UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ARIDIANE ALVES RIBEIRO

O CUIDADO NO ESPAÇO DE INTERMEDICALIDADE EM
UMA ALDEIA INDÍGENA

RIBEIRÃO PRETO

2015

ARIDIANE ALVES RIBEIRO

O CUIDADO NO ESPAÇO DE INTERMEDICALIDADE EM
UMA ALDEIA INDÍGENA

Tese apresentada ao Programa Interunidades de
Doutoramento em Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo e
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Linha de pesquisa: Fundamentos Teóricos e
Filosóficos do Cuidar

Orientadora: Lídia Aparecida Rossi

RIBEIRÃO PRETO

2015

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.

Ribeiro, Aridiane Alves

O CUIDADO NO ESPAÇO DE INTERMEDICALIDADE EM UMA ALDEIA
INDÍGENA . Ribeirão Preto, 2015.

209 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão
Preto/USP.

Orientadora: Lídia Aparecida Rossi

1. Cuidado em saúde. 2. Saúde indígena. 3. Intermedicalidade. 4. Etnografia. 5.
Cultural Safety.

RIBEIRO, Aridiane Alves

O CUIDADO NO ESPAÇO DE INTERMEDICALIDADE EM UMA ALDEIA INDÍGENA

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*Aos meus pais,
Dulcínéia e Jovercí*

*À minha avó Luíza
(in memoriam)*

À comunidade Terena da Terra Indígena Burití

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus.

Aos meus pais, Dulcinéia e Joverci, que me apoiaram nesta jornada. Sempre me aguardando nas idas e vindas da minha vida “de trechos”, que foi o doutorado

À minha avó e heroína, Luiza, cuja despedida também marcou o desenvolvimento deste estudo. Sua vida e exemplo sempre serão inspiradores para mim.

Às minhas irmãs Andréia e Alessandra, por serem também minhas amigas. Aos meus sobrinhos, quase irmãos, Victor Willian, Nathália, Izabele Cristina e Júnior.

Aos meus queridos amigos, em especial Roberta, cuja amizade foi fundamental nesses anos.

Aos meus amigos terenas Josimar e Jurandir e suas famílias por tudo, especialmente pela confiança e amizade. Às todas as pessoas da Terra Indígena Buriti que me receberam e compartilharam um pouco de sua sabedoria comigo. Agradeço imensamente à comunidade terena pelas lições e pela acolhida.

À professora Lídia Rossi, cuja sensibilidade foi muito importante. Obrigada por aceitar compartilhar sua experiência, *métier*, paciência e compreensão comigo nesses anos. Sua elegância é notória em sua aparência e em seu modo de ser ético e responsável. Agradeço a confiança, orientação, colaboração e cuidados concedidos.

À equipe de trabalhadores do Pólo de Sidrolândia e das unidades de saúde das aldeias por me receberem e me incluírem em seu cotidiano de trabalho. Obrigada por compartilharem seus saberes e experiências sobre o cuidado em saúde e sobre a vida. Agradeço, principalmente, pela amizade.

Às professoras Márcia Zago e Lucila Castanheira, bem como aos meus colegas do Grupo de Estudos em Etnografia, por me receberem nas reuniões do grupo. As lições discutidas foram e são valiosas.

Às professoras Rosana Dantas e Carina Dessote por me acolherem no Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida e por agregarem lições sobre pesquisa em saúde. Às colegas Rejane, Noéle, Eliane, Fernanda, Eliana, Rafaela, Luma e Débora pela colaboração.

Às Professoras Márcia Zago, Lucila Castanheira, Cássia Arantes e Marcela Miwa por se disponibilizarem a participarem na banca examinadora. Obrigada pelas contribuições e compreensão dispensadas.

Aos professores, colegas e alunos do curso de Enfermagem, Campus Três Lagoas, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, local onde me formei, pelo apoio e compreensão.

À Flávia, secretária da Pós-graduação, pela prestatividade e atenção constantes.

Aos meus amigos de Ribeirão Preto, Ana Cláudia, Jeferson, Vander, Vanessa e Rafaela, pelas descobertas, medos e alegrias compartilhadas. Aos meus amigos Daiana e Reginaldo pela amizade de anos e pelos papos formidáveis e acolhida no período da pós-graduação. A todos os meus familiares que me ampararam e acolheram durante minhas viagens necessárias ao desenvolvimento desta pesquisa. Particularmente meus tios Sônia e Fontes, e Maria e Wilson, Nilcéia, bem como Priscila e Rodrigo.

Ao Distrito Especial de Saúde Indígena Mato Grosso do Sul e ao Polo Base Sidrolândia que me concederam os espaços necessários para a realização desta pesquisa. À Coordenação Regional da Fundação Nacional do Índio, pelo apoio no transporte.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP pelo imprescindível fomento financeiro desta pesquisa. Processo número 2012/03773-8. Também pela concessão da Bolsa para desenvolvimento de Estágio de Pesquisa no Exterior. Processo número 2013/22779-0.

Por fim, meu muito obrigada a todos e todas que participaram e contribuíram com seu apoio, orientação, pontos de vista e experiências para a construção desse estudo, da pesquisa e do projeto de vida, que são alguns dos significados que o doutorado tem para mim.

ACKNOWLEDGMENTS

I would like to thank Professor Jeff Reading who promptly accepted to support me during my Research Internships Abroad at School of Public Health and Social Policy, Victoria in British Columbia, Canada. Thank you very kindly for the opportunity to work with you. Thanks to colleagues from Centre for Aboriginal Health Research at the University of Victoria.

I also would like to thank Professor Donna Kurtz for sharing me some of her knowledge on qualitative research and cultural safety. Thank you for agreeable supporting at School of Nursing, Faculty of Health and Social Development at University of British Columbia Okanagan, Canada. I also would like to thank professor Penelope Cash, Senior Researcher at Federation University Ballarat Australia, for the depth discussion in qualitative health research.

I am grateful for the opportunity to meet local Indigenous Elder Ms. Jessie Nyberg, Shuswap Nation. I learned some of her knowledge on colonization, health disparities, research and cultural safety in practice.

Many thanks to Darya, John, Sahand and Chad for the enjoyable moments in Canada.

***“Nada é absoluto. Tudo muda,
tudo se move, tudo gira, tudo voa
e desaparece”***

Frida Kahlo

RESUMO

RIBEIRO, A. A. **O cuidado no espaço de intermedicalidade em uma aldeia indígena.** 2015. 209 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2015.

O objetivo deste estudo foi interpretar a realidade social e política, na qual se estabelece o cuidado intercultural vivenciado por indivíduos na zona de intermedicalidade de uma aldeia, partindo da perspectiva dos usuários indígenas e dos profissionais de saúde ameríndios e não-indígenas. As bases teóricas que ancoraram a coleta e análise interpretativa dos dados incluíram: a Etnografia, Antropologia Interpretativa, Modelos explanatórios e abordagem *cultural safety*. Mediante aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, procedeu-se trabalho de campo na Terra Indígena Buriti, localizada nos municípios Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti, Mato Grosso do Sul, Brasil. Realizou-se observação participante nas unidades de saúde e no cotidiano das famílias nas aldeias, bem como no Pólo de Sidrolândia. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com 16 indígenas usuários do serviço, 12 profissionais de saúde terenas e seis trabalhadores de saúde não-indígenas. A análise dos dados, simultânea à coleta, ocorreu na perspectiva da Hermenêutica Dialética por meio da análise temática. Os preceitos éticos foram seguidos. Neste estudo, identificaram-se dois temas: 1) “Doença é pior que a morte: explicações sobre o processo de adoecimento” retrata como o processo saúde-doença é interpretado pelos participantes. Saúde, para os terenas, é um aspecto primordial na vida deles. O processo de adoecer envolve a perda e/ou a redução da disposição física, psíquica e espiritual para desenvolver atividades cotidianas. Espiritualidade, higiene, alimentação e a questão da posse de terra impactam o processo de adoecimento terena. 2) “A intermedicalidade do sistema de cuidado em saúde terena” que retrata os significados atribuídos pelos participantes à coexistência e intercomunicações (intermedicalidade) entre as formas de cuidados em saúde terena: medicina terena, espiritualidade, modo de vida e o serviço oficial de atenção à saúde (sistema Pólo/Posto). O sistema de cuidado dos terenas revela o processo de indigenização dos serviços de saúde. A medicina terena é entendida sob dois âmbitos: um centralizado no conhecimento tradicional indígena, que inclui uso de ervas, atividades de parteiras e de “puxadores de pernas”; e outro nos aspectos místicos e sobrenaturais para sua execução: rezas e prática da pajelança, com destaque para redução do número de pajés. A espiritualidade como opção terapêutica é representada pela fé do terena em Deus, concretizada pela oração. O modo de vida do terena engloba principalmente dois aspectos: centralidade na família e o cuidado com higiene individual e ambiental. O sistema Polo/Posto é procurado pelo terena conforme a cartela de serviços ofertada pelas unidades e segundo suas necessidades peculiares, os casos que o terena “não consegue resolver”. Neste âmbito de cuidado, há a produção de encontros do cuidado pautados pelo vínculo, confiança, diálogo e agir dos profissionais culturalmente sensível. Há, também, desencontros do cuidado favorecidos por prioridades estabelecidas em metas, atendimento queixa-conduta e precária infraestrutura. Observou-se um processo maciço do uso de medicação. Os aspectos identificados nos relatos dos participantes sobre o sistema de cuidado terena são atravessados pela historicidade do povo terena, questão da posse de terra, medicalização da sociedade, higienismo, integração entre corpo, cosmos e terra, espiritualidade com diversidade religiosa, cultura terena centrada na família, atividades programáticas de saúde na atenção básica, biomedicina, transporte precário e baixa resolutividade. Diabetes e hipertensão arterial foram as doenças registradas pelo Pólo e significadas pelos participantes como as principais enfermidades da população. Há a coexistência de medicinas híbridas em todos âmbitos de cuidado em saúde terena. É importante que a intermedicalidade ocorra nos espaços do sistema Pólo/Posto sem sobreposição do saber médico e/ou da lógica institucional à sabedoria terena.

Palavras-chave: Cuidado em saúde. Saúde indígena. Intermedicalidade. Etnografia. *Cultural Safety*.

ABSTRACT

RIBEIRO, A. A. **Care delivery in the intermedicallity of an indigenous village.** 2015 209 p. Doctoral Dissertation – University of São Paulo at Ribeirão Preto, College of Nursing. Ribeirão Preto, 2015.

This study aimed to describe the social and political context in which intercultural care is established and experienced by individuals in the realm of intermedicallity of an indigenous village, based on the perspective of indigenous patients and Ameridians and non-indigenous health-care providers. The theoretical framework that based data collection and interpretation included: Ethnography, Interpretative Anthropology, Explanatory Model and Cultural Safety. Fieldwork was initiated in Terra Indígena Buriti located in Sidrolândia and Dois Irmãos do Buriti municipalities, Mato Grosso do Sul, Brazil. The approval to develop the research was obtained from the National Ethics Committee for Research. Participant observation was performed in the health units and in the health office located in Sidrolândia. Semi-structured interviews were conducted with 16 indigenous patients using the service, 12 Terena health workers and six non-indigenous health workers. Thematic analysis was simultaneous to data collection and based on Dialectic Hermeneutics. Two themes emerged: 1) “Disease is worse than death: explanations about the process of becoming ill” shows how the participants interpreted the health-disease continuum. The Terena people consider health to be a key aspect of life. The process of becoming ill involves lack or decreased physical, psychological and spiritual energy to perform daily tasks. Spirituality, hygiene, food and the issue of land ownership impact the process of becoming ill among the Terena people. 2) “Intermedicallity in the Terena care system” portrays the meanings assigned by the participants to the coexistence and intercommunication (intermedicallity) between Terena health care forms: Terena medicine, spirituality, lifestyle and the official health care system. The Terena care system reveals an indigenization process of healthcare services. The Terena medicine is based on two pillars: one focused on traditional knowledge, which includes the use of herbs, midwives and the practice of puling of legs and arms; and another on mystical and supernatural aspects: prayers and shamanism. Highlight that the number of shamans has decreased. Spirituality as a therapeutic option is represented by faith in God, concretized by prayers. The Terena lifestyle is mainly based on two aspects: centered on the family, and individual and environmental hygiene. The official healthcare service is sought by the Terena people according to the services provided by the healthcare facilities and to their particular needs, i.e. cases the Terena people “cannot solve”. In this sphere, care consultations are based on bonds, trust, dialogue and the practice of culturally sensitive professionals. Disagreements regarding treatments are favored by priorities established by goals, the complaint-procedure model (as opposed to preventive practices), and poor infrastructure. The aspects identified in the reports of the participants concerning the Terena care system are traversed by the historicity of the Terena people, the issue of land ownership, medicalization of the society, hygienism, integration among body, cosmos and earth, spirituality with religious diversity, family-centered culture, healthcare programmatic activities in primary care, biomedicine, poor transportation and low problem-solving capacity. Diabetes and hypertension were diseases recorded by the health office and signified by the participants as the population’s main diseases. Hybrid medicines coexist in all the Terena care spheres. Intermedicallity has to take place within the official healthcare service without however overlapping Terena wisdom with medical knowledge and/or institutional rationale.

Key words: Healthcare. Health of Indigenous Peoples. Intermedicallity. Ethnography . Cultural Safety.

RESUMEN

RIBEIRO, A. A. **El cuidado en el espacio intercultural en una aldea indígena.** 2015 - 209 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto, Universidad de Sao Paulo. Ribeirao Preto, 2015.

El objetivo de este estudio fue interpretar la realidad social y política, en la cual se realiza el cuidado experimentado por individuos en el espacio de la atención intercultural de una aldea, partiendo de la perspectiva de los usuarios indígenas y de los profesionales de la salud amerindios y de los que no son indígenas. Las bases teóricas que fundamentaron la recolección y el análisis interpretativo de los datos incluyeron: Etnografía, Antropología Interpretativa, Modelos explicativos y abordaje *cultural safety*. Después de la aprobación del Comité Nacional de Ética en la Investigación, se inició el trabajo de campo en la Tierra Indígena Buriti, localizada en los municipios Sidrolandia y Dos Hermanos de Buriti, en el estado de Mato Grosso del Sur, en Brasil. Se realizó la observación participante en las unidades de salud y en lo cotidiano de las familias en las aldeas, así como en el Polo de Sidrolandia. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con: 16 indígenas usuarios del servicio, 12 profesionales de salud terenas y seis trabajadores de la salud que no eran indígenas. El análisis de los datos, simultáneo con la recolección, se realizó dentro de la perspectiva de la Hermenéutica Dialéctica, por medio del análisis temático. En este estudio, se identificaron dos temas: 1) “La enfermedad es peor que la muerte: explicaciones sobre el proceso del enfermarse” que retrata como el proceso salud-enfermedad es interpretado por los participantes. La salud, para los terenas, es un aspecto primordial en la vida de ese grupo. El proceso de enfermarse contiene la pérdida y/o la reducción de la disposición física, psíquica y espiritual para desarrollar actividades cotidianas. La espiritualidad, la higiene, la alimentación y la cuestión de la pose de la tierra, impactan el proceso de enfermarse de los terena. 2) “El sistema de cuidado intercultural de la salud terena” que retrata los significados atribuidos por los participantes a la coexistencia e intercomunicaciones; entre las formas de cuidados de la salud terena: cuidado intercultural, espiritualidad, modo de vida y el servicio oficial de atención a la salud (sistema Polo/Puesto). El sistema de cuidado de los terenas revela el proceso de indigenización de los servicios de salud. La medicina terena es entendida bajo dos ámbitos: uno centralizado en el conocimiento tradicional, que incluye uso de plantas, actividades de parteras y de “estiradores de piernas”; y otro en los aspectos místicos y sobrenaturales para su ejecución: rezos y prácticas de chamanismo, con destaque para la reducción del número de “pajés”. La espiritualidad como opción terapéutica es representada por la fe del terena en Dios, concretizada por la oración. El modo de vida del terena engloba principalmente dos aspectos: la centralidad en la familia y el cuidado con la higiene individual y ambiental. El sistema Polo/Puesto es procurado por el terena conforme la cartilla de servicios ofrecida por las unidades y según sus necesidades peculiares, los casos que el terena “no consigue resolver”. En este ámbito del cuidado, existe la producción de encuentros de cuidado guiados por el vínculo, confianza, diálogo y actuar de los profesionales culturalmente sensibles. También, existen desajustes del cuidado favorecidos por prioridades establecidas en metas, atención queja-conducta e infraestructura precaria. Se observó un proceso macizo del uso de medicación. Los aspectos identificados en los relatos de los participantes sobre el sistema de cuidado terena contienen: la historicidad del pueblo terena; la cuestión de la pose de la tierra; el cuidado intercultural de la sociedad; el higienismo, la integración entre cuerpo, cosmos y tierra; la espiritualidad con diversidad religiosa; la cultura terena centrada en la familia; las actividades programáticas de salud en la atención básica; la biomedicina el transporte precario; y, baja resolutivead. la diabetes y la hipertensión arterial fueron las enfermedades registradas por el Polo y significadas por los participantes como las principales enfermedades de la población. Existe la coexistencia de medicinas híbridas en todos los ámbitos del cuidado de la salud terena. Es importante que el cuidado intercultural ocurra en los espacios del sistema Polo/Puesto sin sobreposición del saber médico y/o de la lógica institucional sobre la sabiduría terena.

