda experiência profissional com outras culturas é referida como pré-requisito não fundamental para compor a equipe da Estratégia da Saúde da Família (no que toca o atendimento ao usuário indígena). Entretanto, o respeito à cultura Pankararu é destacado como essencial na relação entre profissionais de saúde e usuários indígenas:

Fragmento 1:

“(...) Ele (médico) era muito engraçado, ele ria: - [Rose, eu não tenho obrigação de acreditar, mas eu tenho a obrigação de respeitar]. É diferente”. (Retirante – profissional indígena)

O interesse em conhecer a cultura Pankararu e em que proporção, segundo entrevistados, depende da iniciativa individual de cada profissional. Trabalhar com e para o indígena pode ser um processo de aprendizagem na própria rotina do trabalho, ou seja, no dia a dia se desenvolve a percepção e o aprendizado quanto ao “melhor jeito de se efetuar o tratamento do usuário indígena”.

Neste sentido, os entrevistados indígenas enfatizaram a importância do papel das Agentes Comunitárias Indígenas no serviço de Saúde e a interação com os profissionais não indígenas da equipe. Também há destaque quanto ao reconhecimento do papel de curandeiros e benzedeiros na comunidade para o cuidado do corpo e do espírito:

Fragmento 2:

“(...) a M.L. é nossa pajé. Por que que ela é nossa pajé? Porque além dela cuidar de nosso povo na doença que quando faz é igual para todo mundo, ela cuida na reza, no nosso ritual indígena(...)” (Biriba – liderança indígena)

Verificamos posicionamento de oposição quanto ao papel da liderança indígena. Conforme verbalizado, por um lado, a presença da liderança tem um valor de intromissão enquanto para o outro é uma atitude natural tangente ao papel que cumpre na comunidade. Este embate é interessante por apresentar tensão entre dois papéis socialmente fortes. Assim, apontamos os fragmentos a seguir:

Fragmento 3:

“(...) Vem o cacique aqui, bota o dedo na minha cara para discutir conduta médica. O que eu vou discutir com ele? (...) chega uma hora que precisa de CRM, vou discutir com outros médicos. (...) o que me dá problema não é a comunidade, o que me dá problema é a liderança da comunidade.” (Cajueiro – profissional não indígena)

Fragmento 4:

“(...) Você está entrando na comunidade dele. Você tá falando que não pode na comunidade dele (...)” (Retirante – profissional indígena)

Fragmento 5:

“Então eles (índios) chegavam aqui e se impunham, eu também me impunha (...). Mas eu me impunha todas as vezes e eu sempre provava que eu estava certa.” (Cajueiro – profissional não indígena)

Na comunicação com o indígena é relatada a necessidade de se estabelecer um diálogo em que o indígena se sinta acolhido e familiarizado. O profissional deve buscar relacionar exemplos do contexto da vida na aldeia ou de costumes dos antepassados. A procura do usuário pelos serviços ofertados na Unidade Básica pode revelar uma necessidade importante e não deve ser vista com uma procura simples, sem significado relevante.

Encontros assistenciais com outros profissionais de saúde (não médicos) são referidos como forma de contemplar o cuidado à saúde e diminuir a demanda de consultas médicas, contribuindo para o acesso da comunidade indígena. Também é relatado que nos casos de emergência os profissionais realizam o atendimento imediato independente de pertencerem à equipe específica para o atendimento de usuários indígenas.

Neste segundo momento, observando tendências desfavoráveis a uma boa prática em saúde, os sujeitos expressaram questões ligadas a dificuldades na interação cultural entre profissionais e usuários indígenas para a elaboração de Planos de Cuidado. Essas dificuldades chegaram a ser relatadas como conflitos na coordenação dos diferentes saberes, o que gerou desconfortos na oferta e procura de serviços de saúde.

A questão central definitiva quanto a caracterizar como desfavorável a prática de Saúde para os entrevistados indígenas se dá recorrentemente, ao profissional de saúde tomar a medicina biomédica, a ciência, como possibilidade única de atenção à saúde e não considerar relevantes elementos culturais como os ensinamentos passados pelos antepassados indígenas ou a prática de costumes e rituais realizados pela comunidade. Abaixo, destacamos dois fragmentos para elucidar esta atitude:

Fragmento 6:

“(...) Não adianta falar que é uma coisa que eles aprenderam com os antepassados deles, sendo que você não acredita, sendo que você acredita que a medicina está acima de tudo, está acima do bem e do mal (...).” (Retirante – profissional indígena)

Fragmento 7:

“(...) Você sabe por que ela fuma cachimbo? (...), ela fuma o cachimbo dela porque todo dia ela tem esse ritual. (...) ela canta nos rituais, ela mantém, ela precisa fumar o cachimbo (...).” (Retirante - profissional indígena)

Verificamos nos depoimentos do profissional de saúde um posicionamento com teor desqualificador ao tentar relativizar os rituais indígenas com rituais religiosos mais populares ao nosso convívio:

Fragmento 8:

“Eles também usam esses rituais espirituais para tratamento de doenças, que não é nada mais do que o umbandista também usa, do que faz cirurgia espiritual, do que vai numa igreja evangélica, do que o catolicismo que reza para um santo.” (Cajueiro – profissional não indígena)

Em relação às condutas e prescrições médicas, encontramos expressões de conflito na interação médico–usuário. A partir dos relatos analisados é revelado que os Pankararu também acessam cuidados à saúde no sistema tradicional de cura, não sendo sempre que procuram pelo serviço de saúde em suas demandas.

Fragmento 9:

“Nós temos dois Deus, esse que é de todo mundo, e esse que é da nossa cultura, porque quando tem um filho nosso doente, eu não levo primeiro no médico.” (Biriba – liderança indígena)

Fragmento 10:

“(…) é coisa para os nossos encantados resolverem os nossos encantos dizem: - [“Isso daí é coisa nossa. Nós damos corda”] e se não é, ele diz: - [“Aqui tem coisa que é minha, e aqui tem coisa que é do homem da caneta.”] E quem é o homem da caneta? É o médico, (…).” (Biriba - liderança indígena)

Sabemos que esses dois últimos fragmentos não representam tendências desfavoráveis à Integralidade, mas os destacamos a fim de destacar que não observamos nos relatos dos profissionais de saúde alguma consideração similar, quanto a construir o cuidado no encontro assistencial.

De acordo com os relatos, o profissional reconhece a existência de outras práticas na comunidade, mas, mesmo preocupado com a adesão dos usuários indígenas aos programas e ao seguimento clínico, não possibilita um diálogo em que esses elementos culturais se firmem de modo significativo na comunicação durante um encontro assistencial (nem mesmo integra tais elementos culturais em uma eventual possibilidade de cuidado atrelada às demais ações ofertadas pelo serviço de saúde).

8.2 CATEGORIA 2 – Integralidade como modo de organizar as práticas

“(…) um atendimento secundário que os índios tem que é o ambulatório do índio, que por sinal tem um médico que faz muito bem isso comigo, então ele é um médico secundário que fazia a relação com o terciário.” (Cajueiro – profissional não indígena)

Esta categoria representa o sentido de Integralidade como modo de organizar as práticas de saúde e todo aparato conceitual e técnico buscado para articular os níveis primário,

secundário e terciário de organização do setor de saúde. Integram esse universo as diversas instâncias e ações que envolvem estes níveis de atenção, como por exemplo, a articulação entre diferentes especialidades médicas, diferentes profissionais, diferentes tipos de serviços profissionais e a articulação entre ações de saúde pública, ações assistenciais, demanda programada e demanda espontânea.