Palabras clave: Cuidado de la salud. Salud indígena. Cuidado intercultural. Etnografía. *Cultural Safety*.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Organização assistencial no Distrito Sanitário Especial Indígena	32
FIGURA 2 – Representação visual do modelo de <i>cultural safety</i> e <i>cultural risk</i>	39
FIGURA 3 – Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.....	49
FIGURA 4 – Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul	50
FIGURA 5 – Categorias temáticas originadas no processo interpretativo realizado em Estágio de Pesquisa no Exterior, Canadá, 2014	71
FIGURA 6 – Círculo Hermenêutico, elaborado a partir de Ricoeur (1994) e das discussões do Grupo de Estudos em Etnografia da EERP/USP sob orientação da Professora Doutora Márcia Fontão Zago.	73
FIGURA 7 – Mapa de análise temática em desenvolvimento sobre linha temática 1 e suas categorias	75
FIGURA 8 – Mapa 2 de análise temática em desenvolvimento sobre linha temática 2 e suas categorias	75
FIGURA 9 – Mapa 3 de análise temática em desenvolvimento sobre linha temática 3 e suas categorias	75
FIGURA 10 – Mapa final de análise temática com tema 1 e seus subtemas	76
FIGURA 11 – Mapa final de análise temática com tema 2 e seus subtemas	76
FIGURA 12 – Dados demográficos da Terra Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, 2013	79
FIGURA 13 – Estrutura Organizacional dos Terena da Reserva Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, 2015	89
FIGURA 14 – Moradia atual terena, Mato Grosso do Sul, 2015	92
FIGURA 15 – Organização dos Resultados - Eixos	94
FIGURA 16 – Primeiro tema deste estudo e subtemas	94
FIGURA 17 – Tema central deste estudo e subtemas	94

FIGURA 18 – Sistema Polo/Posto de atenção em saúde da Terra Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, 2015	101
FIGURA 19 – Unidade de Saúde, Terra Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, 2015	102
FIGURA 20 – Sistema de Cuidado em Saúde Terena.....	109
FIGURA 21 – Medicina Terena, Terra Indígena Buriti	111
FIGURA 22 – Processo saúde-enfermidade Terena da Terra Indígena Buriti.....	144
FIGURA 23 – Sistema De Cuidado em Saúde Terena à luz do Modelo Explanatório.....	148

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Processo para produção do cuidado na perspectiva de cultural safety com foco na atuação do profissional	40
Tabela 2 – Exemplos de versões originais e concisas de trechos de entrevistas.	69
Tabela 3 – Exemplos de versões originais, traduzidas e refinadas de trechos de entrevistas.	70
Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica dos participantes usuários do serviço de saúde, Terra Indígena Buriti, Sidrolândia, MS, 2013-2015..	95
Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica dos participantes profissionais indígenas, Terra Indígena Buriti, Sidrolândia, MS, 2013-2015.....	96
Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica dos participantes profissionais não-indígenas, Terra Indígena Buriti, Sidrolândia, MS, 2013-2015.....	97
Tabela 7 – Perfil dos trabalhadores indígenas e não-indígenas vinculados ao Polo Sidrolândia, Sidrolândia, MS, 2013	97

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Principais problemas de saúde registrados Polo de Sidrolândia na Terra Indígena Buriti, MS, 2014.	99
Gráfico 2 – Principais problemas de saúde relatados pelos participantes na Terra Indígena Buriti, MS, 2013.	99

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AISAN	Agentes Indígenas de Saneamento
ACSI	Agentes Comunitários de Saúde Indígena
BAAR	Bacilo Álcool Resistente
BDENF	Base de dados de enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
Cinahal	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
Lilacs	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Medline	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	20
1. INTRODUÇÃO.....	22
1.1. Objetivos.....	26
2. POVOS INDÍGENAS E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	27
2.1. Panorama Global.....	28
2.2. Brasil.....	29
3. ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA E <i>CULTURAL SAFETY</i>.....	34
3.1. Antropologia Interpretativa.....	35
3.2. <i>Cultural Safety</i>	37
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA.....	42
4.1. Fundamentação teórica e método – Etnografia.....	43
4.2. Procedimentos Éticos.....	44
4.2.1 Construção de espaço ético e obtenção de aprovação.....	
para desenvolvimento da pesquisa	44
4.2.2 Obtenção do TCLE.....	46
4.2.3 Garantia dos preceitos éticos.....	47
4.3 Trajetória Metodológica.....	48
4.3.1 Delineamento do estudo.....	48
4.3.2 Local da realização do estudo.....	48
4.3.3 Grupo social pesquisado.....	51
5. TRABALHO DE CAMPO.....	52
5.1. Técnicas de coleta de dados.....	53
5.2. Etapas do trabalho de campo.....	56
5.3. Rigor da pesquisa.....	63
6. ANÁLISE DOS DADOS.....	67
6.1 Tratamento, tradução e análise parcial dos dados na Língua Inglesa.....	68
6.2 Análise da totalidade dos dados.....	72
7. OS TERENAS DA TERRA INDÍGENA BURITI.....	77
7.1 Percurso Histórico.....	79
7.1.1 Origem do mundo, segundo os Terena.....	79
7.1.2 Vivência no Êxiva	80
7.1.3 Saída do Chaco.....	81
7.1.4 Guerra do Paraguai.....	83
7.1.5 Tempos de servidão.....	84

7.1.6 Serviço de Proteção ao Índio.....	85
7.1.7 As terras indígenas Terena e as terras indígenas Buriti.....	86
7.2 Organização social dos terenas do Buriti.....	88
7.2.1 Troncos familiares.....	88
7.2.3 Territorialidade.....	89
7.2.4 Atividades Produtivas.....	91
7.2.5 Moradia.....	92
8. RESULTADOS.....	93
8.1 Caracterização dos participantes.....	95
8.2 Principais problemas de saúde registrados e relatados na Terra Indígena Buriti.....	98
8.3 Sistema Polo/Posto.....	100
8.3.1 Estrutura física e pessoal.....	101
8.3.2 Organização do sistema Polo/Posto.....	104
8.4 Doença é pior que a morte: explicações sobre o processo de adoecimento.....	105
8.4.1 Processo saúde-enfermidade.....	105
8.4.2 Saúde: alimentação, higiene e espiritualidade.....	106
8.5 A intermedicalidade do sistema de cuidado em saúde terena.....	108
8.5.1 Medicina Terena.....	110
8.5.2 Espiritualidade.....	117
8.5.3 Modo de vida do terena.....	119
8.5.4 Serviço Oficial de Atenção em Saúde.....	121
9. DISCUSSÃO.....	141
9.1 Doença é pior que a morte: explicações sobre o processo de adoecimento.....	142
9.2 A intermedicalidade do sistema de cuidado em saúde terena.....	146
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
REFERÊNCIAS.....	185
APÊNDICES.....	198
ANEXOS.....	203

Apresentação

APRESENTAÇÃO

É importante situar meu ponto de partida pessoal e pessoal para construção desta tese. Sou enfermeira, proveniente do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Tenho origem cristã, mas respeito e acredito em diferentes crenças. Assinalo minhas constantes intencionalidades e postura em respeitar e aprender com pessoas de diferentes credos, etnias e culturas. Isto é, desconstruir meus possíveis valores eurocêntricos.

Acredito também na ideia de que todas as relações são encontros permeados por diferentes subjetividades (COSTA, 2002; MERHY; FRANCO, 2012). Vivenciei muitos encontros, dentre eles minha amizade com um indígena, chamado de índio Justino. Em nossas conversas ele me apresentou um mundo novo, com interessantes crenças, cultura e formas cuidado em saúde. Paralelamente, iniciei a graduação em enfermagem. O contato com pessoas e seus modos de viver a vida me fascinava. Na universidade conheci professores da área de Humanas, com os quais aprendi sobre culturas indígenas.

Acompanhei o professor Rogério em visitas à aldeia da etnia Ofayé. Lá, vi e percebi as diferenças culturais que a atenção em saúde adquiria. À medida que lia sobre povos indígenas, mais descobria que meus conhecimentos sobre essas populações eram pífios. Observei também a baixa produção da enfermagem brasileira sobre o cuidado no contexto indígena. Entretanto, não pude realizar estudos com população indígena na graduação.

Busquei a minha formação inicial em pesquisa no Curso de Pós-Graduação - nível mestrado. O objetivo foi compreender as concepções da equipe de enfermagem sobre a produção do cuidado no processo de trabalho em uma Casa de Apoio ao Índio. Fiz uma imersão no serviço de saúde, que é localizado na cidade, onde tive contato mais próximo com indígenas de diferentes etnias, inclusive os terenas. Conheci um dos profissionais do Pólo, que mais tarde intermediaria a minha entrada nas aldeias da Terra Indígena Buriti.

As vivências do mestrado foram ricas para o amadurecimento e fundamentação de minha vontade latente em entender como acontece o cuidado entre profissionais de saúde e ameríndios na aldeia. A perspectiva da Saúde Coletiva, especialmente do referencial do Trabalho em Saúde, fundamentado no Marxismo (MENDES GONÇALVES, 1998; MERHY; FRANCO, 2012), aproximou-me e ampliou meu horizonte científico em relação à temática. Surgiu, então, a necessidade em compreender o cuidado sob a perspectiva dos indígenas. Para tanto, a abordagem antropológica e o método etnográfico eram as opções teóricas e metodológicas mais pertinentes. Foi neste momento que ingressei no doutorado.

Este estudo, pautado pelo referencial da Antropologia Interpretativa (GEERTZ, 2008) e desenvolvido por meio do método etnográfico, apresenta e discute interpretações do cuidado construído entre trabalhadores e indígenas na aldeia. Faço o convite para a leitura desta jornada etnográfica e seus achados.

Introdução

1. INTRODUÇÃO

No contexto de atenção à saúde indígena, o processo de cuidar ocorre em uma relação intercultural. Os profissionais de saúde e nativos normalmente compartilham diferentes sentidos sobre saúde, doença e cuidado. Em razão à sua ancoragem nos princípios da ciência, as concepções da medicina ocidental¹ contrastam com aquelas presentes na tradição indígena de cuidado da saúde (SANTOS, 2007).

A biomedicina restringe-se aos processos biológicos. A visão indígena concebe o processo de adoecimento em uma perspectiva cosmológica, que considera forças imateriais, humanas e da natureza (LANGDON; WIIK, 2010). Inclui também aspectos referentes à pessoa, corporalidade, gênero, cosmologia e parentesco (FERREIRA, 2013).

Atualmente, há certa mudança de paradigmas na ciência médica, que é a visão reducionista biológica do sistema biomédico arraigada na formação e nas ações dos trabalhadores de saúde. Apesar disso, no contexto de atuação com diferenças culturais tão proeminentes, o cuidado prestado por profissionais de saúde é atravessado por oposições, conflitos e confrontos; isso porque o discurso colonial de poder e conhecimento médico legítimos são realçados (FOLLÉR, 2004; FERREIRA, 2013).

O espaço de atenção à saúde, à medida que é conformado pelo processo de cuidar, é também *locus* em que o cuidado é processado por profissionais de saúde nativos e não-indígenas, bem como os ameríndios usuários do serviço de saúde.

Essa conjuntura social, espacial e relacional é também conhecida como zona de intermedicalidade, que diz respeito ao espaço contextualizado em que coexistem medicinas híbridas (GREENE, 1998; FOLLÉR, 2004). O que nos leva a dizer que uma situação de intermedicalidade não se refere somente ao contato entre sistema biomédico e medicina indígena, mas, sim, à gestão que os nativos possuem sobre sua vida no momento do cuidado (LANGDON, 2007).

Os saberes médicos indígenas, entretanto, têm sido tratados como um conhecimento não-médico (FOLLÉR, 2004), sem qualificação. Esse fato remonta às conquistas e aos reconhecimentos reivindicados pelas organizações étnicas e indigenistas. “Os ‘visitantes’ ou agências sociais fazem parte de uma missão colonial de desenvolvimento, modernização e civilização” (FOLLÉR, 2004, p. 134).

Genericamente os trabalhadores de saúde não-indígenas, que atuam em áreas indígenas, são despreparados para perceber a necessidade de uma atuação específica

¹ Neste estudo, os termos medicina ocidental, sistema biomédico e biomedicina são sinônimos e se referem às práticas técnico-sanitárias desenvolvidas no modelo de atenção à saúde vigente oficialmente (NOVO, 2008).

junto a essa população. Eles têm dificuldade em manter uma postura aberta para entender e aceitar as estratégias terapêuticas utilizadas pelos indígenas, bem como suas interpretações a respeito do processo de adoecimento e de cura (NOVO, 2011; RIBEIRO; FORTUNA; ARANTES, 2015).

A atuação dos trabalhadores acontece em um pano de fundo que é a Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, cujos princípios e diretrizes determinam a organização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2002). Tal conjuntura demonstra, por outro lado, que desde sua criação não foi realizada uma avaliação geral sobre as variadas formas de cuidado em saúde indígena (LANGDON, 2007; CALDAS, 2010). Esse contexto salienta a importância de se estabelecer efetivas políticas de atenção, que vão do âmbito social e ao da saúde, de qualquer população.

Para isso é preciso conhecer tanto as características quanto os modos de vida de determinada população. E tal circunstância é viabilizada por meio da investigação e observação mobilizadas em pesquisas científicas. A atenção à saúde indígena configura um espaço de fronteira que produz processos de comunicação e interação intercultural que necessitam ser estudados e compreendidos com o foco em diferentes perspectivas (RIBEIRO, 2012). Isso deve ser levado em consideração já que no próprio Brasil não há uma produção sistemática sobre assuntos de saúde que contemplem aspectos étnico-raciais, particularmente concernentes aos povos indígenas (FOLLÉR; GONZÁLEZ, 2002).

A falta de avaliações e de conhecimento específico sobre a atuação dos profissionais de saúde, que também são representantes da Política Nacional de Saúde, são agravadas mediante a importância da conquista histórica do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, como uma resposta do Estado à sua atuação sem resolução durante séculos de assistência às populações indígenas (CALDAS, 2010). Diante da intervenção do Estado, é importante entender como é construído o processo de “cuidar” intercultural do indígena.

Há serviços que, muitas vezes, agem de maneira paternalista, acarretando a impossibilidade da integralidade do cuidado (FRANCO; MAGALHÕES JUNIOR, 2004; BASSI, 2012). Os profissionais da equipe de saúde que atendem em aldeias, inclusive os agentes comunitários de saúde indígena, desconhecem o conceito de atenção diferenciada (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012).

Esse cenário é engendrado por um processo de significação e ressignificação dentro das lógicas dos sujeitos envolvidos, o que possibilita a coexistência de medicinas híbridas. Isto é, há a possibilidade dos usuários indígenas escolherem diversos itinerários terapêuticos. Contudo, esta hibridização gera conflitos, especialmente em decorrência das expectativas geradas em torno das políticas de saúde, que são normalmente pautadas em conceitos técnicos da biomedicina (NOVO, 2011; FERREIRA, 2013).

Ainda que a política de saúde indígena preconize a atenção diferenciada, ela é “econômica” neste aspecto, recomendando a mera articulação dos sistemas médicos coexistentes, em vez da promoção da integração da medicina indígena ao sistema oficial de saúde (FERREIRA, 2013). Nessa zona de fronteira, entendida como “um espaço de encontro entre dois mundos, duas formas de saber, ou ainda, múltiplas formas de conhecer e pensar o mundo: as tradições de pensamento ocidentais (...) e as tradições indígenas” (TASSINARI, 2001, p. 47), constrói-se o cuidado na relação entre equipe de saúde e ameríndios.

Ademais, a realidade da situação de saúde e da prestação de serviços em certas terras indígenas reflete o descompasso entre implementação e o preconizado pela política nacional de saúde indígena (LANGDON; DIEHL, 2007). O que corrobora a importância de conhecer a realidade social onde se processa a intermedicalidade, sobretudo de tecer significados que permitam a compreensão do cuidado permeado pela hibridização de medicinas na perspectiva dos atores envolvidos – trabalhadores de saúde e usuários indígenas.

Configura-se, desse modo, um contexto atravessado por determinantes históricos de relação entre não-indígena e ameríndio e por uma política governamental de um Estado, que defende a saúde como um direito para todos e com equidade; porém, com uma atenção diferenciada para os indígenas. Nesse cenário, interação diferentes atores que compartilham de distintas regras sociais e que possuem divergentes concepções lógico-simbólicas relacionadas às necessidades de saúde e práticas curativas.

Diante do exposto, surgem indagações: Como é o processo de cuidar na zona de intermedicalidade posta em uma aldeia? Como é a realidade social e política circunscrita à relação intercultural prestada durante o cuidado? Quais são os determinantes desta relação? Quais são os significados atribuídos aos modos de cuidado em saúde terena pelos indígenas e profissionais?

Norteados por tais questões, com este estudo pretende-se realizar análise interpretativa do processo de cuidar intercultural no contexto de medicinas híbridas de uma aldeia indígena brasileira. São consideradas as compreensões, os significados, as vivências, as necessidades e as expectativas dos grupos de sujeitos inseridos e estruturantes desse espaço relacional, adscrito em um panorama político e sociocultural.

1.1 Objetivos

OBJETIVO PRINCIPAL

Interpretar a realidade social e política, na qual se estabelece o cuidado intercultural vivenciado por indivíduos na zona de intermedicalidade de uma aldeia. Parte-se de uma perspectiva dos usuários indígenas e dos profissionais de saúde ameríndios e não-indígenas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o significado do cuidado e os seus determinantes na perspectiva dos atores envolvidos – trabalhadores de saúde e usuários indígenas;
- Identificar as necessidades apresentadas pelos sujeitos no cuidado à saúde em um contexto de medicinas híbridas;
- Descrever como é a assistência à saúde indígena permeada por um contexto político, no qual há a medicina tradicional *versus* órgãos representantes do Estado/Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas.

Povos Indígenas e Políticas de Saúde

2. POVOS INDÍGENAS E POLÍTICAS DE SAÚDE

2.1 Panorama Global

O conceito sobre povos indígenas é um tema de considerável discussão, inclusive em âmbito internacional. Segundo as Nações Unidas, é preciso utilizar uma abordagem que considere outras questões mais amplas que o fato de um povo ter sofrido colonização europeia, tais como a ocupação ancestral das terras, as línguas, a cultura. O aspecto mais fortemente considerado entre os países é a autodeterminação, reconhecida pela Convenção sobre os Povos Indígenas e Tribais – Convenção OIT 169 (NAÇÕES UNIDAS, 2015). De modo geral, o termo indígena refere-se aos habitantes nativos de um território ou região (STOUT; DOWNEY, 2006), que se autodeclaram com esse status.

Embora os povos indígenas equivalham à apenas 5% da população mundial, um terço das 900 milhões de pessoas que vivem em extrema pobreza no mundo são indígenas (NAÇÕES UNIDAS, 2009). Países desenvolvidos, como Canadá e Estados Unidos, comparam as condições de vida, especialmente a pobreza, de suas populações ameríndias às condições de vida dos povos de países subdesenvolvidos (READING; HALSETH, 2011).

No continente latino-americano, as taxas de pobreza dos índios são superiores às do restante da sociedade: no Paraguai, ela é 7,9 vezes maior; no Panamá 5,9 vezes maior; no México 3,3 vezes maior; e na Guatemala 2,8 vezes maior (NAÇÕES UNIDAS, 2009). Na maioria dos países, os povos indígenas possuem piores condições de vida que a sociedade envolvente. A expectativa de vida das populações ameríndias também é menor do que a da média da população geral internacionalmente computada.

Na Austrália e no Nepal, os nativos vivem 20 anos a menos; já no Canadá, 17 anos. A expectativa de vida indígena na Guatemala é 13 anos menor que a população geral, enquanto na Nova Zelândia é de 11 anos e no Panamá 10 anos (NAÇÕES UNIDAS, 2009). Globalmente, em suas sociedades nacionais, os povos indígenas sofrem exclusão social e discriminação (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006; HELD et al., 2011; READING; HALSETH, 2011; READING, 2011; BASSI, 2012; NAÇÕES UNIDAS, 2015).

A atenção à saúde indígena reflete tensões em nível global. Essa afirmação se dá pelo fato de em diferentes lugares do mundo, como Ásia, África, Região do Pacífico, Rússia e América do Sul, uma das formas de discriminação social sofridas pelas populações indígenas inclui o acesso aos serviços públicos de saúde. Os nativos também enfrentam dificuldades no acesso à água tratada, saneamento, moradia e alimentação adequadas. Além disso, os profissionais de saúde que atendem em regiões indígenas recebem menos qualificações (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006; READING;

HALSETH, 2011; READING, 2011; TUKUITONGA, 2015; BURANBAEVA, 2015; MIGIRO, 2015; HANSEN, 2015).

2.2 Brasil

O Brasil é signatário da Convenção OIT 169, e reconhece, na Constituição, a organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos dos povos ameríndios (VENTURI; BOKANI, 2013). São consideradas indígenas no Brasil aquelas pessoas que se (auto)declaram indígenas no quesito cor ou raça, de acordo com seus costumes, tradições, cultura, antepassados.

A proporção da população autodeclarada indígena no Brasil, desde os anos 1990, tem aumentado bastante. Verificou-se uma grande mudança do ano de 1991 para o ano 2000, quando de 0,2% da população passou a 0,43% (IBGE, 2011).

Atualmente, no Brasil, os povos indígenas contabilizam 305 etnias, 274 línguas faladas e uma população de 817.963 pessoas autodeclaradas indígenas, que correspondem à proporção de 0,44 da população residente no país (IBGE, 2011; VENTURI; BOKANY, 2013). Os ameríndios brasileiros possuem um rol diversificado de etnias, cujos costumes e valores peculiares colocam a população indígena em perspectivas distintas a do não-indígena, sobretudo em relação aos vários processos da vida cotidiana, em particular aqueles concernentes ao cuidado.

Valendo-se de guerras, de doenças e de ideologia religiosa, o projeto colonial interrompeu violentamente a história dos povos indígenas (READING, 2011).

Similarmente à situação dos povos indígenas em diferentes países, a qualidade de vida das populações indígenas brasileiras foi deteriorada pelo contato com a sociedade envolvente, que trouxe consequências avassaladoras, caracterizadas por epidemias e fome que dizimaram grandes grupos (FOLLÉR; GONZÁLEZ, 2002; FERREIRA, 2013). O contato com a sociedade envolvente ao longo do tempo inseriu os indígenas em um contexto de vida permeado por impactos inter-relacionados, desde os ambientais, os culturais até os epidemiológicos (BARRETO; CARDOSO; COIMBRA, 2014).

As sociedades indígenas ainda sofrem as consequências desta intervenção histórica de marginalização social, especialmente com relação ao acesso aos serviços públicos de saúde. As populações indígenas ocupam lugar desprivilegiado na sociedade, o que pode ser evidenciado pelos péssimos perfis de saúde vivenciados por esses povos e pelo acesso restrito aos serviços de saúde, bem como pelas condições econômicas desiguais (GIL, 2007; HELD et al., 2011; FERREIRA, 2011; BARRETO; CARDOSO; COIMBRA, 2014).

Cotidianamente, no Brasil, as minorias indígenas vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação, que as colocam em situação de maior vulnerabilidade social e de saúde (FOLLÉR; GONZÁLEZ, 2002). Essa conjuntura corrobora a necessidade de políticas públicas efetivas direcionadas a essa parcela da população, bem como o estudo das mesmas (RIBEIRO, 2012); sobretudo para que haja um processo de valorização dos discursos dos próprios indígenas (NOVO, 2011).

O acometimento por doenças desconhecidas, as dos “brancos”, acarretou a dependência dos indígenas por assistência médica externa. Apesar disso, somente no século XX os indígenas receberam apoio dos governantes, com ações pontuais dos Ministérios do Exército e da Saúde (TEIXEIRA, 2008).

Com efeito, até meados da década de 80, a atenção à saúde indígena continuava fragmentada, com ações direcionadas para atenção básica, principalmente imunização, e para o transporte de doentes para consultas especializadas (HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001). As principais instituições responsáveis pela atenção à saúde indígena, nessa época, foram o Serviço de Proteção ao Índio, entre 1910 e 1967, e a Fundação Nacional do Índio – FUNAI, desde 1967 até o final dos anos 80 (TEIXEIRA, 2008).

Movimentos étnicos indígenas ganharam força e novas aspirações no bojo do processo de redemocratização e de reforma sanitária. Os movimentos também ganharam autonomia diante da atuação da FUNAI, marcada por muitas denúncias de corrupção e pelo agravamento das condições de saúde dos povos indígenas (TEIXEIRA, 2008; VARGA; BATISTA; VIANA, 2013).

O acesso a bens e serviços de saúde constitui também objeto de discussão entre indígena e sociedade envolvente. Questões de etnia, poder e conflito interétnico demarcaram esta relação, com a emergência da etnia como importante força atuante na arena política nacional (LANGDON, 2007).

As questões de saúde indígena começaram a ser percebidas e utilizadas como instrumentos políticos para inclusão dessas comunidades no âmbito político nacional. Os indígenas não reivindicavam somente melhorias de condições sanitárias e epidemiológicas. Faziam exigências por autonomia e autogestão de ações e recursos (NOVO, 2011).

A título de esclarecimento, em 1988, foi instituída base legal ao projeto social de atenção à saúde, fruto de reivindicações de várias parcelas organizadas da população brasileira, denominado de Sistema Único de Saúde – SUS (NOVO, 2011).

Em substituição ao modelo médico assistencial privatista vigente da época, e no intuito de garantir uma atenção justa e abrangente, o SUS está organizado segundo diretrizes. São elas: descentralização, referente ao direcionamento único a cada esfera

de governo de recursos financeiros e atribuições de funções; participação social, relacionada ao controle comunitário sobre as ações e serviços públicos de saúde integralidade; e atenção integral à saúde (SOUZA; COSTA, 2011), inclusive aos povos indígenas. Todavia, a criação do SUS não sanou as disputas e necessidades relativas à saúde indígena. A sua legislação não estabeleceu a forma como a saúde de populações indígenas seria integrada ao SUS (NOVO, 2011).

Em 1991, a política indigenista de saúde foi legalizada e, somente em 1999, concretizou-se a instauração do Subsistema de Atenção à Saúde do Indígena, que prevê a articulação entre os modelos oficiais de atenção à saúde e os sistemas médicos tradicionais (BRASIL, 2002). A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena está fundamentada nas diretrizes, acima citadas, e nos princípios do SUS (BRASIL, 2002).

Conforme o Subsistema de Atenção à Saúde do Indígena, o território brasileiro é dividido em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas – DSEI (BRASIL, 2002). Cada DSEI foi qualificado como unidade organizacional de responsabilidade dos órgãos públicos responsáveis pela saúde indígena. Cada DSEI foi estabelecido a partir da população e do território, considerando aspectos socioculturais, geográficos, epidemiológicos e acesso aos serviços (PEDROLO et al., 2008).

No DSEI, o fluxo da assistência tem início na unidade básica de saúde de cada aldeia, onde devem ser realizadas, principalmente ações de promoção da saúde. O Polo Base é responsável pelo planejamento e implementação do atendimento das unidades de aldeias de uma região/município.

Em casos, nos quais é preciso maior complexidade de assistência, o indígena enfermo é encaminhado, além das unidades de saúde referenciadas pelo SUS, para a Casa de Apoio à Saúde do Índio (BRASIL, 2002). A função das Casas de Apoio é prestar assistência e apoio aos indígenas em tratamento em centros especializados localizados na cidade (RIBEIRO; ARANTES, 2015).

Na esfera nacional, o órgão responsável pela assistência aos povos ameríndios é a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dentro da estrutura do Ministério da Saúde.

A organização assistencial Distrito está no representada no fluxograma a seguir.

FIGURA 1 – Organização assistencial no Distrito Sanitário Especial Indígena

Fonte: BRASIL, 2012.

É importante salientar que o princípio que deve balizar as ações de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, especificamente da política nacional de saúde indígena, é o “respeito às concepções, [aos] valores e [às] práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas” (BRASIL, 2002, p. 18).

A operacionalização da atenção diferenciada possibilita que as formas de cuidado dos determinantes de saúde peculiares da comunidade indígena sejam consideradas no cuidado prestado dentro do subsistema assistencial do SUS. Deve-se levar em conta a participação social indígena na formulação, gestão, execução e avaliação das ações de saúde (LANGDON; DIEHL, 2007).

Nesse sentido, a garantia de uma atenção diferenciada é fundamental no cuidado ao indígena, particularmente, nas aldeias. Nesses locais, há a interculturalidade ou a intermedicalidade em um “espaço de interseção na relação de contato” entre os diferentes sistemas cognitivo-simbólicos, consequentemente, de práticas curativas (NOVO, 2011, p. 45).

A saúde é determinada pela interação de fatores concernentes à alimentação, educação, trabalho, qualidade de vida, acesso aos serviços de saúde, dentre outros (MINAYO et al., 2000; BARCELLOS et al., 2002). Este conceito tem sido sucessivamente relacionado a contextos culturais peculiares (MOTA, 2003). No caso da sociedade indígena, para realizar uma adequada assistência, é importante considerar a medicina indígena de forma isenta de preconceitos, bem como levar em consideração a

preservação desta prática milenar como um dos objetivos a serem alcançados (FERREIRA, 2013).

Por conseguinte, é de fundamental importância investigar, a partir da perspectiva dos usuários indígenas e dos profissionais de saúde ameríndios e não-indígenas, a realidade social e política na qual se estabelece o cuidado intercultural vivenciado por indivíduos na zona de intermedicalidade delineada em uma aldeia.

Antropología Interpretativa e Cultural Safety

3. ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA E CULTURAL SAFETY

3.1 Antropologia Interpretativa

Este estudo, mediante os princípios que o ancoram, parte do pressuposto de que as concepções sobre o processo saúde-doença-cuidado não são entendidas apenas pelo arcabouço teórico inerente às ciências naturais; tampouco podem ser apreendidas somente pela racionalidade do método científico.

Entende-se que há uma dissociação entre os tradicionais binômios paradigmáticos – saúde e doença, objetivo e subjetivo, físico e moral —, com a redistribuição de seu entendimento do domínio dos eventos naturais para as relações sociais, culturais e políticas.

Pressupõe-se, também, que um lócus onde ocorrem fenômenos interétnicos é igualmente uma arena política, na qual ocorrem negociações entre os atores sociais. Geertz (2008, p. 135) pontua que: “Uma das coisas que quase todo mundo conhece, mas não sabe muito bem como demonstrar é que a política de um país reflete o modelo de sua cultura”.

Dessa maneira, a cultura constitui sistemas engendrados de signos decifráveis interpretativamente (GEERTZ, 1973). Na zona de intermedicalidade, o processo de cuidar intercultural é subjacente a um contexto político permeado por diferentes sentidos/perspectivas: realidade concreta e política de saúde oficial, trabalhadores indígenas e população nativa, trabalhadores de saúde ameríndios e usuários indígenas.

Assim, a cultura não abarca apenas os cultos e os costumes. Ela inclui “estruturas de significados através das quais os homens dão forma à sua experiência; e a política não são golpes e constituições, mas umas das principais arenas nas quais tais estruturas de desenrolam publicamente” (GEERTZ, 2008, p. 135).

Uchôa e Vidal (1994) comentam que Geertz situa-se na origem da corrente interpretativa da antropologia, ou seja, a cultura envolve a interpretação da realidade por parte dos indivíduos a partir de símbolos e significados (GEERTZ, 1973). Nesse caso, o aparato teórico antropológico indica os limites e a incapacidade da biomedicina na mudança do perfil de saúde de uma coletividade (UCHÔA; VIDAL, 1994).

E como os domínios saúde e doença são fenômenos complexos, provenientes da interação de aspectos biológicos, culturais, sociológicos, dentre outros (UCHÔA; VIDAL, 1994), o usuário, em sua vivência individual e conforme normas sociais e culturais, atribui significados a uma realidade simbólica (OLIVEIRA, 2002). Também é

importante considerar que estão inseridos os trabalhadores de saúde e ainda os demais agentes de cura².

Portanto, qualquer atividade de cuidado à saúde pode ser compreendida como resposta arranjada socialmente, mediante processos patológicos. Assim, o cuidado pode ser entendido como um sistema cultural – *Health Care System*, cuja constituição engloba três âmbitos: *folk*, popular e profissional (KLEINMAN, 1980).