Na análise das entrevistas observamos atitudes relatadas pelos sujeitos envolvendo a articulação de vários elementos no sentido exposto de Integralidade. Essas situações foram destacadas quanto a seu conteúdo e ao examiná-los identificamos a concentração de duas instâncias de articulação: a) articulação com serviço indígena no nível secundário; b) articulação entre os profissionais da equipe.

Em relação à articulação com serviço indígena no nível secundário, por meio da análise dos relatos constatamos que a existência de um serviço específico para a população indígena em nível secundário de atenção à saúde promove um diferencial significativo quanto à qualidade na articulação entre os níveis de atenção. Além disso, contribui no fluxo de referência e contrarreferência dos pacientes encaminhados às especialidades, colaborando para a resolutividade do caso.

Nessa articulação é apontada a possibilidade dos profissionais envolvidos discutirem casos e tomarem ciência do que foi realizado com o paciente nos demais níveis de atenção. A discussão de casos também é apontada como um recurso utilizado em algumas situações que permanecem na atenção primária como forma de se buscar propostas em um serviço com mais tempo de atendimento aos indígenas em seu próprio ambiente – modo pelo qual a resolutividade da maior parte dos casos na atenção primária não sobrecarrega o serviço secundário.

Abaixo dois fragmentos da entrevista 3, na qual uma profissional não indígena se refere a este processo:

Fragmento 11:

“(…) um atendimento secundário que os índios têm que é o ambulatório do índio, que por sinal tem um médico que faz muito bem isso comigo, então ele é um médico secundário que fazia a relação com o terciário.” (Cajueiro - profissional não indígena)

Fragmento 12:

“(…) o médico de família está aqui na atenção primária e vai passar um caso para um especialista, um psiquiatra, existe a resposta, é diferente. Eu atendia o meu paciente, fazia uma carta e ele levava a carta para o Hospital São Paulo, (...) ele via o atendimento e passava de volta para mim.” (Cajueiro - profissional não indígena)

O serviço apontado no cuidado secundário trata-se do Ambulatório de Atendimento ao Índio vinculado ao Projeto Xingu e ao Departamento de Medicina Preventiva, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Este serviço pertence ao complexo ambulatorial da UNIFESP/Hospital São Paulo. Segundo publicado pela própria Universidade, tal serviço foi criado em 1992 com o objetivo de atender a crescente demanda de pacientes indígenas de todo país por serviços especializados.

O Ambulatório de Atendimento ao Índio consistiu numa porta de entrada diferenciada para o Hospital São Paulo e para os demais hospitais mantidos pela UNIFESP. Sua atuação possibilita a articulação com os diversos profissionais especialistas sobre aspectos culturais envolvidos na determinação da doença e seu modelo de atenção considera esses aspectos no diagnóstico e no tratamento proposto. Além disso, o Ambulatório atua na mediação do diálogo entre indígenas, pacientes e profissionais da saúde e acompanha indígenas no período de internação possibilitando a intervenção de médicos tradicionais (pajés, curandeiros, raizeiros, e outros) no processo de cura. Esse acompanhamento possibilita um encurtamento do período de permanência do indígena fora de sua aldeia, reduz filas de espera e ameniza os impactos da peregrinação pelas diversas especialidades.

A maior parte dos indígenas que utilizam o Ambulatório de Atendimento ao Índio em São Paulo é de outros estados do Brasil, porém para os indígenas da capital é realizado o mesmo seguimento quando necessário. O Ambulatório colabora para a organização da atenção básica aos povos de São Paulo e para a capacitação de outros hospitais de referência para esses indígenas.

Esta relação de atenção básica (Real Parque) com o Ambulatório de Atendimento ao Índio é colocada como um atendimento de qualidade diferenciada para o indígena, relação esta difícil de ser encontrada na organização de outros serviços para a população da cidade. O fragmento a seguir, da entrevista 5 de “Retirante”, refere-se a consciência da existência de um fluxo diferenciado para o indígena:

Fragmento 13:

“As outras pessoas só tem o Posto de Saúde ou Pronto Socorro, (...) e o indígena doente, passa no Hospital São Paulo, passa no Ambulatório do Índio pra ver como que tá.” (Retirante – profissional indígena)

Por último, vale destacar um fragmento que permite apresentar o uso do Ambulatório de Atendimento ao Índio e do Hospital São Paulo pelos indígenas em casos graves que surgem na comunidade. Segundo o entrevistado, há uma procura espontânea destes serviços

pela especificidade de considerar a cultura e os direitos indígenas, de modo a levar em conta a consequentemente contrarreferência à atenção básica:

Fragmento 14:

“(...) na hora que vocês tiverem uma pessoa doente não leva direto pros outros hospital porque depois que entra lá fica difícil sair e já levando direto pro Hospital São Paulo, eles já sabem do nosso sofrimento.” (Biriba – liderança indígena)

A experiência e o modelo de atenção ao indígena por profissionais de outras instituições de saúde são citadas como exemplo de respeito e integração cultural no trabalho com povos indígenas:

Fragmento 15:

“os médicos que trabalham na UNIFESP querendo ou não, eles sabem respeitar, tipo, o quê que os indígenas tomam de ervas, o que os indígenas tomam de remédios.” (Retirante – profissional indígena)

A análise desta subcategoria possibilitou identificarmos ações integrais à saúde da população indígena Pankararu do Real Parque por meio da articulação entre a Estratégia Saúde da Família Indígena. Tais ações se dão no nível de atenção primária com o Ambulatório de Atendimento ao Índio, em nível de atenção secundária e de forma muito específica na rede de serviços. A qualidade do atendimento ao indígena se dá, nesse sentido, de forma definitivamente mais satisfatória. Causas centrais que permeiam e definem esse resultado são: a busca de um fluxo contínuo de informações entre os serviços; discussão de condutas a partir de suas experiências específicas; o acompanhamento e remissão ao nível de atenção adequado às demandas espontâneas da população indígena.

No tema “Articulação entre profissionais da equipe”, agrupamos relatos em que a articulação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde do Real Parque é mencionada. Diferentemente da subcategoria anterior, entre as situações observadas encontramos aspectos que possibilitam uma boa comunicação entre os profissionais, além de aspectos de conflitos e divergências, desfavoráveis a esta articulação.

Ligadas às situações que representaram aspectos desfavoráveis à articulação dos profissionais estão os conflitos de convivência a partir do descontentamento de um profissional pelo modo de trabalho do outro. Situações como realizar carga horária de trabalho inferior ao preconizado; ausentar-se do trabalho e estar insatisfeito com produção do trabalho são interpretadas pelos profissionais a partir do comportamento no cotidiano e interferem na articulação e na elaboração de atividades em conjunto. Em um dos relatos a

questão de gênero foi mencionada com valor negativo, no sentido de que ser mulher contribuiu para que parte dos profissionais não simpatizasse com seu trabalho.

Como forma de ilustrar esse quadro, destacamos um fragmento da entrevista 3 de “Cajueiro”:

Fragmento 16:

“Aqui a pessoa (agente comunitário) chega dez horas e vai embora três da tarde, e tem dia que nem vem, tem dia que fica em casa o dia inteiro. Eu não posso fazer nada e as coisas não estão sendo feitas.” (Cajueiro – profissional não indígena)

O maior ponto de divergência e conflito se dá na relação entre o profissional médico e o profissional agente comunitário de saúde indígena. De um lado é relatado que o tempo previsto para visitas domiciliares não é bem administrado (dado o número pequeno de famílias) – a área deveria ser melhor assistida e uma quantidade maior de casos deveriam ser levados aos profissionais da Unidade Básica de Saúde.

Em contrapartida, o agente comunitário expõe uma resistência ao convívio com o médico. Devido a divergências entre as partes quanto a ideias de intervenção na comunidade. Há uma discordância em guiar as atividades e organização do trabalho pelos protocolos da Estratégia Saúde da Família. Podemos observar esse incômodo no recorte abaixo, da entrevista 5:

Fragmento 17:

“(...) aquele papel norteador não vai dar nada do índio. Vai dizer o que você tem que fazer com um PSF normal, mas com o PSF indígena ele não te dá clareza nenhuma. Quem só pode esclarecer alguma coisa, são os próprios indígenas.” (Retirante – profissional indígena)

Em relação ao número de visitas e ao levantamento de demandas da comunidade, é relatada por um dos sujeitos a utilidade de visitar casos com maior necessidade e não ter a obrigação de completar a totalidade dos domicílios por uma questão de produção. A redução da produção e a frequência diminuída na Unidade de Saúde é vinculada também aos períodos de festas e rituais na comunidade da qual participam:

Fragmento 18:

“(...) Porque no mês de junho, eu não dou 100%, porque 50% estão lá na comunidade, participando da festa do Embu, que é a queimação do cansaço (...).” (Retirante - profissional indígena)

As situações apresentadas acima interferem nas relações interpessoais e na pretensa articulação dos profissionais quanto à elaboração e implementação de ações de prevenção e controle de doenças, assim como em outras atividades programada. A seguir, dois exemplos

que surgiram nas entrevistas exemplificam situações nesse perfil. Um deles é a ausência dos agentes comunitários em reuniões agendadas com o médico e a recusa em participar de ações junto a Zoonoses em Ação focada no extermínio/Controle de ratos e da leptospirose na comunidade.

Nos aspectos positivos da articulação dos profissionais como forma de atender integralmente o usuário, é relatada a importância de todos os envolvidos terem ciência do mesmo conjunto de informações referentes à comunidade e às ações de saúde da unidade, desde a recepção do serviço até o último profissional que o assistirá na abordagem do usuário. Essa visão sistêmica do trabalho é vista como possível a partir de um planejamento coletivo do trabalho, tornando possível elaborar ações efetivamente coordenadas entre os trabalhadores. Na entrevista 2, de “Dominguinha” é possível identificar essas características em dois fragmentos:

Fragmento 19:

“(...) é bom que todo mundo esteja preparado. Desde mim, que sou da área administrativa, até as agentes, até os médicos. Então, todo o mundo fala a mesma língua, porque se alguém ‘vir’ perguntar alguma coisa, vai perguntar pra qualquer um, e a informação vai ser a mesma.” (Dominguinha – profissional não indígena)

Fragmento 20:

“(...) cada um faz sua parte. Eu faço a minha parte administrativa e, conseqüentemente, as enfermeiras e os médicos terminam o trabalho com este paciente, de uma forma que possa ajudá-lo.” (Dominguinha – profissional não indígena)

Esta subcategoria nos remete a aspectos positivos e negativos da articulação entre os profissionais da unidade de saúde. As situações negativas estão ligadas ao descontentamento com o trabalho do outro e um desejado rompimento da hierarquização da equipe voltada para a centralização do papel do médico, uma vez que essa hierarquia compromete atividades que dependem de um coletivo de profissionais para se concretizarem.

Nesse sentido, destacamos novamente, quanto às situações positivas da articulação, o caráter de um conhecimento global das atividades desenvolvidas pela equipe como um todo na Unidade de Saúde, sobretudo no que toca a disponibilização de um mesmo conjunto de informações prestado/oferecido aos usuários no acesso ao serviço.

8.3 CATEGORIA 3 – Integralidade e Políticas Especiais

“tudo o que nós estamos conseguindo é no nome do índio, porque se fosse um não-índio, dificilmente teria esse PSF aí no postinho” (Biriba – liderança indígena)

A Categoria 3 representa o conjunto de ações relacionadas com o sentido de Integralidade como forma de atender às necessidades de populações específicas por meio de políticas governamentais desenhadas em função de uma contextualização sociopolítica das necessidades de saúde de determinados grupos. Essas políticas combinam ações assistenciais com intervenções de outro caráter, tais como as jurídicas, legais, econômicas, culturais, etc.

Na análise do conteúdo das entrevistas, identificamos situações que refletem duas perspectivas distintas: a) atividades da Estratégia Saúde da Família (de natureza indígena); b) serviço de saúde com acesso diferenciado, o que fortalece direitos indígenas

Abaixo descrevemos os principais achados pertinentes à análise dessa categoria de acordo com as características agrupadas, iniciando pelas atividades da Estratégia Saúde da Família (quando ligado a famílias indígenas).

Nesse aspecto, levantamos situações favoráveis e desfavoráveis à integralidade das ações, interferindo no atendimento dessas demandas diferenciadas.

Nos elementos que representam situações desfavoráveis, identificamos nos relatos a cobrança da produção de 100% das visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a pressão exercida pela Organização Social gestora.

Para as agentes comunitárias indígenas não há necessidade de se repetir mensalmente as mesmas casas se não há uma demanda na família. Segundo uma das entrevistadas, para cumprir essa meta mensal de visitas, não seria possível utilizar um tempo adequado nas casas com necessidades reais ou nas casas em que o indígena necessita de uma conversa, contar as histórias da comunidade para se sentir bem. Dessa forma, as entrevistadas interpretam que a quantidade de visitas domiciliares e a cobrança pela produção fazem com que a Estratégia Saúde da Família perca qualidade. Nos fragmentos da entrevista 5, “Retirante” um exemplo relacionado ao acima descrito:

Fragmento 21:

“Eu tenho 192 famílias, não tem ninguém acamado, não tem ninguém morrendo, até onde eu sei. Preciso todos os dias seguir esse papel (protocolo) e ter reunião todos os dias? Por que não fazer uma reunião por semana?” (Retirante – profissional indígena)

Fragmento 22:

“Você sentar, conversar, ver o que a pessoa tem, por mais que ela não tenha nada, (...) a conversa também é uma maneira de você liberar o estresse que você está sentindo.” (Retirante – profissional indígena)

Fragmento 23:

“Qualidade é você ir em uma casa, fazer uma visita, não pensar que daqui dez minutos você tem que sair daquela casa pra ir a outra.” (Retirante – profissional indígena)

Para outro profissional, o que caracteriza a Estratégia Saúde da Família são as visitas domiciliares realizadas por profissionais diferentes da equipe. Para ele, esta ação é uma invasão à vida das pessoas: considera que, poderia se levar em conta de modo satisfatório apenas o que é descrito pelo usuário na Unidade de Saúde. Somente o que for relatado na Unidade deveria então ser considerado no levantamento de problemas e condutas.