Dessa perspectiva, valendo-se da tradução comentada por Langdon (2014) para os conceitos de *disease*, *illness* (KLEINMAN, 1988) e *sickness* (YOUNG, 1976), entende-se que a interação nos espaços de atenção à saúde produzem significados a partir da negociação entre as partes oriundas de diferentes realidades sociais (OLIVEIRA, 2002).

Para uma compreensão mais atenta, sobretudo no âmbito da significância, **Doença** (*disease*) equivale à alteração da funcionalidade e/ou estrutura do corpo biológico, perspectiva do paradigma biomédico. Está vinculada ao que os profissionais de saúde entendem daquele problema de saúde.

No que se refere à **Enfermidade** (*illness*), esta diz respeito ao entendimento do doente para interpretar e atrelar significado ao processo de adoecimento e cuidado. Há influência do contexto sociocultural e das relações interpessoais que o enfermo estabelece na presença do problema, que pode estar ou não vinculado ao corpo. **Mal-estar** (*sickness*), por exemplo, distancia-se dos modelos de percepção individual, para uma visão sociocultural genérica dos fatores macrossociais (político, econômico, institucional) determinantes para o estado de saúde (YOUNG, 1976; KLEINMAN, 1988; LANGDON, 2014).

O método etnográfico, por possibilitar a convivência com os “nativos” e, consequentemente, permitir a análise em profundidade das culturas (DURHAM, 2004), é utilizado na interpretação dos acontecimentos triviais e incomuns do cotidiano e da vida social (CAPRARA; LANDIM, 2008). De tal modo, a compreensão dos espaços relacionais de cuidado intercultural e político pode ser investigada interpretativamente em profundidade.

Ressalta-se, ainda, por uma questão de sistematização e explicação, que este estudo, mediante seus objetivos, referencial e metodologia, é balizado pelo quadro teórico ora exposto. Como parte do referencial teórico deste estudo também foi utilizado o conceito *cultural safety*, detalhado a seguir.

² A designação “agentes de cura” se refere aos indivíduos envolvidos no cuidado à saúde: trabalhadores de saúde, curandeiros, parteiras, pajés, xamãs, pai-de-santo ou outro sujeito que desempenhe essa função (OLIVEIRA, 2002).

3.2 Cultural Safety

Realizou-se pesquisa junto às bases de dados: Base de Dados da Enfermagem – BDENF, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – Lilacs, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* – Cinahal, Literatura Internacional em Ciências da Saúde – Medline, *Scientific Electronic Library Online* – SciELO, Biblioteca Digital da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade de Campinas (UNICAMP), sobre publicações da enfermagem brasileira com emprego do conceito *cultural safety*, nas línguas portuguesa, inglesa, espanhola e francesa.

O período considerado para busca foi entre 1980 e 2014. Esse período justifica-se pela época em o conceito *cultural safety* foi criado até a atualidade.

Vale ilustrar que não foram encontrados estudos desse âmbito, seja pela atualidade, seja pela relevância, sob o arcabouço teórico e o panorama metodológico considerado. Na busca, encontramos publicações que versam sobre a segurança do paciente com outro referencial teórico, que visa à qualidade da assistência sem considerar aspectos culturais. O intuito do cuidado nesse referencial é evitar problemas do indivíduo como, por exemplo, queda de paciente da cama, aplicação errada de medicamento, falhas durante a cirurgia.

Outros estudos encontrados tratam da assistência à saúde culturalmente competente, o que não compreende o conceito *cultural safety*. Por isso, diante do enfrentamento de diversas nomeações na língua portuguesa que compõem este universo temático, e de traduções tão próximas do que seria *cultural safety*, optamos por utilizar, neste estudo, o termo *cultural safety ipso litteris*.

Práticas em saúde orientadas pela noção de *cultural safety* promovem o empoderamento de quem está recebendo o cuidado, bem como o respeito e a centralização do agir em saúde nas necessidades dos atores envolvidos, usuário e profissional. O ponto central constitui-se pelas diferenças culturais existentes entre profissionais de saúde e usuários pertencentes a grupos sociais com antecedentes distintos, de maneira especial culturais e socioeconômicos (RAMSDEN, 2003).

Ao se pensar em locais inseguros de cuidado, na perspectiva cultural (*cultural safety*), é válido utilizar uma analogia. Imagine, ou se recorde, daquela sensação de insegurança que nós brasileiros temos quando estamos em uma rua de uma região violenta, ou de um lugar desconhecido, e nos sentimos desprotegidos, desamparados e com medo do que está por vir. Essa sensação de insegurança e medo é sentida por pacientes que são assistidos por profissionais que não respeitam seus valores e necessidades morais, religiosas, espirituais e culturais.

Também compartilham dessa sensação de insegurança, pacientes em hospitais com normas institucionais rígidas e processos de trabalho burocráticos e tecnicistas que não valorizam a pessoa humana de forma holística (PAPPS; RAMSDEN, 1996; RAMSDEN, 2003; BAKER, 2009).

A principal expoente na concepção do conceito de *cultural safety* foi a enfermeira e indígena Irihapeti Ramsden. Na década de 1980, foi constatado, por meio de uma pesquisa nacional, que o estado de saúde e o acesso aos serviços de saúde eram desiguais entre os Maori e a população não-indígena na Nova Zelândia. O então representante do Serviço Nacional de Saúde neozelandês reconheceu que as desigualdades sociais e econômicas sofridas pelos Maori eram reflexo da influência europeia de 150 anos no país. Esse fato sinalizou a necessidade de mudanças que impactassem na melhora do perfil sanitário da população nativa (PAPPS; RAMSDEN, 1996; RAMSDEN, 2003).

Nesse contexto, a enfermagem neozelandesa propôs mudanças no ensino de enfermeiros com o compromisso de valorizar o biculturalismo do país (Maori e não-indígena).

Depois de vários encontros promovidos em toda Nova Zelândia, o conceito *cultural safety* foi formalizado sob a liderança de Ramsden. Na perspectiva de *cultural safety*, as disparidades em saúde vivenciadas pelo povo indígena Maori eram resultantes do processo de colonização e ciclos de pobreza pelos quais foi submetido. Assim, o objetivo principal das mudanças no ensino de enfermeiras e obstetrizas era contribuir para melhora da qualidade do cuidado e do estado de saúde Maori, por meio da compreensão crítica do colonialismo e seu impacto nas condições de vida da população nativa (PAPPS; RAMSDEN, 1996; RAMSDEN, 2003; FREIRE, 2011).

Embora tenha sido pensado e fundamentado na área da Enfermagem para realidade bicultural, não-indígena e Maori, da Nova Zelândia, *cultural safety* é atualmente um conceito aplicado em contextos multiculturais de cuidado, indígenas e não-indígenas. São exemplos os casos de diferenças culturais inerentes à assistência prestada por profissionais de saúde a imigrantes.

O conceito é estudado, pesquisado e empregado na prática de profissionais de distintas áreas da saúde — tal como a terapia ocupacional — e em diversos países, especialmente Canadá e Austrália (BROWNE et al., 2009; BRASCOUPÉ, 2009; RIGBY et al., 2011; GERLACH, 2012; BIDZINSKI et al., 2013; BAKER, 2013).

Cultural safety é entendido como um processo e resultado (SMYE; RAMEKA; WILLIS, 2006). É um processo que fornece lentes interpretativas críticas, que permitem ao profissional de saúde reconhecer relações de poder assimétricas, aspectos históricos

e sociais presentes nas ações do cuidado, que são determinantes de inequidades em saúde.

Do ponto de vista moral e político, ações em *cultural safety* buscam a minimização de injustiças sociais por intermédio da mudança de foco da cultura do outro para a cultura do cuidado em saúde. Dessa forma, ações em saúde, seriam meios para que questões provenientes do projeto de colonização fossem traduzidas para a práxis, incluindo os âmbitos clínicos, educacional, político e de pesquisa (RAMSDEN, 2003; SMYE; RAMEKA; WILLIS, 2006).

Sua abordagem intercultural da atenção em saúde é convergente com o enfoque de cultura e saúde trazido pela Antropologia Médica, sobretudo com os estudos de Kleinman (KLEINMAN, 1988; BEACH; SAHA; COOPER, 2006; BRASCOUPÉ, 2009).

O conceito *cultural safety* também está alinhado ao paradigma interpretativo, cuja abordagem considera que o ser humano é determinado por sua historicidade e cultura (RICOUER, 1994). Por tais motivos, *cultural safety* é um conceito utilizado na compreensão de parte dos resultados deste estudo.

Cultural safety pode ser observado sob dois aspectos: como processo e como resultado. Este diz respeito ao efetivo cuidado de enfermagem construído com e determinado pelo indivíduo e/ou família, cuja cultura é diferente da cultura do profissional de enfermagem/obstetiz. As diferenças culturais incluem, mas não se limitam, a idade, a geração, ao gênero, a orientação sexual, a posição socioeconômica, a origem étnica, a experiência de imigração; crenças religiosas ou espirituais e deficiências física ou mental.

O enfermeiro/obstetiz durante sua prática deverá empreender um processo de reflexão sobre sua própria identidade cultural, a fim de reconhecer o impacto que sua cultura tem em sua atuação profissional. Prática culturalmente insegura compreende ações que desvalorizam (*demean*), humilham (*diminish*) e desapoderam (*disempower*) o indivíduo, sua identidade cultural e seu bem-estar (RAMSDEN, 2003).

A figura abaixo mostra ações que impedem ou favorecem a construção da atenção orientada na perspectiva de *cultural safety*.

FIGURA 2 – Representação visual do modelo de *cultural safety* e *cultural risk*

Fonte: Wood e Schass (1993) apud Gerlach (2012), tradução nossa

A literatura internacional contemporânea considera competência cultural como parte de um processo contínuo de construção, partindo da consciência cultural à sensibilidade cultural para, finalmente, *cultural safety* (GIBBS, 2005; NAHO, 2008; BRASCOUPÉ, 2009; GERLACH, 2012; BIDZINSKI et al., 2013).

Percebe-se, então, *cultural safety* como processo e produto, simultaneamente, em que formação profissional, trabalhadores, serviços e políticas públicas envidam esforços e estratégias para promover o cuidado e espaços onde quem recebe o cuidado sente-se seguro, respeitado, com suas necessidades reconhecidas e direitos garantidos (NAHO, 2008; BROWNE et al., 2009; GERLACH, 2012). *Cultural safety* como processo e produto está ilustrado e explicitado na tabela a seguir.

Tabela 1. Processo para produção do cuidado na perspectiva de cultural safety com foco na atuação do profissional

		<u>Cultural Safety</u>
<p><u>Consciência Cultural</u></p> <p>É o passo inicial no entendimento que existem diferenças nas percepções e valores entre os seres humanos. Neste âmbito cursos formais são realizados para que os profissionais de saúde se sensibilizem aos aspectos emocionais, econômicos e políticos da vida das pessoas.</p>	<p><u>Sensibilidade Cultural</u></p> <p>Os profissionais se tornam mais perspicazes no entendimento sobre a legitimidade das diferenças e iniciam um processo de autorreflexão sobre as barreiras/relações de poder inerentes à sua condição de vida (status econômico, cultural, profissional), bem como sobre o que sua própria experiência de vida pode impactar na vida do outro, de quem cuida. Há o foco na percepção do trabalhador em saúde.</p>	<p>É um resultado proveniente da prática de profissionais de saúde que possibilita a construção do cuidado seguro culturalmente, que seja determinado pelos indivíduos que estão recebendo o cuidado.</p> <p>Mudança de foco, o cuidado é centralizado principalmente nos problemas e seus determinantes trazidos pelos usuários no momento do cuidado. Considera-se também as perspectivas dos profissionais. Cuidado construído “entre e com” as pessoas envolvidas.</p>

Fonte: Nursing Council of New Zealand (2002) apud Gibbs (2005), tradução nossa

Cultural safety refere-se a que o usuário sente ou vivencia quando um profissional de saúde estabelece uma relação do cuidado em que há respeito inclusivo, com fortalecimento da autonomia do usuário nas tomadas de decisões. Concerne à experiência do cuidado, na qual usuários e profissionais trabalham juntos para maximizar a resolutividade da assistência (NAHO, 2008).

Aprender sobre *cultural safety* é relacionar-se com uma mudança no jeito de pensar do indivíduo. Já a apreensão do que é e de como praticar *cultural safety* envolve a reflexão sobre valores, crenças e normas pessoais, que determinam quem a pessoa é; além da avaliação crítica que esses valores e crenças pessoais têm, pois constituem um papel importante nas relações com pessoas de outras culturas. A mudança de atitudes inerente a *cultural safety* é um processo complexo e intenso (GIBBS, 2005; GERLACH, 2012).

Como referido, *cultural safety* é um conceito aplicável na assistência, formação de profissionais, elaboração de políticas públicas e de pesquisa (RAMSDEN, 2003; SMYE; RAMEKA; WILLIS, 2006).

Em face do escopo deste estudo, adotamos *cultural safety* voltado à compreensão da realidade na qual o cuidado intercultural é tecido nas aldeias da Terra Indígena Buriti.

Fundamentação Teórica e Metodológica

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

4.1 Fundamentação teórica e método – Etnografia

O método etnográfico possibilita “captar os imponderáveis da vida” (MALINOWSKI, 1978, p. 29), sob uma ótica que permite enxergar o homem como um ser amarrado às teias de significados (GEERTZ, 2008). Captar o imensurável das ações humanas, dos eventos e seus significados em um contexto cultural, no qual os diferentes eventos tornam-se inteligíveis (GEERTZ, 1973). É de suma importância, particularmente, no contexto do processo saúde-doença-cuidado, que é permeado por várias intersubjetividades, valores e significados (CAMPOS, 2010).

Esse método possibilita a interpretação das multiplicidades dos fenômenos inerentes ao campo da saúde, com uma abordagem que permite estabelecer nexos de significados do sujeito da ação, bem como a mediação entre ambos (CANESQUI, 2003). Possibilita também a extrapolação das dicotomias conceitos – matéria/imaterial; estrutura/ação arraigadas na maneira biomédica de assistir a saúde da população (CANESQUI, 2003).

Além disso, tem a potencialidade de decifrar a ação simbólica trazida pelo comportamento humano. Tem também o potencial de se importar com o que está sendo transmitido pela expressão do contexto e da conduta humana: seja um sarcasmo ou a verdade, ódio ou amor, seja a atenção à saúde centrada no médico ou o cuidado integral (GEERTZ, 2008; 2014).

A compreensão das realidades sociais, cujos detalhes advêm das intersubjetividades das relações humanas e de suas interações com meio, as quais ocorrem submetidas a usos, costumes e regras (MINAYO, 2010), é possibilitada pela Etnografia. O olhar, o ouvir e o escrever, disciplinados pelo referencial adotado (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996), permitem fazer uma descrição densa de uma faceta de uma conjuntura social específica, ao passo que visa evitar uma interpretação pautada nos valores e preconceitos do etnógrafo, ou seja, foge do etnocentrismo.

O etnocentrismo refere-se ao apagamento das diferenças culturais. Diz respeito à tendência em julgar os indivíduos de outras culturas a partir do ponto de vista da própria. Considera-se melhor e superior que as demais e, por isso, os indivíduos culturalmente diferentes são encarados como inferiores e menos civilizados (SILVA, 2010).

A fim de evitar o etnocentrismo, o pesquisador pode organizar o olhar antropológico, composto pela alteridade e pelo saber antropológico. Alteridade diz respeito ao estranhamento que o pesquisador deve ter em campo de pesquisa (na observação e na

entrevista), no intuito de perceber e selecionar fatos e acontecimentos para articulá-los ao referencial teórico adotado (ROMANELLI; ALVES, 1998).

Pelas suas peculiaridades e pelas possibilidades de interpretação de uma realidade cultural, este estudo utiliza a etnografia como referencial metodológico.

Ademais, e considerando o papel ativo que o pesquisador tem na construção e interpretação dos dados (SANDELOWSKI, 1994; THORNE, 2011; MOULES, 2011), é importante esclarecer o ponto de vista do pesquisador e a natureza da disciplina na qual a investigação é realizada (THORNE, 2008; CRESSWELL, 2012).

A Enfermagem foi o ponto de partida para este estudo. As questões e motivações desta pesquisa surgiram a partir das vivências como enfermeira da pesquisadora principal. A Enfermagem é uma disciplina fundamentada em conhecimento filosófico e científico, baseado em evidências, o que contribui para sua complexidade e dialética entre teoria e prática, inclusive em pesquisas (HALL, 2005).

Desse modo, as bases teóricas que ancoraram a coleta e análise interpretativa dos dados incluíram: 1) A Etnografia e a Antropologia Interpretativa (GEERTZ, 2008); 2) os conceitos teóricos alinhados com a Antropologia Interpretativa e da Saúde, que permitiram compreender o evento em estudo; 3) a experiência das pesquisadoras (pesquisadora principal e orientadora) na prática do cuidado em saúde e de enfermagem, bem como no desenvolvimento de pesquisas de cunhos qualitativo e etnográfico.