A falta de organização quanto à frequência de visitas e do número de mulheres gestantes, pacientes portadores de doenças crônicas e transmissíveis foi apontada como prejuízo ao modelo da Estratégia Saúde da Família, já que este modelo de atenção exige muita organização entre suas atividades.

Para o entrevistado “Biriba” há um descontentamento da relação da liderança da comunidade com Organização Social que faz a gestão da Unidade de Saúde sobre os acordos de Recursos Humanos e técnicos para a atenção aos indígenas. Observa-se esse descontentamento no fragmento 24 (entrevistado “Biriba”):

Fragmento 24:

“Agora se eu combino uma coisa com a senhora ou com um órgão da senhora (OS), chega lá o seu órgão (OS) quer passá por cima daquilo que nós combinamos, a gente não gostaria de ser pisotinado.” (Biriba – liderança indígena)

Os fatores favoráveis às atividades específicas da Estratégia Saúde da Família se referem à própria criação da equipe especificamente para a comunidade indígena, não sendo necessário se remeter apenas ao Ambulatório de Amparo ao Índio como anteriormente, sobrecarregando um serviço secundário com demandas de atenção primária. A melhora na qualidade de vida dos moradores permanentes na comunidade também foi apontada como um resultado da implantação da equipe de saúde na UBS Real Parque.

Quanto a um serviço diferenciado, que valorize os direitos indígenas, agrupamos nesta subcategoria situações em que a atenção à saúde é associada a questões de direito e cidadania. Observamos que uma política que visa atender demandas de um grupo criando serviços específicos contribui para a valorização e o fortalecimento da identidade desse grupo.

Identificamos no material coletado que a criação desses serviços em prol dos direitos de uma identidade é bem assimilada e considerada justa pelos profissionais.

Igualmente às subcategorias anteriores, foi possível destacar aspectos positivos e negativos das relações entre profissionais e usuários.

Entre os aspectos positivos relatados por 3 dos entrevistados, está o direito do acesso a medicações e insumos fornecidos pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que permitia um acesso rápido do indígena aos insumos, além de se responsabilizar por fornecer medicações que não constam preconizadas na farmácia do SUS, além de insumos como óculos, próteses, órteses etc.

É apontado nas entrevistas pelos profissionais indígenas que a criação da equipe da Saúde da Família Indígena, única até o momento na cidade de São Paulo, só foi possível em nome da identidade indígena e pela luta de seus direitos. A seguir dois fragmento da entrevista 1, de “Biriba”, apontam para esta questão:

Fragmento 25:

“tudo o que nós estamos conseguindo é no nome do índio, porque se fosse um não-índio, dificilmente teria esse PSF aí no postinho” (Biriba – liderança indígena)

Fragmento 26:

“Eles falam que é pra todo mundo que o Real Parque é um PSF indígena, (...) que os indígenas nenhum de São Paulo tem um PSF.” (Biriba – liderança indígena)

Observamos na análise das entrevistas que a criação da equipe indígena valorizou a identidade Pankararu para os indígenas jovens que nasceram na cidade de São Paulo, pois ao se diferenciarem enquanto serviço de saúde, sentiram a necessidade de conhecerem mais a própria cultura, de modo que acabaram por reconhecer e valorizar diferenças entre não-indígenas e indígenas. Destacamos um fragmento da entrevista 5, do sujeito “Restinga” que se trata desse aspecto:

Fragmento 27:

“Eu sei diferenciar da aldeia e sei diferenciar daqui. (...) e agora que eu estou no PSF indígena, então eu tento... falar mais um pouquinho, saber mais quais são os direitos dos indígenas.” (Retirante – profissional indígena)

Como situações desfavoráveis, levantamos situações em que o profissional não considera que exista uma diferença cultural e de identidade suficiente para se justificar uma equipe e ações diferenciadas. O profissional considera, então, a questão cultural como m viés para se conseguir privilégios em relação aos demais (cabendo a esse assunto ser investido

apenas pelos indígenas). Diz-se que os governantes não levam em conta as diferenças nesse âmbito. Observamos esse traço nos fragmentos da entrevista 3 de “Catingueira” e “Biriba”:

Fragmento 28:

“(...) Eles estão adaptados ao mundo ocidental, (...) eles são totalmente sei lá, brasileiros, com costumes novos (...)” (Cajueiro – profissional não indígena)

Fragmento 29:

“(...) o que muda mesmo é a cultura da comunidade, mas na cultura da comunidade, só eles que ficam mesmo nessa história de índio, de índio, de índio (...)” (Cajueiro – profissional não indígena)

Fragmento 30:

“(...) nossos governantes hoje, eles querem tratar do jeito deles acham que é na cabeça deles o não índio, não de todos, mas porque na cabeça deles passa que o índio e o branco tem que ser tudo por igual (...)” (Biriba – liderança indígena)

É observado, num sentido de invisibilidade das diferenças, o fato de os índios urbanos terem pretensamente se adaptado ao mundo do não indígena: no ambiente em que vivem não manifestarem doenças diferentes da demais parcela populacional da favela. Abaixo fragmento da entrevista 3, do sujeito “Cajueiro”:

Fragmento 31:

“Com droga, com bebida, com crime, tem índio preso. É igualzinho ao branco. (...) Aqui é tudo ser humano, sujeito às mesmas qualidades e aos mesmos defeitos.” (Cajueiro – profissional não indígena)

Para esta subcategoria foi possível identificar como aspecto positivo a própria criação da equipe de Saúde da Família Indígena, o acesso a medicações e insumos, a melhora da qualidade de vida, valorização da identidade Pankararu. Quanto aos aspectos negativos, surge a não identificação do direito a um acesso diferenciado à Saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde aos Povos Indígenas.

8.4 CATEGORIA 4 – Integralidade como construção de projetos de felicidade

“(...) ter uma atividade física, ter uma vida com a família, (...) boa alimentação, o dia a dia em si, você todo dia. (...) ter uma vida na medida do possível boa, nas nossas condições. Ter um lazer pra você se divertir, porque não é só dentro de casa (...)” (Retirante – profissional indígena)

Para esta categoria, a integralidade remete também ao cuidado como “forma compartilhada de conceber e produzir ações de saúde que concorram para a construção de projetos de felicidade humana”, apoiada nas trocas intersubjetivas operadas nos encontros entre usuários e equipes de saúde (AYRES, 2001).

Não há como possibilitar uma interação possível de construção de projeto de felicidade sem considerar as concepções da comunidade indígena sobre a vida, a saúde, sobre o que realmente reflete o bem-estar indígena. Esta categoria está diretamente ligada às outras categorias anteriores (que não são totalmente independentes entre si). Ainda sim, se os aspectos descritos anteriormente se aproximarem da ideia de Integralidade, a possibilidade de construção de um projeto coletivo a partir dos encontros entre os usuários indígenas e o que é oferecido pelos serviços de Saúde convergem de modo significativo, ainda que como um processo, para a integralidade irrestrita.

Fragmento 32:

“(...) eles querem sentar, eles querem conversar. Ter esse diálogo de contar histórias da nossa comunidade.” (Retirante – profissional indígena)

Fragmento 33:

“(...) tem aqueles índio mais velho, que tem ainda a cultura dele e não abre mão disso por nada. Saúde, pra eles é isso: estar bem (...)” (Retirante – profissional indígena)

Verificamos relatos próximos deste sentido apenas entre entrevistados indígenas. Observamos em seus relatos a importância de conhecer o que os Pankararu desejam para seu bem-estar e a presença da oralidade na comunicação indígena. Apontamos, no sentido de possibilitar a esse coletivo formas de expressão e de participação na elaboração de projetos de cuidado, o caráter essencial da valorização da integração entre a comunidade e a Unidade Básica de Saúde. Tal articulação corrobora modos eficientes de organizar fluxos no serviço de Saúde e na priorização de ações para esta comunidade.

Para que isso se torne prática recorrente, deve se empregar um esforço tão permanente quanto incisivo no objetivo de alinhar como viável a comunicação e a escuta desses elementos nos serviços de Saúde. Isso configurará um pilar definitivo nas estratégias de se efetivar uma atenção à Saúde de modo Integral.

NOTA: 1. O material de campo produzido pelos pesquisadores do projeto “Caminhos da Integralidade” resultou em um produto bastante fecundo em significados e expressões. Gostaríamos de apresentar essas entrevistas completas de modo a exemplificar a metodologia que utilizamos para a extração e análise das unidades significativas. Por conta da extensão das entrevistas e da inviabilidade de anexá-las todas ao corpo deste projeto, optamos por anexar a relação dos fragmentos que utilizamos nesta pesquisa.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizamos discussões nos capítulos que compõem este nosso trabalho e agregamos definições a ideia de Integralidade que apresentamos e desse modo examinamos os relatos dos sujeitos chaves dessa pesquisa. Nos ocupamos em verificar nos relatos dos sujeitos traços de aproximação e distanciamento da ideia de Integralidade, ou seja, encontros com interatividade favoráveis ou desfavoráveis para uma assistência integral à saúde.

Defendemos que identificar variáveis que apontam distanciamento das práticas de saúde da ideia de integralidade são essenciais para investirmos nas mudanças necessárias para uma boa prática em saúde.

Sabemos que os traços de Integralidade que identificamos e destacamos em nossa pesquisa, apesar de separados em categorias para sistematizar nossa análise, na prática se dão de forma sobreposta.

Destacamos um paradoxo interessante desta pesquisa: a criação da equipe da Estratégia da Saúde da Família como previsto pela Política Nacional de Saúde aos Povos Indígenas. Dadas as suas especificidades étnicas e antropológicas, possibilita o acesso “diferenciado” dos usuários indígenas aos serviços de saúde. Entretanto, na interatividade com os profissionais de saúde no momento do encontro assistencial, nem sempre a diversidade cultural que se apresenta como pano de fundo é considerada no cuidado à saúde (na concepção ampliada como discutimos no capítulo 2), gerando o silenciamento de uma das partes e o prejuízo da autonomia e do autocuidado do usuário indígena; daí se desdobra a desarticulação do processo para uma boa Medicina.

No processo estreito de interação entre profissional de saúde e usuário indígena identificamos tensões nos encontros relatados. Essas tensões identificadas surgiam principalmente em momentos em que a diversidade de saberes representava linhas de forças opostas, sobrepondo uma sobre a outra, no sentido de haver o falso subentendido de que apenas um discurso estaria certo, de que a integração não figurasse como válida, seja na resolução ou no desenvolvimento do processo.

Destacamos que a normalidade para os serviços de saúde (conforme discutimos no capítulo 1), a formação profissional e a excessiva valorização das práticas medicalizantes podem acentuar este fenômeno de “desencontro” entre profissional de saúde–usuário indígena.

Sobre a formação profissional sinalizada nos relatos analisados, a formação dos profissionais de saúde, com ênfase para a formação médica, caminhou para a especialização extrema, perdendo o olhar do todo, da dimensão integral do corpo vivo (MENDONÇA, 2009).

Concordamos com Mendonça (2009): é necessário desenvolver uma reflexão sobre a formação e a prática de profissionais de saúde e a convivência com outras culturas, outras concepções de corpo, de pessoa, de adoecimento e tratamento inseridas em diferentes sistemas de cura. “Demanda um olhar que transcende o momento da relação profissional–paciente e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece”. Compreendemos que este posicionamento crítico se faz necessário desde a instrumentalização profissional; a construção da Integralidade começaria, então, desde a Academia.

Neste sentido por qual via discutiríamos questões culturais durante a formação do profissional de saúde? Encontramos em Arroyo (2003 apud Arruda, 2009) uma reflexão que complementa a referência que utilizamos de Mendonça (2009) e contribui para esse questionamento:

A cultura que vivenciamos, o conhecimento cultural que acumulamos vai construir a caixa de ferramentas com que, ao longo da vida, construiremos significados, saberes, valores e condutas, com os quais faremos escolhas, participaremos da vida social e política, produziremos e reproduziremos nossa existência. As representações da escola, do trabalho, da saúde, do corpo, com que lidam os profissionais de saúde são produzidas culturalmente. Mexer com culturas exige artes e competências profissionais refinadas. Que teoria pedagógica dará conta da compreensão, acompanhamento e cuidado dessas travessias humanas, deste espaço de interlocução entre culturas distintas, entre caixas de ferramentas distintas? (ARROYO, 2003, p.78).

Ainda que a formação e a experiência profissional estejam apontadas nos relatos dos sujeitos de nossa pesquisa como uma questão importante para a boa prática em saúde, é citado como indispensável que o profissional de saúde conheça os aspectos culturais da etnia indígena Pankararu para a compreensão de suas necessidades específicas de saúde.

Desta forma, em relação ao processo saúde–doença, verificamos que a procura do Pankararu pelo atendimento em serviço de saúde está aparentemente ligada à noção de saúde como “falta de doenças”. Nesse sentido, a relação que mantém com os espíritos “Encantados” é fundamental para o equilíbrio do próprio corpo e do bem-estar da comunidade. Não podemos afirmar em que proporcionalidade a comunidade indígena busca pelos serviços de saúde e pela cura tradicional Pankararu, mas podemos dizer que a busca pelas duas abordagens podem estar presentes.

Os indígenas Pankararu podem buscar dispositivos tanto nos serviços de saúde (conhecimento biomédico) quanto buscar tecnologias no sistema tradicional de cura, ou seja, ao definirem critérios para a procura pelo “homem da caneta” ou pela manifestação dos “Encantados” em rituais de cura, criam também padrões de normalidade para a comunidade indígena. Nesse ponto, ao exame dos relatos, os Pankararu que buscam por ambos sistemas de cura nos parecem potencialmente apropriados à interação da diversidade cultural em relação à condição do profissional de saúde e conseguem identificar quando esse potencial está presente no profissional da equipe de saúde.

Sem perder de vista o nível de Atenção Primária à Saúde e o quanto esse campo de atuação delimita e prioriza as ações de saúde, reforçamos que contribuir para a construção do campo de saberes da Saúde Coletiva é fundamental para se compreender e se atingir a maior amplitude de necessidades da comunidade, compartilhando e construindo, juntos, projetos de felicidade.

Quanto a organização do serviço de saúde, a criação da equipe específica para o atendimento dos indígenas possibilitou o acesso a recursos diferenciados. Nossos sujeitos indígenas reconhecem melhorias na atenção à saúde dos Pankararu com a implantação desta equipe na Unidade Básica de Saúde. Do mesmo modo, essa especificidade sugere um fortalecimento e uma maior visibilidade da identidade Pankararu por meio do serviço de saúde.