4.2 Procedimentos Éticos

4.2.1 Construção de espaço ético e obtenção de aprovação para desenvolvimento da pesquisa

O espaço ético em pesquisa se refere à interação intercultural de indivíduos de diferentes contextos, com variadas concepções sobre a vida. Deve ser pautado por relações simétricas no engajamento transcultural dos envolvidos (ERMINE; SINCLAIR; JEFFERY, 2004). O pesquisador e o participante são parceiros. O agir de ambos é sob o signo da solidariedade, imparcialidade e justiça (WHYTE, 2005).

No espaço ético deve existir a negociação, que ocorre antes e depois da anuência do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Na pesquisa etnográfica, esse momento de negociação caracteriza-se como uma fase exploratória necessária para o desenvolvimento “ulterior” da investigação, uma vez que a observação participante exige vários meses para negociar a entrada do pesquisador no campo (WHYTE, 2005).

Sem perder de vista a questão metodológica, para a investigação ser relevante, os pesquisadores devem entrar em contato com a comunidade desde a concepção dos objetivos do projeto (ERMINE; SINCLAIR; JEFFERY, 2004). A negociação para o

desenvolvimento da investigação com a população estudada teve início durante a elaboração do projeto de pesquisa, pois somente por meio do aval das lideranças indígenas é que foi definido o local de pesquisa.

Mesmo que o desejo do pesquisador incluía certa comunidade indígena, se o cacique não autorizar não será possível realizar a investigação. Desde o início da negociação até a inserção da pesquisadora principal no campo, foram mais de 12 meses. Desse modo, planejar e incluir esse momento foi fundamental para que a pesquisa fosse desenvolvida.

A aproximação no campo de pesquisa teve início durante a elaboração do projeto. E como os povos indígenas possuem uma instância coletiva de decisão, o direcionamento inicial foi feito ao cacique. Um integrante da equipe de saúde que atua nas aldeias intermediou a aproximação da pesquisadora com alguns caciques para solicitar anuência para desenvolvimento da pesquisa.

Em conversa individual, a pesquisadora principal explicou os objetivos e a metodologia da pesquisa, bem como esclareceu a sua permanência nas aldeias. Depois da obtenção das autorizações, o projeto foi finalizado. Concomitantemente, foram solicitadas as autorizações à sede regional do DSEI Mato Grosso do Sul, representante Indígena SESAI e à FUNAI.

No intuito de atender às recomendações legais da FUNAI para o ingresso em terras indígenas para desenvolver pesquisa, o referido projeto foi encaminhado à Coordenadoria Geral de Estudos e Pesquisa da FUNAI e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para que esse procedesse à avaliação metodológica da pesquisa.

Além da submissão do projeto ao CNPq, foi preciso atender aos demais itens exigidos pela FUNAI, a saber: carta de apresentação da instituição ao qual está vinculado, carta de apresentação do orientador (para acadêmicos e pós-graduandos), projeto de pesquisa, *curriculum vitae* dos pesquisadores, cópia do registro de identidade ou passaporte, atestado de vacina contra doença endêmica da região e atestado médico de não portador de enfermidade contagiosa (BRASIL, 1995).

A FUNAI emite atestado de ciência de que o projeto está regulamentado pela Instrução Normativa nº001 (BRASIL, 1995). Isto é, a instituição atesta que está ciente da proposição da pesquisa. No entanto, não permite o desenvolvimento da investigação até a apresentação da aprovação do Conselho Nacional de Saúde – CONEP. Tal informação não estava disponível nas regulamentações oficiais e foi obtida em contato com funcionário da FUNAI, em Brasília, por meio de ligações e *e-mails*.

Mediante parecer favorável do CNPq e atendimento dos pré-requisitos exigidos pela FUNAI, o Atestado de Ciência foi emitido. A autorização do DSEI Mato Grosso do Sul

foi emitida após apresentação do Atestado de Ciência da FUNAI. Assim, finalizamos o processo de submissão do projeto de pesquisa ao CEP, por meio da Plataforma Brasil.

Após cerca de 12 meses das reuniões com as lideranças indígenas locais, o parecer favorável do CONEP foi emitido com algumas pendências. Parecer CONEP nº 134.390. A análise de respostas às tais pendências foi realizada pelo CEP da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, com aprovação para realização da pesquisa. Parecer CEP nº 170.397. Os pareceres CONEP e CEP estão nos Anexos. Posteriormente, a FUNAI emitiu autorização para ingresso em terras indígenas para o desenvolvimento da pesquisa. Após aprovações do CONEP e FUNAI, o DSEI Mato Grosso do Sul concedeu aprovação para realização da pesquisa no Polo e unidades de saúde da Terra Indígena Buriti.

A etapa de coleta de dados foi iniciada, na qual houve a necessidade de manutenção do constante diálogo com os indígenas.

4.2.2 Obtenção do TCLE

A pesquisa contou com a anuência antecipada da comunidade através de suas lideranças e com consentimento de cada participante. Deve-se dispor de esforços para a obtenção do consentimento individual (BRASIL, 2012), mesmo que, como já mencionado, as populações indígenas possuam uma instância coletiva de decisão.

Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICES). Como todos os participantes eram alfabetizados, todos assinaram o termo, não foi necessário fazer uso de impressão dactiloscópica.

A pesquisadora principal abordou os sujeitos em conversa informal e realizou uma breve apresentação oral, com o objetivo de explicar questões fundamentais da pesquisa, sobretudo objetivos e metodologia. Ao final da apresentação, a pesquisadora colocou-se à disposição do participante para responder eventuais dúvidas a respeito da pesquisa e o convidou para participar do estudo.

O respondente foi informado que, em caso de cansaço, desconforto, constrangimento e/ou indisposição que pudesse vir a sentir no momento da entrevista, ela seria encerrada imediatamente, sendo remarcada em qualquer outro momento oportuno; caso fosse de interesse da pessoa, para que não houvesse qualquer tipo de prejuízo ao mesmo. Os participantes foram esclarecidos de que possuíam liberdade para interromper a entrevista em qualquer momento que fosse de sua vontade, sem acarretar prejuízos pessoais ou profissionais.

A pesquisadora principal realizou leitura pausada e explicativa do TCLE, para as pessoas que preferiram que a pesquisadora lesse o termo, antes da entrevista. Outros participantes com grau de escolaridade mais alta realizaram leitura individual do consentimento. Todos assinaram o TCLE, que foi impresso em duas vias, assim uma ficou em posse do sujeito da pesquisa e uma foi arquivada pela pesquisadora responsável.

4.2.3 Garantia dos preceitos éticos

A execução do projeto de pesquisa foi orientada pela Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos; pela Resolução 304/2000 (BRASIL, 2000), a qual diz respeito aos direitos dos povos indígenas no que se refere ao desenvolvimento teórico e prático de pesquisa, com seres humanos que envolvam populações indígenas do Brasil. Como a Instrução Normativa nº 01/PRESI de 1995 (BRASIL, 1995), que regulariza o ingresso em terras indígenas, com a finalidade de desenvolver pesquisa científica.

No desenvolvimento de pesquisa, houve atenção a todos os riscos e benefícios aos sujeitos envolvidos. Considerando os objetivos do estudo, a metodologia empregada e as técnicas de coleta de dados (que incluem observação e entrevistas com roteiro semiestruturado), pode-se afirmar que os riscos foram baixos, seja nos aspectos físicos, psíquicos ou morais, para os participantes da pesquisa.

Houve a preocupação de não causar malefícios aos indivíduos e famílias envolvidas no estudo, preservando a autonomia em participar ou não da pesquisa, garantindo o anonimato.

Com relação à inserção da pesquisadora no campo de investigação, a sua entrada foi informada ao cacique de cada aldeia. As visitas às aldeias foram acompanhadas pela equipe de saúde e relatadas às lideranças locais. Reitera-se que houve compromisso em respeitar, durante toda a realização da pesquisa, as especificidades econômicas, culturais, políticas e sociais dos indígenas.

No tocante à privacidade dos participantes, houve o comprometimento de não revelar suas identidades e todos os cuidados possíveis para preservá-las no texto. Não houve distinção entre os profissionais de saúde participantes em relação ao sexo (masculino ou feminino), já que esta característica possibilitaria a identificação da pessoa.

Nas ocasiões em que os entrevistados mencionaram o nome de outros participantes, optamos por suprimi-los. Nos casos em que a supressão do nome afetaria o entendimento da narrativa, substituímos por nomes fictícios Vilton, Cláudia, Roger, Toni, Paki e Lupi.

4.3 Trajetória Metodológica

4.3.1 Delineamento do estudo

Esta investigação possui abordagem qualitativa de pesquisa em saúde (MORSE, 2010; THORNE, 2011). É um estudo etnográfico, fundamentado na perspectiva da Hermenêutica Dialética de Ricouer (RICOUER, 1994; COSTA, 2002) e na Antropologia Interpretativa de Geertz (2008).

Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas a observação participante, entrevista semiestruturada e análise documental. E como processo analítico, a análise temática dos dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

4.3.2 Local da realização do estudo

A pesquisa foi realizada na Terra Indígena Buriti, localizada em áreas geográficas de dois municípios, Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti. Esta área é pertencente ao Distrito DSEI Mato Grosso do Sul, demonstrado na **Figura 3**.

Na seleção pelo DSEI Mato Grosso do Sul, considerou-se a caracterização do distrito, que possui uma alta densidade demográfica, com uma população de 68.309 indígenas, distribuídos em 202 aldeias, contemplando 10 etnias – Atikum, Bororo, Cinta Larga, Guarani, Guarani Kaiowá, Guató, Kadwéu, Kinikinawa, Ofaié, Xavante e Terena³ (BRASIL, 2012).

³ Neste estudo, o uso do termo Terena e demais denominações de povos indígenas escritos com letra inicial maiúscula refere-se à etnia da população. Concerne à nação de um povo. O uso da palavra terena e demais denominações com letra inicial minúscula diz respeito ao indivíduo pertencente à etnia, Terena, por exemplo.

FIGURA 3 – Mapa da distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil

Fonte: Brasil, 2011a

A sede do DSEI situa-se no município de Campo Grande. O atendimento nas aldeias é feito por intermédio de 15 Polos Base e abrange 32 equipes multidisciplinares de saúde, além de três Casas de Saúde Indígenas.

O trabalho de campo desta pesquisa desenvolveu-se, predominantemente, nas aldeias rurais Córrego do Meio, Lagoinha, Buriti, Oliveiras, Água Azul e nas aldeias urbanas Tereré e Nova Tereré. Os municípios Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti, onde se situam as aldeias, estão localizados a 70 km da capital Campo Grande, Estado do Mato Grosso do Sul (MS). É possível visualizar a localização de Sidrolândia no Estado do MS na **Figura 4**.

FIGURA 4 – Mapa do Distrito Sanitário Especial Indígena Mato Grosso do Sul

Fonte: Brasil, 2011b

A previsão para realização deste estudo incluiu apenas a aldeia urbana Tereré e as aldeias rurais Córrego do Meio e Oliveiras. A escolha foi feita por se situarem próximas uma da outra, por se tratar de uma região com indígenas que possuem distintos graus de proximidade com a sociedade envolvente e também por apresentarem, juntas, um alto índice de famílias residentes. A aldeia Tereré possui população que compreende aproximadamente 690 indígenas. A aldeia Córrego do Meio possui uma população aproximada de 495 indivíduos e a Oliveira cerca de 140 indígenas (BRASIL, 2011).

A pesquisadora principal teve contato com vários terenas e foi bem acolhida em diferentes aldeias durante a fase de coleta de dados. Os indígenas demonstraram interesse no estudo. Este fato propiciou a expansão do trabalho de campo. Incluímos no estudo outras três aldeias rurais. São elas: Lagoinha, Buriti e Água Azul.

Vale ressaltar que durante a coleta de dados, a pesquisadora acompanhou o atendimento e as visitas das duas equipes multidisciplinares de saúde da família atuantes na Terra Indígena Buriti, o que permitiu apreender aspectos do cuidado em saúde praticado na região como um todo.

Além disso, a localização da Terra Indígena Buriti, que compreende locais próximos aos centros urbanos dos municípios de Sidrolândia e Dois Irmãos do Buriti, também foi considerada na escolha, uma vez que permitiu maior possibilidade de acesso, de deslocamento e estadia da pesquisadora no trabalho de campo (BRASIL, 2011). A aldeia urbanizada Tereré, por se situar em área urbana (de Sidrolândia), permitiu a investigação e comparação de possíveis fatores relacionados ao cuidado intercultural posto em uma realidade que não é rural.

4.3.3 Grupo social pesquisado

Foram incluídos na pesquisa os indígenas e os profissionais de saúde que trabalham nas aldeias. A equipe multidisciplinar de saúde é composta por enfermeiro, médico, dentista, técnico de enfermagem, técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde indígena – ACSI e agentes indígenas de saneamento – AISAN. As aldeias da comunidade Buriti são assistidas por duas equipes multidisciplinares de saúde da família, por isso os integrantes de ambas foram sujeitos da pesquisa.

Os indígenas que recorrem ao sistema oficial de atenção à saúde indígena também foram incluídos no estudo, os quais foram selecionados por meio da técnica de “bola de neve” (PATTON, 2002). Este método consiste em identificar os participantes da comunidade, por intermédio de um usuário que aceite participar da pesquisa. Foi solicitado ao respondente que sugerisse o nome de outro que utilizasse o serviço de saúde oficial. A cada novo indígena contatado foi dito que seu nome foi indicado por um amigo ou parente. Também foi solicitado que ele indicasse outro possível usuário do serviço de saúde.

A delimitação do número de sujeitos se estabeleceu no trabalho de campo, a partir do momento em que os dados responderam a questão do estudo. Isto é, quando novas entrevistas e observações não acrescentaram dados novos e os dados existentes forneciam informações suficientemente esclarecidas para a pesquisa (O'REILLY; PARKER, 2013).

Como critérios de exclusão dos sujeitos, adotou-se o seguinte:

- O indivíduo não falar a Língua Portuguesa;
- Presença de limitações cognitivas ou problemas psiquiátricos que poderiam dificultar a participação do indivíduo na pesquisa.

Para tanto, foram avaliados os seguintes requisitos:

- Ser capaz de dizer o nome e onde fica a aldeia em que residia;
- Ser capaz de falar qual o dia da semana e o mês;
- Ser capaz de informar sua idade.

Trabalho de Campo

5 TRABALHO DE CAMPO

5.1 Técnicas de coleta de dados

A pesquisa etnográfica foge do operacionismo, enquanto dogma metodológico. Por isso, não determina uma receita para se desenvolver a coleta e interpretação dos resultados (MAGNANI, 2002). Existem, entretanto, elementos comuns na pesquisa etnográfica, são eles: a observação participante, o contato direto com universo investigado e a entrevista aberta (VELHO, 1978), os quais foram utilizados como técnicas de coleta de dados neste estudo. Também procedeu-se análise documental, a fim de fortalecer a própria coleta dados referente ao tema pesquisado.

Nas aldeias, principalmente na zona da intermedicalidade, a pesquisadora desenvolveu uma perspectiva intersticial, isto é, empreendeu um olhar de perto e de dentro do fenômeno (MAGNANI, 2002; SILVA, 2006). Para isso, realizou observação participante. Esse tipo de observação

obriga seus participantes a experimentar, tanto em termos físicos quanto em intelectuais, as vicissitudes da tradução [...] como meio de produzir conhecimento a partir de um intenso envolvimento intersubjetivo (CLIFFORD, 2002, p.20).

Durante a observação participante, que exige o olhar e o escutar de maneira disciplinada (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996), a apreciação atenta da pesquisadora foi empreendida e dirigida pelo referencial teórico adotado e pelos objetivos do estudo.

É preciso aprender quando perguntar e quando não perguntar, quais perguntas fazer na hora certa (WHYTE, 2005). As observações realizadas foram anotadas em um diário de campo, no qual foram registradas as observações de gestos, expressões, falas, comportamentos, hábitos, costumes e crenças (MINAYO, 2010). Esse roteiro é necessário, pois “diante das culturas dos outros somos todos aprendizes, e quase sempre aprendizes desajeitados” (MAGNANI, 2002, p.3).

Por esse motivo, o diário de campo possibilitou à pesquisadora principal organizar suas ideias, experiências e observações do campo. As ações observadas foram definidas entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa.

A realização de entrevistas semiestruturadas foi outra técnica empreendida na etapa da coleta de dados. Utilizou-se roteiro previamente elaborado junto a informantes-chave e participantes da pesquisa escolhidos após determinado período de inserção no campo de estudo. A elaboração das questões para o roteiro considerou o arcabouço teórico da pesquisa e as informações que as pesquisadoras compilaram sobre o fenômeno social (TRIVIÑOS, 1987).