Se por um lado os rituais, a dança e as festas se caracterizam como elementos de resistência cultural e fortalecem a identidade étnica, por outro, a existência da equipe de saúde por meio dos direitos indígenas destaca e reafirma a presença e a organização da comunidade Pankararu no território.

A articulação da rede de serviços situados na favela do Real Parque não foi verificada em nossa pesquisa (apesar de citadas na metodologia), mas consideramos fundamental o diálogo entre essas entidades, principalmente a escola. A interação desses outros espaços de circulação dos Pankararu amplia a identificação das necessidades da população indígena, direcionando a potencialidade dos equipamentos sociais para o reconhecimento étnico, para a desconstrução de estigmas. Calcados nesse percurso é viável alcançar uma efetiva Integralidade nos serviços de saúde destinados a esse perfil de comunidade.

A atuação do Ambulatório de Amparo ao Índio (Projeto Xingu – UNIFESP) como serviço específico ao indígena em nível secundário de atenção. O fluxo de referência e contrarreferência efetivo entre este serviço e a equipe da Unidade Básica de Saúde representa

um caminho qualificado para a gestão de informações, para a vigilância em saúde e para um plano horizontal de cuidado entre os diferentes níveis de atenção. A experiência de décadas de trabalho dos profissionais do Projeto Xingu e do Ambulatório de Amparo ao Índio foi apresentado como importante para a interlocução dos profissionais da Unidade Básica (até então menos experientes). Elementos essenciais na assistência e no diálogo com o indígena, assim como para a intermediação de conflitos decorrentes do que discutimos na questão da boa prática em saúde.

Considerando a proposta assistencial da Estratégia Saúde da Família quanto a conhecer o contexto sociocultural da comunidade e dos indivíduos inseridos no território de referência, concordamos que é imprescindível o diálogo dos profissionais de saúde com as lideranças e com as associações comunitárias, além de promover a participação social de uma forma muito além da questão do direito para a elaboração conjunta de possíveis prioridades de trabalho naquele grupo.

Particularmente quanto a criação do subsistema de saúde indígena (demanda específica), a elaboração desta política teve avanços na questão dos direitos destes povos na direção dos princípios do Sistema Único de Saúde, ou seja, com a proposta de garantir a universalidade, a equidade e a Integralidade. Compartilhamos com Mendonça (2004) sobre o desafio que o campo da Saúde Indígena ainda enfrenta, tanto na prática quanto na construção teórica. A autora ainda menciona que a atenção ao indígena se trata de um espaço complexo porque está mergulhado em “(...) um contexto intercultural marcado pela exclusão social, pelo preconceito, que tem como pano de fundo os conflitos pela terra, conflitos étnicos envoltos por uma sociedade dominante em que o jogo político e econômico é quem dita as regras (...)”.

Na prática, encontros que reproduzem relações de poder ou relação de dominação dos corpos e dos saberes, tendo a racionalidade biomédica como único caminho possível para a atenção à saúde, compõe uma tendência distanciada da possibilidade de Integralidade.

Construir um processo de trabalho que integre a diversidade cultural possibilita a definição mais adequada dos problemas a serem discutidos e das ações prioritárias, introduzindo especificidades acerca, por exemplo, do planejamento familiar, da constituição das famílias, do fluxo de migração, do contato com a aldeia, da alimentação, rituais e o papel dos Encantados e da relação com os agentes comunitários indígenas. A coordenação dessas questões tendenciam os encontros profissionais-usuários a possibilidades mais favoráveis à atenção integral. Concluimos que a integração e a coordenação de diferentes saberes é um bom caminho para construir projetos de felicidade e fundamental para encontros interativos em serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. A. S. **A Intenção Pankararu**: a “dança dos praiás” como tradução intercultural na cidade de São Paulo. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande. 2010. 33 p. (Cadernos do Leme)

ALMEIDA, E. S; CASTRO, C. G. J; VIEIRA, C.A.L. **Distritos Sanitários**: Concepção e Organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP. 1998.

ALMEIDA FILHO, N. Bases históricas da Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Jul-Set. 1986. p. 304-311.

ALMEIDA FILHO, N; COELHO, M. T. A. D. Normal-Patológico, Saúde-Doença: Revisitando Canguilhen. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: PHYSIS. 1999. p. 13-36.

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010.

ARROYO, M. G. **Escola e trabalho**: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional em saúde. Brasília: Relatório Geral do 1º Fórum Nacional do PROFAE. 2003.p. 64-80.

ARRUDA, R. **Noção de Cultura e o Campo da Saúde Indígena**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2009.

ARRUTTI, J. M. Enciclopédia Povos Indígenas do Brasil. **Instituto SócioAmbiental (ISA)**. São Paulo, julho. 2005. Disponível em: <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/pankararu>. Acesso em: 20 fev. 2012.

ASSIS, M. M. A. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política, metodológica e prática. **Revista APS**. Minas Gerais: Universidade Federal de Juíz de Fora. 2007. p. 189-199. v.10, n.2.

ATHIAS, R. **Sexualidade, Fecundidade e Programas de Saúde entre os Pankararu**. Pernambuco: Universidade Federal de Pernambuco. 2006. 24 p.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 2001. p. 63- 72. v. 6, n. 1.

AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. 2004. p.16-29. v.13, n.3.

AYRES, J. R. C. M. et al. **Caminhos da integralidade**: levantamento e análise de tecnologias de cuidado integral à saúde em serviços de atenção primária em região metropolitana. Projeto de Pesquisa - Fapesp - 2006/51688-9. São Paulo, 2006. 28 p.

AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. 2009. p.11-23. v.18, n.2.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**: a visão de Laurence Bardin. Edições 70. São Paulo: Martins Fontes. 2011. 229 p.

BARTH, F. Grupos étnicos e suas Fronteiras. **Teorias da etnicidade**. São Paulo: Editora da UNESP. 1998. 187-227 p.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2.ed. São Paulo: Editora Santos. 2010. 213 p.

BRASIL. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 dez. 1973. Seção 1. p. 13177.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF. 1986. 21 p.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei 2057/1991**. Dispõe do Estatuto das Sociedades Indígenas. Brasília, DF: Palácio do Congresso Nacional. 1991

BRASIL. **Novo Código Civil**. Lei nº 10.403 de 10 de janeiro de 2002. Aprova o novo código civil brasileiro. Brasília. DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Editora MS. 2002b. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. 2002c. 40 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF. 2006. 300 p. (Série I / História da Saúde no Brasil).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: 2006b.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena / Fundação Nacional de Saúde**. – Brasília, DF: Funasa, 2009. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2010. 60 p. (Série B/Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2012, 110 p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde, **Tecnologia de informação a serviço do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm> . Acesso em: 13 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>. Acesso em: jan/jun 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Fundação Nacional do Índio**. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/>>. Acesso em: mar/out 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Especial da Saúde Indígena**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>>. Acesso em: mar/out 2013.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec. 1994. 13-23 p.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o patológico**. Quinta edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. 307 p.

CANGUILHEM, G. O problema da normalidade na história do pensamento biológico. **Ideologia e Racionalidade nas Ciências Sociais**. Lisboa: Edições 70. 1977. 107-122 p.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da saúde: Sujeito e Mudança**. São Paulo: Editora Hucitec. 2005. 183 p.

CASTRO, V. Quem é índio? **Instituto SócioAmbiental (ISA)**. Mai, 2005. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/pankararu>>. Acesso em: 23 jun. 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196/96. **Cadernos de Ética em Pesquisa**. CONEP. Jul. 1998. p. 35-42. Ano I. nº I.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. **Índios na Cidade de São Paulo**. São Paulo: CPI-SP. 2005. 53 p.

COSTA, D.C. **Política Indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas**. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ. out/dez 1987. p. 388 – 401. (Cadernos de Saúde Pública).

DOSSE, F. **História do estruturalismo: O campo do signo**. Segunda Edição. São Paulo: Editora da Universidade Estadual de Campinas. 1993. V.1.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA. Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz). Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br>>. Acesso em set/out 2012.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. **Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavánte, Mato Grosso, Brasil**. Rio de Janeiro: ENSP – FIOCRUZ. mar/abr 2001. 313-322 p.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva. 2001. 925 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tendências Demográficas: uma análise dos indígenas com base nos resultados da amostra dos censos demográficos 1991 e 2000.** Rio de Janeiro. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010. Características gerais dos indígenas: resultados do universo.** Rio de Janeiro. 2012.

INSTITUTO SÓCIOAMBIENTAL. Organização da sociedade civil de interesse público. **Povos Indígenas do Brasil.** Disponível em <http://www.socioambiental.org>

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2010, vol. 18, núm. 3, Tela 173-Tela 181

LOPES, R. C. C. **Cura Encantada: Medicina Tradicional e Biomedicina entre os Pankararu do Real Parque em São Paulo.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2011. 140f.

LUCENA, A. F., PASLULIN, L. M. G, SOUZA, M. F, GUTIERREZ M.G.R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP.** 2006; 40(2):292-8.

LUCIANO, G. S. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. **Coleção Educação Para Todos.** Brasília: MEC/SECAD; LACED/Museu Nacional, Série Vias dos Saberes n. 1), 2006. 233p.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder medico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.21-32, fev.2004.

MARTINS, A. **Corpo e saúde na contemporaneidade.** Ciclo de palestras CPFL Cultura. Campinas. Out. 2010. Disponível em: <http://www.cpfcultura.com.br>. Acesso em 10.02.2012.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001. p.39-64.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-6, 2004.

MATTOS, R. A Os sentidos da integralidade:algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006. p.39-65.

MENDONÇA, S.B.M. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais e a medicina tradicional in **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**, FUNASA, Brasília, 2004.p.__

MENDONÇA, S.; RODRIGUES, D. **Política Indigenista de Saúde**. Especialização em Saúde Indígena. Universidade Federal de São Paulo – Universidade Aberta do Brasil. São Paulo, [2008?]. 10 p.

MENDONÇA, S.B.M, **Reflexões sobre a relação intercultural no campo da saúde indígena: uma introdução**. Especialização em Saúde Indígena. Universidade Federal de São Paulo – Universidade Aberta do Brasil. São Paulo, 2009.p__

MENNA-BARRETO, L. Homeostasia: uma revisão necessária? **Rev. Neurociências**. [S1] vol 1, nº 2. Set-out. 2004

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10a. ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

MOURA, J. C. **Interação e comunicação entre médicos e pacientes na atenção primária à saúde: um estudo hermenêutico**. Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2012. 196 p.

NAKASHIMA, E. Y. **Reatando as pontas da rama: a inserção dos alunos da etnia indígena Pankararu em uma escola pública na cidade de São Paulo**. 2009. 248 p. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade de São Paulo, São Paulo.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Rev. Ciênc. e saúde coletiva**. vol.13 no.3 Rio de Janeiro. Mai/Jun 2008.

OLIVEIRA, G. M. **Plurilingüismo no Brasil**. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e Instituto de Investigação e Desenvolvimento em Política Lingüística (IPOL), [S.1], julho 2008.

OLIVEIRA, G.M. de, (2000). **Índios urbanos no Brasil e a política lingüística. Considerações demográficas, educacionais e político-lingüísticas** disponível em www.ipol.org.br

OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). **Indigenismo e territorialização: poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998. 310 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia Geral das Nações Unidas. Resolução nº 41/128 de 4 de dezembro de 1986. **Declaração sobre o Direito ao Desenvolvimento**. 1986

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**, 1946, disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Artigo Especial. **Rev. Saúde Pública**, [S.1], 32 (4): 299-316, 1998.

PAIM, J. S. Gestão da Atenção Básica nas Cidades. **Desafios para a Saúde Coletiva no séc. XXI**. Salvador: EDUFBA, p. 49-78, 2006.

PALITOT, E. M. **Descobrir-se índio na cidade: as aldeias urbanas em Cratêus/Ceará**. Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, Porto Seguro – BA, 01 a 04 de junho, 2008, 22 p.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saude Publica**, v.35, n.1, p.103-9, 2001.

PELLEGRINI, M. **Sistemas de atenção à saúde e contato entre saberes: para uma reflexão sobre as Práticas**. Curso de Especialização em Saúde Indígena. Universidade Aberta – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2009.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. **Secretaria Municipal de Habitação**. São Paulo. 2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/habitacao/organizacao/cmh/index.php?p=1826>

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 12(1):179-203, 2002.

PREFEITURA DE SÃO PAULO. Disponível em <<http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>>. Acessado em fev. 2012.

RECH, P. **Supervisão na formação profissional de agentes indígenas de saúde no Parque Indígena do Xingu**. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doenças a partir de Georges Canguilhem. **Rev. Scientia Studia**. São Paulo. 2011. v.9, n.1, p.11-27.

SILVA, K. S. **Tecendo os sentidos sobre uma escola pública na favela do Real Parque: narrativas, experiências e resistências**. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Campinas, SP. 2013, 142 pgs.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde**. Ministério da Saúde, Brasília: UNESCO, 2002.726p.

TAVARES, H. M. Raymond Williams: pensador da cultura. **Revista Ágora**, Vitória, n.8, 2008, p.1 -27

WILLIAMS, R. **Cultura e sociedade: de Coleridge a Orwell**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 361 p.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de autorização da coordenação da pesquisa “Caminhos da Integralidade” para utilização das entrevistas neste trabalho.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE SAÚDE-ESCOLA PROF. SAMUEL BARNSLEY PESSOA
AV. DR. VITAL BRASIL Nº 1.490 – BUTANTÃ - CEP: 05503-000
FONE/FAX: 3727-1690

São Paulo, 20 de Março de 2014.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo para fins éticos em pesquisa, a utilização das entrevistas realizadas pelo grupo de profissionais participantes da pesquisa **Caminhos da Integralidade: Levantamento e Análise de Tecnologias de Cuidado Integral à Saúde em Serviços de Atenção Primária em Região Metropolitana** (FAPESP 2006/51688-9) referentes ao campo da Unidade Básica do Real Parque, pela aluna JULIANA GONÇALVES FIDELIS matriculada no Programa de Pós – Graduação em Estudos Culturais da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) com o nº USP 7675288 e sob orientação da docente Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Machado de Lima Hutchison, em sua dissertação de mestrado. Esclareço, outrossim, que a orientadora é pesquisadora participante da equipe que concebeu e executou o protocolo de pesquisa, que a análise a ser realizada neste mestrado está perfeitamente alinhada aos objetivos pactuados com os participantes no TCLE aplicado à época do trabalho de campo, e que qualquer publicação oriunda do mestrado seguirá os padrões de créditos e autoria preconizados pela FAPESP e pelas normas acadêmicas vigentes.