Utilizamos dois roteiros de entrevistas, um para os usuários do serviço/comunidade e outro para os profissionais de saúde indígenas e não indígenas. O roteiro foi composto por duas partes. A primeira, utilizada tanto para os usuários quanto para os profissionais, continha elementos sobre a caracterização do participante. Trazia itens como: idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, procedência, local onde reside, transporte, ocupação, fonte de renda e escolaridade.

A segunda parte do roteiro, aplicada aos usuários/comunidade, abordou as seguintes questões norteadoras:

O que significa para você ser Terena, indígena?

Como os terenas cuidam da saúde? (filhos, comunidade)

O que é saúde para você? O que é importante para que isso aconteça?

Como você cuida da sua saúde e da sua família?

Quando você está doente, o que você faz para cuidar desse problema?

Para você, quais problemas de saúde mais ocorrem na aldeia? Como as pessoas se cuidam?

Você vai ao posto de saúde da aldeia? Normalmente você vai por quais motivos no posto? Conte-me como é quando você chega lá? Como é o atendimento? Com quem você normalmente conversa?

Quando você sente alguma coisa, por exemplo uma dor, você vai ao posto de saúde? De que forma você procura resolver esses problemas de saúde?

Você lembra qual o motivo pelo qual você foi ao posto de saúde pela última vez? Seu problema foi resolvido? Como foi? (Por que não?).

Como é o cuidado/ consulta prestado pelos profissionais do Polo? Como é a conversa?

Quais são os profissionais de saúde que vem atender na aldeia? Como eles são, atendem e cuidam?

Sobre a política de saúde indígena, você acha que ela interfere na assistência à saúde dos terenas? De que forma?

Você já ouviu falar sobre a atenção diferenciada?

Se aparecer, perguntar sobre a SESAI.

A segunda parte do roteiro utilizado com os participantes profissionais de saúde foi composta por tópicos sobre a formação profissional e o vínculo de trabalho. O roteiro apresentou questões sobre: ano em que se formou; informações recebidas sobre cuidado ao indígena durante o curso/graduação; principais cursos utilizados após a formação na

área da saúde; tempo de trabalho em serviços de saúde, saúde indígena e Polo de Sidrolândia; tipo de vínculo de trabalho; participação em capacitações em atendimento ao indígena desde que atua na saúde indígena e carga horária.

Ainda sobre o roteiro de entrevistas dos profissionais, o mesmo abarcou as seguintes questões norteadoras:

Quais profissionais fazem parte da equipe de saúde?

Você poderia me descrever a sua rotina de trabalho em um dia comum na aldeia? (dia típico).

O que significa pra você prestar cuidado ao povo terena? O que significa para você cuidar em saúde na aldeia?

***ACSI:** Você normalmente conversa em qual idioma? Como é ir à casa das pessoas? Elas aceitam? Eles te procuram ou você que vai até eles? O que eles mais te perguntam ou falam? Há perguntas que você não sabe a resposta? Caso sim, como você faz quando isso acontece?*

O que significa para você ser indígena, ser Terena?

Quais os principais problemas de saúde com os quais você se depara na assistência à saúde dos terenas? Quais problemas eles contam para você? Como você acha que os terenas cuidam desses problemas?

Há formas de cuidado próprias dos terenas? Fale sobre isso.

Você acha que o modo de vida dos terenas interfere na saúde deles? Como?

Como é sua relação com as pessoas de quem você cuida?

Como é o uso de medicamentos pelos terenas?

Sobre a política de saúde indígena, você acha que ela interfere na assistência à saúde dos terenas? De que forma?

Você já ouviu falar sobre a atenção diferenciada? Conte-me um pouco sobre isso.

Se aparecer, perguntar sobre a SESAI.

Realizamos também análise documental, que tem a potencialidade de atribuir maior confiabilidade aos dados coletados em entrevistas, uma vez que possibilita a validação de tais informações (SOUZA; KANTORSKI; LUIS, 2011).

Considerando que na coleta de informações dos registros é preciso distinguir o fundamental do secundário, criamos um roteiro de análise documental (Moreira, 2005; Prates; Prates, 2009). O roteiro inicial foi aprimorado durante a fase de coleta de dados, cujos procedimentos de coleta e a organização dos dados documentais foram operacionalizados da seguinte maneira:

1. Apuração e organização do material – busca, leitura e seleção dos registros institucionais (normas, regimentos, prontuários) disponíveis no Polo Base de Sidrolândia e nas unidades, a fim de entender o funcionamento local; o atendimento dos usuários.
2. Destaque e registro de informações – extração de transcrições de informações e inserção destas no Programa Microsoft Excel segundo os seguintes tópicos: protocolos, metas e programas do serviço; atividades realizadas pela equipe; problemas de saúde registrados; informações sobre os usuários atendidos, tais como idade, sexo, família a qual pertencem, frequência de atendimentos e de retornos, queixas apresentadas, diagnóstico médico, número de visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde.
3. Integração dos dados – leitura e seleção das informações pertinentes ao objetivo do estudo. Organização didática para facilitar e integrar o conjunto de dados documentais ao processo interpretativo de análise dos *corpus* de dados, a fim de realizar possíveis contrapontos e associações com os dados obtidos a partir das fontes primárias (TURATO, 2011).

Além da zona de intermedicalidade nas aldeias investigadas, a pesquisa de campo também abrangeu a sede do Polo Base, pois é onde as atividades da equipe de saúde são organizadas e planejadas.

5.2 Etapas do trabalho de campo

A cada entrada da pesquisadora no “lócus da coleta de dados” (SILVA, 2006, p.15), houve uma aproximação prévia com o cacique para ressaltar o objetivo da pesquisa e esclarecer a permanência da pesquisadora no campo de estudo. Essa observação foi realizada em razão de os povos indígenas possuírem uma instância coletiva de decisão. Ressalta-se que os ameríndios foram representados, neste momento, pelo cacique, pois é ele quem decide pela comunidade.

Para tanto, houve cinco períodos de imersão da pesquisadora principal durante a fase de coleta de dados, entre abril de 2013 e abril de 2015.

1ª Imersão

Período: Abril de 2013

Na primeira quinzena de abril, foi realizada a primeira imersão no cenário da pesquisa: a Terra Indígena Buriti, Sidrolândia/MS, após a obtenção dos pareceres da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, da Fundação Nacional do Índio e do Distrito Especial de Saúde Indígena Mato Grosso do Sul.

O momento de “negociação”, caracterizado como uma fase exploratória e iniciado no desenvolvimento “ulterior” da investigação, foi contínuo. Constituiu necessariamente em conversar e apresentar os objetivos da pesquisa aos caciques novamente.

Com a anuência das lideranças e a convite da comunidade, a pesquisadora principal participou da Festividade de Comemoração do Dia do Índio, no dia 19 de abril. Cada aldeia realiza sua comemoração, com jogos (futebol, arco e flecha, cabo de paz), na qual há participação feminina e masculina. Houve também apresentação de dança das mulheres e dos guerreiros e o tradicional almoço do dia com churrasco feito de carne de bovinos doados pelos “aliados” purutuyé⁴.

A partir das conversas e das observações, foi possível perceber como alguns aspectos da vida social terena são desenrolados. Os dados, coletados junto aos indígenas e em fontes bibliográficas indicadas por eles sobre a História terena (AZANHA, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012), permitiram ordenar as informações sobre a organização social terena e escrever sobre a trajetória histórica desse povo.

Além disso, o primeiro contato foi importante para a pesquisadora principal conhecer a comunidade e a comunidade conhecê-la. Isso se deu justamente para não causar impacto e estranhamento na comunidade pela sensação da presença “forçada” da pesquisadora na aldeia. Portanto, optou-se em não estender a primeira imersão por um longo período.

2ª Imersão

Período: Julho a Dezembro de 2013

No segundo semestre de 2013, a pesquisadora estabeleceu residência em Sidrolândia/MS. Nesse período, o primeiro contato foi junto com a equipe de saúde do Polo Base Sidrolândia. Foi preciso conversar novamente com as lideranças indígenas para esclarecer os objetivos da pesquisa e pedir autorização para a entrada e permanência nas aldeias.

Durante esse percurso de imersão na aldeia, houve dois momentos bastante tensos. O primeiro deles ocorreu no início do semestre, quando os terenas estavam se organizando para fazer novas manifestações a fim de garantir a posse de terra circunvizinha retomada por eles. O poder público não havia se manifestado oficialmente sobre a possível aquisição do território passado dos fazendeiros para o povo Terena da Comunidade Buriti. Meses antes, os indígenas invadiram várias fazendas que foram atestadas pela FUNAI (AZANHA, 2002) como terra pertencente aos terenas. Na invasão de uma fazenda, houve conflito entre policiais e indígenas. No embate, muitas crianças, mulheres, homens e idosos ficaram feridos e um terena morreu.

⁴ Purutuyé é o termo terena utilizado para designar as pessoas que não são indígenas.

Nos dias em que a pesquisadora começou a frequentar a aldeia, acompanhando a equipe ou acompanhada por algum terena, o pronunciamento do governo federal sobre a aquisição das terras em prol ou contra os terenas era eminente. Os profissionais de saúde do Polo estavam receosos em irem para as aldeias e serem mantidos como reféns pelos indígenas. Alguns deles já haviam sido mantidos presos pelos terenas em reivindicações passadas. Não houve comparecimento ao serviço de qualquer profissional indígena ou usuário para ser atendido.

A enfermeira estava muito receosa com a situação, mas não havia motorista para nos levar de volta à cidade. Ela verbalizou repetidas vezes sua preocupação e seu semblante expressava ansiedade.

Logo após o almoço, ao ouvirem vários gritos, a enfermeira e a pesquisadora principal saíram da unidade para ver o que estava acontecendo. Constataram que os indígenas estavam comemorando a resposta positiva sobre a desapropriação das fazendas em prol deles próprios.

O segundo momento tenso correspondeu aos episódios que ocorreram no trajeto da cidade para a aldeia, em razão de os veículos de transporte da equipe apresentarem péssimas condições de uso; ora com os freios estragados, ora com problemas nos pneus.

Diante desse contexto, a equipe de saúde ameaçou fazer greve em decorrência dos riscos de transporte naqueles carros. Houve um dia de greve, que terminou quando uma das camionetes do Polo passou por manutenção.

Esses momentos ameaçaram a continuidade da coleta de dados, mas foram superados. As reivindicações pela retomada das terras acalmaram após confirmação da presidente da República do Brasil sobre a aquisição das fazendas para passar aos terenas. Os problemas com transporte não acabaram, mas a pesquisadora principal não presenciou outras greves dos trabalhadores. Ela buscou alternativas para ir para as aldeias e voltar para a cidade, utilizou, em ordem de frequência: ônibus escolar, caronas de carro e moto com os indígenas mais próximos, carona com o responsável pela FUNAI local, taxi e ônibus particular que faz o transporte de trabalhadores de indústrias de Sidrolândia.

A aproximação da pesquisadora principal com a comunidade aconteceu gradativamente à medida que ela frequentava as unidades. Os indígenas que a receberam na primeira imersão foram muito receptivos, a apresentaram para lideranças indígenas e famílias de diferentes aldeias. Em pesquisa com populações indígenas, é importante o estabelecimento de vínculo com um “guia” nativo, que norteia o agir do pesquisador na comunidade (KURTZ et al., 2008).

A pesquisadora obteve auxílio e orientações mais frequentemente de dois indígenas durante suas imersões nas aldeias. Essas pessoas foram o seu guia na fase de coleta de

dados (KURTZ et al., 2008). Na perspectiva do método etnográfico, os dois guias são denominado de informantes-chave no estudo.

A partir de suas visitas às famílias e conversas com os terenas, a pesquisadora principal observou o modo de vida dos indígenas, suas moradias, os costumes relacionados ao cuidado da saúde, a relação entre os indígenas e os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde indígena); a relação com o pajé, parteira e/ou curandeiros, a relação do cuidado à saúde mediante a prescrição de medicamentos, a adesão às prescrições, a interferência das lideranças indígenas no cuidado prestado pelos profissionais de saúde.

As observações realizadas foram anotadas em um diário de campo. O caderno de campo possibilitou à pesquisadora principal a organização das ideias, das experiências e das observações do campo.

Outra etapa da coleta de dados correspondeu à realização de entrevistas semiestruturadas, com uso de roteiro previamente elaborado junto a informantes-chave. Três profissionais, dois não indígenas e um indígena, juntamente com três terenas da comunidade, foram eleitos como informantes-chave, por terem se mostrado mais receptivos em esclarecer aspectos inerentes ao objeto de estudo à pesquisadora.

Para realização da pesquisa, os participantes foram escolhidos segundo critérios de proximidade e vínculo que os mesmos tinham com a pesquisadora, pois esses são elementos fundamentais para manter uma conversa com eles; e, principalmente, para participarem do estudo. Também foi utilizada a técnica de Bola Neve (PATTON, 2002), descrita previamente neste capítulo. Com a indicação de algum conhecido, os indígenas sentiam confiança em conversar com a pesquisadora.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora e pelo participante de modo em que ambos se sentissem em uma conversa, mesmo com o uso do gravador. As conversas/entrevistas com os usuários foram realizadas em locais escolhidos pelos participantes, sempre com o intuito de preservar a confidencialidade e anonimato do sujeito.

Três entrevistas foram feitas no Polo, especificamente na varanda das acomodações. As outras foram realizadas nas aldeias. Algumas ocorreram na unidade de saúde da aldeia, também na área externa da estrutura física.

Nessa circunstância, a pesquisadora havia encontrado o respondente pela primeira vez no dia da entrevista. Antes, porém, os profissionais de saúde ali presentes indicaram a participação daquele usuário e asseguraram a ele a sinceridade e boas intenções da pesquisadora.

A maioria das conversas gravadas ocorreu, entretanto, em ambiente familiar. Por vezes, dentro da casa ou na área externa, que corresponde a um alpendre segundo a nossa percepção (não-terena) de residência. Outras vezes os entrevistados receberam a

pesquisadora principal no quintal de suas casas e a conversa foi gravada debaixo de árvores ao som de pássaros, cigarras e do vento. É válido salientar que as conversas gravadas dentro da casa do entrevistado aconteceram com aquelas pessoas que se mostraram mais próximas da pesquisadora.

As entrevistas com os profissionais ocorreram nas unidades de saúde das aldeias e no Polo em horários escolhidos por eles, para que não atrapalhassem a rotina do serviço. Algumas entrevistas foram interrompidas pelo atendimento da unidade, mas todas foram retomadas posteriormente. O tempo de duração das entrevistas foi diversificado, variando de 20 a 80 minutos. A média da duração das entrevistas foi 40 minutos.

Foi realizada uma entrevista com cada respondente. A conversa gravada foi considerada suficiente segundo os objetivos do estudo. A maioria das entrevistas possibilitou captar: os sentidos que os sujeitos atribuíam ao cuidado e seus determinantes; as necessidades identificadas pelos atores do cuidado no processo de cuidar; como identificavam os tipos de medicina/ atenção à saúde e lidam com elas; as explicações e a compreensão dos significados que elaboravam a atenção diferenciada; como avaliavam a assistência à saúde indígena por parte dos órgãos representantes da PNASI/Estado; suas expectativas com relação ao serviço oficial de saúde.

A pesquisadora principal participou de eventos e reuniões familiares promovidos na aldeia a convite dos terenas. Ela pôde vivenciar e observar eventos cotidianos da vida dos indígenas, tais como: a alimentação, o cuidado com as crianças e as famílias, a organização familiar e comunitária, os hábitos de vida. Ela também manteve contato próximo com a equipe de saúde, participando de suas confraternizações a convite dos profissionais. Tais aspectos foram importantes para compreensão do cenário de estudo, bem como para contrastar e/ou reiterar informações obtidas nas entrevistas.

Nessa fase, também teve início a análise dos dados (observações e entrevistas). Para a elaboração dessa fase adotou-se o seguinte critério: à medida que era realizada propiciava a coleta de dados orientada pelos dados, considerando o recorte de pesquisa. Essa etapa foi encerrada para participação da pesquisadora principal no estágio de pesquisa no exterior (intercâmbio).

3ª Imersão

Período: Setembro de 2014

A terceira imersão foi realizada após retorno do estágio de pesquisa no exterior realizado no Canadá. As atividades desenvolvidas nesse período serão pormenorizadas adiante. A terceira imersão ocorreu sete meses após o último contato pessoal com os terenas.

A pesquisadora manteve contato com alguns participantes indígenas e profissionais de saúde por intermédio de redes sociais e aplicativo de celular *Whatsapp*, o que constituiu elemento positivo na manutenção do vínculo estabelecido entre a pesquisadora e os indígenas.

Foi por meio de tais contatos que se percebeu a necessidade do retorno dela ao campo de pesquisa logo em seguida ao fim do intercâmbio, para afastar qualquer impressão de descompromisso da pesquisadora com a comunidade. É válido destacar que os terenos da Comunidade Indígena Buriti, Sidrolândia-MS, têm acesso à *internet*, televisão e rede de telefonia celular, o que permitiu o contato com alguns deles mesmo estando fora do locus de coleta de dados.

Além disso, a terceira imersão foi necessária para dar prosseguimento à interpretação dos dados iniciada com a análise parcial realizada durante fase de intercâmbio. Foi possível realizar observações e colher informações com os informantes-chave sob o norte das indagações originadas na discussão dos dados realizada com os pesquisadores Jeff Reading e Donna Kurtz, respectivamente, da Universidade de Victoria e da Universidade de British Columbia Okanagan Campus, onde a pesquisadora desenvolveu atividades do estágio de pesquisa.

Os dados obtidos foram utilizados para contrastar, reiterar e/ou retificar o tema emergente na análise parcial. As novas informações também possibilitaram o avanço no processo interpretativo da totalidade dos dados.

A pesquisadora principal visitou as aldeias e as casas das pessoas com o intuito de reafirmar as impressões obtidas nas observações anteriores sobre o cuidado à saúde no cotidiano das famílias. Conversou novamente com participantes da pesquisa, pajés e caciques. Acompanhou o trabalho da equipe de saúde nas aldeias rurais e nas aldeias urbanas (Sidrolândia-MS). Registrou as observações no Diário de Campo. Também realizou outras entrevistas para confirmar se os dados coletados haviam respondido à questão do estudo e foi possível constatar que sim (O'REILLY; PARKER, 2013).

Nessa fase, deu-se início à análise documental de prontuários e consolidados de atendimento da equipe. Em decorrência dos carros do Polo estarem em situação precária, o que impossibilitava a ida da pesquisadora principal às aldeias e unidades de saúde, optamos por encerrar neste momento a terceira imersão.

4ª Imersão

Período: Março de 2015

A pesquisadora principal retornou ao cenário de pesquisa, a Terra Indígena Buriti, para confirmar se os resultados obtidos até o momento respondiam à pergunta do estudo.

Realizou observações e, a partir de conversas informais com os informantes-chave, ratificou a ideia de que os dados já não traziam informações novas em relação ao objeto de estudo (O'REILLY; PARKER, 2013). As observações indicavam alguns elementos novos no cenário de pesquisa, como a presença de médicos do Programa Mais Médicos; mas este aspecto não pode ser investigado em razão do cronograma do plano de pesquisa e do Doutorado.

Neste período de imersão, finalizou-se a etapa de análise documental dos registros do Polo. A pesquisadora principal procedeu à análise das normas e regimentos e alguns prontuários disponíveis. Verificou a idade dos usuários, as famílias às quais estes pertenciam, a frequência de atendimentos e de retornos; as queixas apresentadas, o diagnóstico médico, número de visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde e os problemas registrados por eles.

Além disso, informações sobre atendimentos feitos pelos profissionais e principais problemas de saúde registrados nas aldeias foram coletados. Também foram colhidas informações sobre a produtividade da equipe, com foco para os seguintes procedimentos realizados: coleta de exame citopatológico preventivos, coleta de escarro, imunização, visitas domiciliares, consultas de enfermagem, consultas médicas, número de tratamentos odontológicos finalizados. Dados sobre o perfil epidemiológico da população também foram coletados, com informações sobre mortalidade, natimortalidade, mortalidade infantil e morbimortalidade.

Foram observados também dados sobre o acompanhamento de usuários com hanseníase, em Pré-Natal e no Programa Hiperdia, que é um programa nacional de acompanhamento de hipertensos e diabéticos no âmbito da atenção primária à saúde do SUS. Outras informações sobre encaminhamentos para especialistas e pedidos de exames foram coletadas.

Nesta fase, deu-se continuidade à análise dos dados. Entretanto, o clima estava tenso no serviço em face da mudança de gestão do Polo. Os profissionais não-indígenas estavam em situação delicada na iminência e medo de possível demissão. Isso se configurou pelo boato de que a alteração do quadro de recursos humanos ocorreria com substituição de profissionais não-ameríndios por terenas.

Alguns indígenas preferiram não conversar com a pesquisadora sobre o atendimento do serviço por causa da mudança, pois existiam questões políticas internas da aldeia e demissões envolvidas. Diante disso, a pesquisadora optou por se retirar do lócus de coleta de dados.

5ª Imersão

Período: Abril de 2015

A quinta imersão foi necessária por causa do vínculo estabelecido entre a pesquisadora principal e a comunidade terena. Em abril de 2015, ocorreram as comemorações do Dia do Índio. A pesquisadora retornou ao cenário de pesquisa para participar das celebrações e realizar observações sobre o modo de vida dos terenas. A imersão também foi importante uma vez que nessa data (abril de 2015) estavam completando dois anos desde a primeira imersão (abril de 2013).

Os terenas reconheceram como importante o retorno da pesquisadora, especificamente para participação das comemorações. Houve apresentação de danças tradicionais e almoço na fazenda que havia sido retomada nas disputas territoriais. Foi a primeira vez que houve esse tipo de comemoração nas terras retomadas.

O fato de a pesquisadora ser convidada para esta festividade representou o respeito e seu aceite pela comunidade. Os imponderáveis presentes nesses eventos eram únicos e repletos de significados, o que possibilitou que a pesquisadora registrasse suas observações no Diário de Campo (MALINOWSKI, 1978).

Essa visita mostrou que o vínculo de confiança entre pesquisadora e participantes era verdadeiro. Isso porque o respeito e a ética, que atravessaram a pesquisa, exigiram um prolongado processo de diálogo e negociação entre as instituições, pesquisadores, autoridades indígenas e participantes.

Ademais, o quinto período de imersão foi necessário para que o processo interpretativo de análise dos dados fosse validado e que possíveis vieses interpretativos fossem verificados junto aos informantes-chave da pesquisa.

5.3 Rigor da pesquisa

A relação estabelecida entre pesquisadora e participantes do estudo foi intensa, o que pode originar algum viés na pesquisa. Diante disso, foi preciso a constante reflexão da pesquisadora que, também, é parte dos dados (MOULES, 2011). Por isso a pesquisadora principal manteve intenso contato com várias pessoas da comunidade, inclusive por meio de redes sociais.

Em relação à equipe de saúde não foi diferente. Ela foi convidada pelos profissionais a participar de suas comemorações, até mesmo em momentos de lazer, fora do expediente de trabalho. Na medida em que conversavam, eles expuseram a ela suas experiências no atendimento ao indígena e a perspectiva sobre esse grupo. As experiências vivenciadas com a comunidade indígena tornaram-se mais intensas ainda. A pesquisadora

pôde participar de importantes celebrações da comunidade e conhecer de perto a realidade do modo de viver deles.

De acordo com a Hermenêutica Dialética, no encontro etnográfico, o pesquisador deve assumir seus preconceitos e assunções de modo que tais elementos não sejam obstáculos para que tanto ele quanto os participantes estejam em posições simétricas durante a coleta de dados (COSTA, 2002). Há intersubjetividade entre pesquisador e participante em uma relação dialógica. Há, o que Ricouer (1994) afirma, uma fusão de horizontes, do pesquisador e participante.

O primeiro tem um olhar crítico para si mesmo estando no contexto social e culturalmente diferente. O nativo apresenta sua história de vida e discurso no momento relacional. A historicidade de ambos estão presentes, por isso o pesquisador precisa ser autorreflexivo, no intuito de não presumir ou olhar com etnocentrismo o outro e seu contexto (COSTA, 2002).

Várias situações, como a questão da luta pela posse de terra e aspectos familiares, fizeram com que reflexões da pesquisadora extrapolassem o campo de pesquisa. Seu próprio modo de viver e a sociedade de onde vem tornaram-se objetos de constante reflexão dela.

Foi então que os sentimentos de respeito, reflexividade, reciprocidade se tornaram muito intensos. Além disso, ela compartilhou parte de sua vida pessoal, daquele momento, com as pessoas mais próximas, pois estava “sozinha” naquela cidade. A relação simétrica não foi apenas entre pesquisador e participante, foi entre pessoas. Não se obteve apenas entrevistas em profundidade, mas relações de amizade e cooperação em profundidade.

Há diferentes conceitos para reflexividade. O que adotamos neste estudo se refere ao impacto que o processo de pesquisa possui sobre o pesquisador e vice-versa. Ressaltamos que o movimento hermenêutico da Dialética de Ricouer (1994) tem como enfoque a coleta e análise dos dados propriamente ditos.

Diante disso, recorremos ao conceito de descodificação da situação existencial, proposto por Paulo Freire (2011), segundo o qual a realidade concreta é decodificada, desvelada para que o indivíduo se torne consciente sobre a própria realidade em que está inserido.

Freire (2011) sugere que a pessoa recorra do todo às partes e das partes ao todo para se reconhecer no objeto, que é a situação/realidade em que se encontra. Isto é, o pesquisador preocupado com sua conscientização, ao estar imerso no campo de pesquisa culturalmente diferenciado, não somente assume seus preconceitos, mas revisita o processo histórico em que tais (pré-)concepções foram formadas.

Assim, o pesquisador também pode realizar o movimento de ir e vir do todo às partes, já que o todo é sua própria historicidade e as partes são as diferentes realidades em

que se encontra no momento de reflexão. Por exemplo, como pesquisador e pessoa pertencente a uma sociedade.

Durante a estadia da pesquisadora principal em Sidrolândia, ela vivenciou este processo. Teve a possibilidade de refletir sobre ela mesma enquanto estudante de doutorado, enfermeira e pessoa. Mais do que assumir seus preconceitos, ela pôde reconstruir criticamente várias perspectivas com relação à vida, especialmente referente à população com quem estava estudando.

De acordo com Geertz (2014), a sensibilidade do indivíduo imerso em uma cultura, diferente da sua, torna-se mais forte “às custas de uma perda de bem-estar interno” (GEERTZ, 2014, p.50). Tal consciência possibilitou à pesquisadora “limpar suas lentes interpretativas”, considerando o objetivo da investigação (GEERTZ, 2014).

A partir desse processo de conscientização, o cenário do estudo, que no início parecia amplo, tornou-se mais objetivado no que tange ao recorte de pesquisa. O processo de decodificação de realidade vivenciado pela pesquisadora contribuiu para o rigor da pesquisa.

A reflexividade da pesquisadora no lócus de coleta de dados também foi exercida do ponto de vista do *insider e outsider*. *Insider* se refere à perspectiva do pesquisador que está muito próximo, inserido no cenário de pesquisa; o que possibilita a garantia da autenticidade dos dados coletados. Por outro lado, a posição do *outsider* é importante para a pesquisa, pois favorece a coleta de dados livre de vieses provenientes da relação muito próxima do pesquisador com os participantes (ALLEN, 2004).

No nosso caso, a pesquisadora se sentiu com o status *outsider* por muitos momentos, mas tal sensação se tornou menos frequente com o passar do tempo. No entanto, à medida que ela se tornava muito próxima dos participantes, preocupava-se com possíveis vieses dessa aproximação. Mas, para realizar uma pesquisa com enfoque cultural e com população indígena, é necessário estabelecer relação de amizade e confiança (KURTZ et al., 2008; RIBEIRO; ARANTES, 2014).

Por esse motivo foi importante realizar o manejo proativo do status *insider-outsider* (EMMERICH, 2013; POLLNER; EMERSON, 2005). Ambos são necessários para o entendimento do objeto estudado. A pesquisadora sempre teve o status de não-membro, o que favoreceu a postura de estranhamento do pesquisador necessária ao estudo etnográfico.

Outro fator que influenciou as relações da pesquisadora principal no lócus de coleta de dados foi a identidade de enfermeira assumida por ela junto aos participantes. Essa foi a melhor forma dos profissionais e comunidade aceitarem a sua presença do cotidiano da vida deles. Alguns profissionais indígenas da equipe de enfermagem demonstraram preocupação com relação à presença dela como uma potencial candidata a competir pelos postos de

trabalho na unidade de saúde das aldeias. Tal preocupação gerou certa resistência de algumas pessoas em conversarem com ela sobre seu trabalho.

Com relação à identidade assumida pelo investigador, é possível, também, recorrer à dinâmica do *insider-outsider*, status para refletir sobre a influência da identidade nas relações no contexto de estudo.

Em certos momentos a pesquisadora foi tratada como uma estranha. Em outros momentos a relação foi pautada pela sua identidade de enfermeira. Por exemplo: no momento em que os profissionais a convidaram para realizar algum procedimento de enfermagem; quando a equipe utilizou jargões médicos em sua conversa com a pesquisadora; quando os usuários a questionavam se era enfermeira.

Nesse sentido, o manejo consciente da perspectiva de *insider* e *outsider* possibilitaram à pesquisadora se explicar mediante situações delicadas, como a falsa impressão de competição por postos de trabalho (EMMERICH, 2013; POLLNER; EMERSON, 2005). E ainda ela pôde manter a alteridade a fim de tentar buscar os verdadeiros sentidos atribuídos ao cuidado em saúde pelos terenas. A descrição de como as relações entre pesquisador e participantes são construídas é importante no entendimento/apreensão do que acontece com o objeto em estudo. Também é fundamental para o reconhecimento de possíveis vieses e limitações do estudo.

Análise dos Dados

6. ANÁLISE DOS DADOS

6.1 Tratamento, tradução e análise parcial dos dados na Língua Inglesa

Em conjunto à coleta de dados, a pesquisadora principal iniciou os preparativos para realização de Estágio de Pesquisa no Exterior (Doutorado Sanduíche), cujo objetivo foi propiciar a realização de análise parcial dos dados sob orientação do professor Jeff Reading, vinculado à Escola de Saúde Pública e Política Social da Faculdade de Desenvolvimento Humano e Social da Universidade de Victoria, Canadá; e da professora Donna Kurtz, da Escola de Enfermagem da Universidade de British Columbia, Campus Okanagan, Kelowna, Canadá.

Nesse estágio, uma das atividades proposta era a discussão com os pesquisadores locais dos dados coletados. Assim, esses dados deveriam estar no idioma dos pesquisadores (inglês).

As transcrições das entrevistas foram realizadas, concomitantemente, à coleta de dados, que é um dos pressupostos concernentes à pesquisa etnográfica (CANESQUI, 2003). Verificamos cada entrevista transcrita linha por linha em relação ao áudio gravado, com o objetivo de garantir a precisão do conteúdo escrito.

Procedeu-se, então, para a preparação dos dados obtidos até o final da segunda imersão (Dezembro de 2013) para submetê-los à tradução. É necessário considerar os possíveis problemas de linguagem no processo de pesquisa, mesmo que o pesquisador principal seja falante do idioma dos participantes (TEMPLE; YOUNG, 2004). Diante disso, foi necessário realizar a tradução dos dados e, conseqüentemente, sua preparação para favorecer a acurácia do processo tradutório.

Para tanto, realizamos repetidas leituras no conteúdo das entrevistas transcritas. Em razão do extenso material de informações transcritas a ser traduzido, realizamos redução do número de palavras e expressões “repetitivas” nas narrativas, como, por exemplo: “né”, “então”, “sabe”. Tivemos o cuidado para que a redução dos termos não impactasse no significado do trecho da entrevista. Veja nos exemplos a seguir na Tabela 2.

Tabela 2 – Exemplos de versões originais e concisas de trechos de entrevistas

Exemplo 1	Versão original	Problema de saúde aqui mais é diabetes, né. Tem uns 80% de diabetes (E.04)
	Versão concisa	Problema de saúde é diabetes, tem uns 80% de diabetes (E.04)
Exemplo 2	Versão original	Normalmente eles (indígenas) sentem muita dor, parece que eles são mais sensível a dor, sabe. Eu acho que é da cultura deles mesmo não querer sentir dor (E.06)
	Versão concisa	Parece que os indígenas são mais sensível à dor, eu acho que é da cultura deles não querer sentir dor (E.06)

Codificamos os dados de modo a identificar os informantes quanto à raça (indígena e não-indígena), tipo de sujeito (profissional ou da comunidade). Quando o participante era profissional, identificamos sua ocupação. As repetidas leituras nos conduziram a identificar três principais unidades de significado no conjunto de dados (entrevistas e registros do diário de campo), considerando os objetivos e o referencial teórico do estudo. São eles: 1) saúde, problemas de saúde e razões pela procura do serviço; 2) Cuidados de saúde tradicional e atual dos terenas; 3) Cuidado de saúde prestado pela equipe e medicação.