Atenciosamente,

Prof.º Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
Coordenador da Pesquisa

ANEXO B - Fragmentos utilizados na representação das categorias apresentadas em Análise e Resultados, segundo entrevistado:

RETIRANTE (profissional indígena)

“Quem entra pra trabalhar com indígena tem que saber de onde ele vem, pra onde ele vai ou, se não quer saber, tentar, pelo menos respeitar.”

“Os médicos que entra, mesmo da Fundação, não tem esse contexto do médico da UNIFESP (Projeto Xingu), (...) ele já sabe o que acontece. Eles já viajaram na aldeia anos e anos.”

“os médicos que trabalham na UNIFESP querendo ou não, eles sabem respeitar, tipo, o quê que os indígenas tomam de ervas, o que os indígenas tomam de remédios.”

“(...) Não adianta falar que é uma coisa que eles aprenderam com os antepassados deles, sendo que você não acredita, sendo que você acredita que a medicina está acima de tudo, está acima do bem e do mal (...).”

“As outras pessoas só tem o Posto de Saúde ou Pronto Socorro, (...) e o indígena doente, passa no Hospital São Paulo, passa no Ambulatório do Índio pra ver como que ta.”

“(...) aquele papel norteador não vai dar nada do índio. Vai dizer o que você tem que fazer com um PSF normal, mas com o PSF indígena ele não te dá clareza nenhuma. Quem só pode esclarecer alguma coisa, são os próprios indígenas.”

“(...) Porque no mês de junho, eu não dou 100%, porque 50% estão lá na comunidade, participando da festa do Embu, que é a queimação do cansaço (...).”

“Eu tenho 192 famílias, não tem ninguém acamado, não tem ninguém morrendo, até onde eu sei. Preciso todos os dias seguir esse papel (protocolo) e ter reunião todos os dias? Por que não fazer uma reunião por semana?”

“Você sentar, conversar, ver o que a pessoa tem, por mais que ela não tenha nada, (...) a conversa também é uma maneira de você liberar o estresse que você está sentindo.”

“Qualidade é você ir em uma casa, fazer uma visita, não pensar que daqui dez minutos você tem que sair daquela casa pra ir a outra.”

“Eu sei diferenciar da aldeia e sei diferenciar daqui. (...) e agora que eu estou no PSF indígena, então eu tento... falar mais um pouquinho, saber mais quais são os direitos dos indígenas.”

“(...) eles querem sentar, eles querem conversar. Ter esse diálogo de contar, histórias da nossa comunidade.”

“(...) ter uma atividade física, ter uma vida com a família, (...) boa alimentação, o dia-a-dia em si, você todo dia. (...) ter uma vida na medida do possível boa, nas nossas condições. Ter um lazer pra você se divertir, porque não é só dentro de casa (...).”

“(...) tem aqueles índio mais velho, que tem ainda a cultura dele e não abre mão disso por nada. Saúde, pra eles é isso: estar bem (...).”

BIRIBA (liderança indígena)

“(...) Nem todo mundo sabe trabaiaá com índio, mas no dia a dia ele vai aprendendo qual é o jeito do tratamento do índio, também não é a toa que tem duas, três índia trabalhando lá dentro (...).”

“(...) a Maria Lídia é nossa pajé. Por que que ela é nossa pajé? Porque além dela cuidar de nosso povo na doença que quando faz é igual para todo mundo, ela cuida na reza, no nosso ritual indígena(...).”

“(...) é coisa para os nossos encantados resolverem os nossos encantos dizem: - [“Isso daí é coisa nossa. Nós damos corda”] e se não é, ele diz: - [“Aqui tem coisa que é minha, e aqui tem coisa que é do homem da caneta.”] E quem é o homem da caneta? É o médico, então, aí(..).”

“Nós temos dois Deus, esse que é de todo mundo, e esse que é da nossa cultura, porque quando tem um filho nosso doente, eu não levo primeiro no médico.”

“Por isso que eu digo, muitas doença que nós pega daqui, si nós tivesse por lá (aldeia) num pegava, porque dificilmente, lá quando nós tem uma verdura, todo mundo planta ali, vai lá, tira na roça, lava direitinho. Aqui si for possível tem quie escaldá pra podê tirar o veneno da comida, e aqui nós só passa uma agüinha e nós come, i cum o tempo ela vai acarretano aquela doença!”

“(...) na hora que vocês tiverem uma pessoa doente não leva direto pros outros hospital porque depois que entra lá fica difícil sair e já levando direto pro Hospital São Paulo, eles já sabem do nosso sofrimento.”

“Agora se eu combino uma coisa com a senhora ou com um órgão da senhora (OS), chega lá o seu órgão (OS) quer passá por cima daquilo que nós combino, a gente não gostaria di sê pisotiado.”

“tudo o que nós estamos conseguindo é no nome do índio, porque se fosse um não-índio, dificilmente teria esse PSF aí no postinho”

“Eles falam que é pra todo mundo que o Real Parque é um PSF indígena, (...) que os indígenas nenhum de São Paulo tem um PSF.”

CAJUEIRO (profissional não indígena)

“Eles também usam esses rituais espirituais para tratamento de doenças, que não é nada mais do que o umbandista também usa, do que faz cirurgia espiritual, do que vai numa igreja evangélica, do que o catolicismo que reza para um santo.”

“(...) ela falou que ela nunca mais ia conseguir dormir porque ela ia parar de fazer as obrigações dela, que os rituais eles chamam de obrigações.” “Então eles (índios) chegavam aqui e se impunham, eu também me impunha (...). Mas eu me impunha todas as vezes e eu sempre provava que eu estava certa.” “(...) E eu falei: - [olha, a senhora não pode fazer assim, nós temos hoje remédio melhor do que esse].”

“(...) Vem o cacique aqui, bota o dedo na minha cara para discutir conduta médica. O que eu vou discutir com ele? (...) chega uma hora que precisa de CRM, vou discutir com outros médicos.” “(...) o que me dá problema não é a comunidade, o que me dá problema é a liderança da comunidade.”

“(...) o médico de família está aqui na atenção primária e vai passar um caso para um especialista, um psiquiatra, existe a resposta, é diferente. Eu atendia o meu paciente, fazia uma carta e ele levava a carta para o Hospital São Paulo, (...) ele via o atendimento e passava de volta para mim.”

“Aqui a pessoa (agente comunitário) chega dez horas e vai embora três da tarde, e em dia que nem vem, tem dia que fica em casa o dia inteiro. Eu não posso fazer nada e as coisas não estão sendo feitas.”

“Com droga, com bebida, com crime, tem índio preso. É igualzinho ao branco. (...) Aqui é tudo ser humano, sujeito às mesmas qualidades e aos mesmos defeitos.”

DOMINGUINHA (profissional não indígena)

“(...) é bom que todo mundo esteja preparado. Desde mim, que sou da área administrativa, até as agentes, até os médicos. Então, todo o mundo fala a mesma língua, porque se alguém ‘vir’ perguntar alguma coisa, vai perguntar pra qualquer um, e a informação vai ser a mesma.”

“(...) cada um faz sua parte. Eu faço a minha parte administrativa e, conseqüentemente, as enfermeiras e os médicos terminam o trabalho com este paciente, de uma forma que possa ajudá-lo.”