Os dados codificados e reduzidos foram agrupados segundo os três núcleos de sentido. Trechos de mesmos participantes que expressavam o mesmo sentido foram excluídos com vistas à redução do número de palavras. O material encaminhado à tradução continha excertos de entrevistas concisos e identificados, bem como resumidos registros do diário de campo.

Uma tradutora brasileira, com *expertise* e experiência em tradução de textos da área da saúde e da Enfermagem, traduziu o material para Língua Inglesa no Brasil. Durante a permanência da pesquisadora principal no Canadá, a tradução dos dados (entrevistas e diário de campo) foi aprimorada com supervisão de um professor canadense de Língua Inglesa e do Dr. Jeff Reading. Juntamente com o professor canadense, a pesquisadora discutiu linha por linha o material traduzido a fim de verificar possíveis perdas de significados e erros de tradução, conforme exemplificado na tabela 3.

Tabela 3 – Exemplos de versões originais, traduzidas e refinadas de trechos de entrevistas

Exemplo 1	Versão original	O pajé benze, mas como a população da Lagoinha é protestante evangélica, a questão da pajelança, de benzer, fica pouco de lado (E.05)
	Versão traduzida	The <u>tribal head</u> blesses <u>him</u> , but as the population in <u>Lagoinha</u> is <u>protestant evangelical</u> , the <u>pajelança</u> things, the blessing is somewhat left aside (E.05)
	Versão traduzida e refinada	The <u>shaman</u> blesses <u>people</u> , but as the population in <u>Lagoinha Village</u> is <u>primarily Protestant</u> , the <u>pajelança</u> and the <u>blessings</u> are somewhat left aside nowadays (E.05)
Exemplo 2	Versão original	Essa doutora que atende aqui, ela vai anotando o que a gente tem, ela especula a gente para saber o que estamos sentindo (E.12)
	Versão traduzida	The doctor who attends here, <u>she</u> writes down what we have, <u>she speculates with us to find out</u> what we are feeling (E.12)
	Versão traduzida e refinada	The doctor who attends here, <u>he</u> writes down what we have, <u>he asks abruptly</u> what we are feeling (E.12)

Após esse processo, o professor Reading verificou os excertos traduzidos e revisados e fez apontamentos, a fim de aprimorar o uso de termos mais adequados para o contexto de sua aplicação. Por exemplo, a substituição do termo “families’ trunks” por “families’ branches”, que melhor expressa a ideia de troncos familiares. Outro exemplo foi a alteração da palavra “religion” por “spirituality”, que define de maneira mais adequada o sentido utilizado pelos participantes para suas crenças no Divino considerando o contexto histórico.

O processo de análise em português, de tradução de conferência constante dos conjuntos de dados (observações e entrevistas), juntamente com a análise português-inglês e inglês-português, favoreceram o aprofundamento do processo interpretativo na apreensão dos significados durante a fase de estágio de pesquisa.

Sandelowski (1995) afirma que a análise permite separar os dados e a interpretação possibilita criar algo novo a partir de tais dados. A análise precede e possibilita a interpretação dos dados (SANDELOWSKI, 1995).

A análise parcial dos dados realizada durante o intercâmbio seguiu os mesmos passos que o processo de análise temática aplicado à totalidade dos dados, que está descrito no próximo item deste capítulo. A pesquisadora principal confrontou constantemente expressões e metáforas nas versões nas Línguas Portuguesa e Inglesa dos dados durante o processo de análise, a fim de garantir consistência e literalidade das

informações traduzidas. Tais procedimentos foram acompanhados pelo professor canadense de Língua Inglesa.

Os dados parciais nos conduziram a apreender um tema, denominado Sistema de Cuidado Terena e suas categorias temáticas. A partir de discussões com o Dr. Reading e a Dra. Kurtz, tais categorias foram organizadas conforme apresentado na **Figura 5**.

FIGURA 5: Categorias temáticas originadas no processo interpretativo realizado em Estágio de Pesquisa no Exterior, Canadá, 2014.

Este tema descreve os sentidos atribuídos pelos participantes às formas de cuidado em saúde terena. Segundo os dados parciais obtidos até aquele momento, foi possível compreender que o Sistema Terena de Cuidado em Saúde inclui quatro principais maneiras de cuidado agrupados em dois âmbitos, espaços 1 e 2. Estes âmbitos comportam diferentes lógicas de agir e motivos pelos quais os terenas recorrem às suas formas de cuidado.

O espaço 1 inclui as formas de cuidado intituladas como: peculiares práticas de cuidado; atenção doméstica/familiar; espiritualidade. O espaço 2 de cuidado diz respeito ao sistema oficial de atenção em saúde e aos medicamentos “comprados”. Segundo esta compreensão, os espaços de cuidado têm interação e influência entre si e com o contexto social em que estão inseridas. Tais interações são simbolizados na figura 5, pelas linhas tracejadas que delimitam cada espaço de cuidado.

O tema Sistema de Cuidado Terena, incluindo categorias temáticas, constituiu importante etapa da interpretação empreendida para construção dos dados da tese. Possibilitou o movimento hermenêutico das partes ao todo dos dados (RICOUER, 1994).

A partir disso, construiu-se uma compreensão dos dados com o olhar ancorado pelo *métier* dos professores Jeff Reading e Donna Kurtz. Reading é pesquisador em saúde indígena global e Kurtz é enfermeira e desenvolve pesquisa de cunho qualitativo com povos indígenas.

Ao final do estágio de pesquisa no exterior, foi construído na Língua Inglesa um relatório de análise, no qual há apresentação dos significados atribuídos pelos participantes ao cuidado em saúde terena. Esse material foi utilizado como uma matriz de análise no processo interpretativo da totalidade do corpus de dados (PATTON, 2002).

A pesquisadora principal, imbuída dos sentidos que o tema expressava, traduziu simultaneamente as informações contidas na matriz à medida que a utilizou no processo de análise da totalidade dos dados.

A etapa de análise parcial, em parte desenvolvida no estágio de pesquisa no exterior, e o uso de sua matriz na análise da totalidade dos dados foram possíveis, pois a análise temática envolve o constante movimento de consulta entre os diferentes modos em que os dados vão sendo refinados durante o processo analítico (BRAUN; CLARKE, 2006).

O *corpus* de dados (entrevistas, observações e registros institucionais), os conjuntos de dados (grupo de entrevistas, ou registros das observações ou informações documentais), os excertos de dados codificados em análise e a análise produzida a cada etapa do processo analítico, constituem os modos em que os dados são tratados/refinados durante a análise temática (BRAUN; CLARKE, 2006).

6.2 Análise da totalidade dos dados

Os processos de coleta e análise dos dados foram realizados concomitantemente, sendo que a coleta de informações iniciou-se com a realização das observações e análise a partir das observações. A análise em estudo interpretativo não tem um ponto fixo de início, mas seu começo, invariavelmente, está assentado em uma experiência em construção, que se iniciou antes das entrevistas (MOULES et al., 2011).

A construção do roteiro de entrevista ocorreu no lócus de coleta de dados e a análise parcial das observações embasou a elaboração das questões norteadoras, o que caracteriza o processo cíclico hermenêutico da análise interpretativa indutiva (BARTON, 2008). Isto é, ao passo que os dados são coletados, os mesmos norteiam os próximos passos da coleta, considerando os objetivos do estudo e o referencial adotado. Esse processo cíclico se repete a todo instante que novas informações aparecem no cenário de estudo, e se esgota quando os dados coletados permitem obter respostas para a questão do estudo.

Na análise de dados, na perspectiva da Hermenêutica Dialética (RICOUER, 1994), o processo interpretativo indutivo há o constante movimento de ir e vir do todo às partes e destas ao todo, para que a interpretação da realidade estudada deixe o campo da compreensão ingênua e passe para a arena da compreensão sábia (RICOUER, 1994).

A **Figura 6** ilustra o movimento hermenêutico de análise realizado neste estudo. É imprescindível empreender o movimento hermenêutico para se obter/captar/apreender as explicações necessárias a fim de entender o contexto atual e histórico da realidade estudada, seus aspectos subjetivos e intersubjetivos, bem como os elementos da cultura daquele espaço. Esse processo é atravessado pela fusão de horizontes entre pesquisador e participantes, na qual ocorrem a intersubjetividade (relação dialógica e dialética entre pesquisador e pesquisado) e a reflexão (GEERTZ, 2008; COSTA, 2002).

FIGURA 6 – Círculo Hermenêutico, elaborado a partir de Ricoeur (1994) e das discussões do Grupo de Estudos em Etnografia da EERP/USP sob orientação da Professora Doutora Márcia Fontão Zago

A abordagem indutiva dos dados foi realizada através da análise temática, que se refere à identificação sistemática e descrição de padrões presentes nos dados. Pode ser utilizada tanto para expor uma realidade quanto para desvelar/“esmiuçar” a superfície da realidade para compreender o que está subjacente à mesma (BRAUN; CLARKE, 2006).

A análise temática não está necessariamente vinculada a um referencial teórico, o que permite que o processo analítico seja guiado pelos dados. Os temas não emergem dos dados, pois há o reconhecimento do engajamento do pesquisador como instrumento de coleta de dados (BRAUN; CLARKE, 2006; THORNE, 2008).

Os dados foram analisados segundo as recomendações de Thorne (2008), para o desenvolvimento da análise de trabalho interpretativo e conforme os pressupostos de análise da Hermenêutica Dialética (RICOUER, 1994). As etapas de análise realizadas estão descritas a seguir:

1. Leitura do material empírico: aproximação do material coletado, composto por registros do diário do campo, transcrições das entrevistas, políticas e normas da instituição, bem como registros sobre o atendimento do serviço. Essa leitura foi realizada à medida que os dados foram coletados com o intuito, primeiramente, de a pesquisadora principal entrar em contato com a totalidade dos dados, partindo da unidade de cada conjunto de dados empíricos (entrevistas; observações; e informações obtidas nos registros e políticas institucionais). Realizou leitura repetidas vezes e separadamente dos três grupos de dados, com o objetivo de identificar nuances, contradições e semelhanças entre as informações dos diferentes conjuntos.
2. Extração e identificação das informações relacionadas ao objeto de estudo: procedeu-se demarcação e, posterior, recorte dos dados das entrevistas e registros do Diário de Campo, complementares e contrastantes entre si, considerando o referencial teórico e objetivo do estudo. Esses excertos foram tabulados no programa Microsoft Word. No processo de identificação dos recortes optou-se pela adoção da letra inicial da palavra “entrevista” acrescida de numeral ordinal aleatório. Também identificamos os recortes de entrevistas segundo os respondentes, quanto à raça (indígena e não-indígena), tipo de sujeito (profissional ou da comunidade) e tipo de profissional, quando da equipe de saúde.
3. Codificação: as repetidas leituras nos permitiram identificar 24 códigos (núcleos de sentido) que refletem informações extraídas segundo o critério de similaridade. Os recortes de entrevistas e observações identificados e tabulados foram codificados pelos referidos códigos. Esta codificação permitiu demonstrar detalhes e melhorar a compreensão sobre o conteúdo dos dados em sua totalidade.
4. Definição de linhas temáticas: o esquema de codificação dos núcleos de sentido e a matriz de análise (PATTON, 2002), criada durante análise parcial dos dados e realizada no Estágio de Pesquisa no Exterior, possibilitaram reagrupar e contextualizar os dados culturalmente, abarcando as estruturas conceituais referentes às ações e narrativas dos sujeitos. Consideraram-se aspectos convergentes e divergentes, complementares e refutáveis, de acordo com os objetivos da pesquisa. O que possibilitou definir linhas temáticas iniciais (ZHANG; WILDEMUTH, 2009). Ver as **Figuras 7, 8 e 9** que apresentam o mapa temático de análise em desenvolvimento. Os balões em vermelho e cinza são os códigos de análise que foram agrupados formando três linhas temáticas e suas categorias em verde. Os códigos em vermelho representam aqueles cujos excertos foram utilizados para compor diferentes linhas temáticas. A construção de linha temática foi realizada no ambiente virtual Goconqr⁵.

⁵ Goconqr é uma plataforma de aprendizagem online disponível em: <<https://www.goconqr.com/pt-BR>>

FIGURA 7 – Mapa de análise temática em desenvolvimento sobre linha temática 1 e suas categorias **FIGURA 8** – Mapa 2 de análise temática em desenvolvimento sobre linha temática 2 e suas categorias **FIGURA 9** – Mapa de análise temática em desenvolvimento sobre linha temática 3 e suas categorias

5. Inferência: O processo de interpretação exigiu o retorno da pesquisadora principal ao cenário de pesquisa, bem como seu contato contínuo por meio de redes sociais com os informantes-chave, a fim de contrastar e/ou reiterar os sentidos apreendidos na análise. Os questionamentos propostos por Thorne (2008) auxiliaram na validação dos resultados, sendo eles: O que está acontecendo aqui? O que mais isso pode significar? Utilizaram-se também neste momento os dados coletados na análise documental. A análise do *corpus* de dados nos conduziu, após exaustivo processo de refinamento dos dados, à elaboração de dois temas e seus núcleos temáticos, com posterior nomeação deles. **As Figuras 10 e 11** representam os dois mapas temáticos finais, que representa os dois temas deste estudo e seus subtemas.

6. Produção do relatório: realizamos o “escrever marcado por uma interpretação”, em que de um lado esteve o referencial conceitual e, de outro, os dados (entrevistas, observações e registros) em uma relação dialética. Eles são “interinfluenciáveis” (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1996, p.24).

FIGURA 10 – Mapa final de análise temática com tema 1 e seus subtemas

Figura 11 – Mapa final de análise temática com tema 2 e seus subtemas

Os Terenas da Terra Indígena Buriti

7. OS TERENAS DA TERRA INDÍGENA BURITI

Este capítulo foi escrito com informações obtidas junto aos indígenas e coletadas em fontes bibliográficas indicadas por eles sobre a História Terena (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). Dessa forma, foi possível ordenar as informações sobre a organização social terena e apresentar elementos históricos da trajetória deste povo.

Os Terena são descendentes da antiga etnia Guaná-Txané (termo tupi-guarani). Falam a língua Terena e pertencem à família linguística Aruák⁶ (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). O critério fundamental de pertencimento à comunidade é estar inserido em um tronco familiar, compartilhando com seus integrantes vínculos de parentesco reconhecidos socialmente, isto é, partilhar da solidariedade étnica.

O grupo tem como característica principal a aceitabilidade para elementos culturais e sociais exteriores, o que permite empréstimos culturais, tanto com outras sociedades indígenas, quanto com a sociedade envolvente (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Os Terena, atualmente, vivem em pequenas áreas nos Estados de Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, São Paulo e Paraná (VARGAS, 2003). Em Mato Grosso do Sul, é considerada a segunda maior comunidade indígena, com uma população de 73.295 indivíduos, autodeclarada indígena (IBGE, 2011). Em razão do contato com a sociedade envolvente, muitos migraram para áreas urbanas do Estado, especialmente para Campo Grande e para Dourados (VARGAS, 2003).

A Terra Indígena do Buriti está situada na região dos municípios de Sidrolândia/MS e Dois Irmãos do Buriti/MS. No início deste estudo, o território tinha 2.090 hectares. Após anos de luta e combate direto com fazendeiros e policiais, e com a retomada das suas terras, a Terra Indígena do Buriti possui 17.200 hectares terenas, onde estão localizadas nove aldeias rurais: Água Azul, Barreirinho, Buriti, Córrego de Meio, Lagoinha, Olho D'Água, Oliveiras, Recanto e 10 de Maio; e duas aldeias urbanas: Tereré e Nova Tereré.

Atualmente, a Terra Indígena Buriti é de 2.543 habitantes (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2013) e o nível populacional é crescente. Nos últimos anos, a população aumentou substancialmente como pode ser acompanhado na **Figura 12**.

⁶ A identificação da língua comum é fundamental para distinguir a origem destes povos e localizar o lugar onde vivem e viveram. Há diferenças linguísticas entre povos Terena do mesmo Estado, uma vez que eles foram segregados e com a distância novas palavras puderam ser incorporadas por um grupo e não adotadas pelo outro, e vice-versa. Tal como é no Brasil como um todo, a depender da região, a língua portuguesa é falada com diferentes sotaques (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

FIGURA 12 – Dados demográficos da Terra Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, 2013.

Fonte: Instituto Socioambiental, 2013.

7.1 Percurso Histórico

7.1.1 Origem do mundo, segundo os Terena

A história terena é partilhada especialmente entre os integrantes da comunidade, pelos relatos orais. Embora não se tenha conhecimentos sobre o passado remoto desse povo, a história terena está relacionada à trajetória histórica de várias populações indígenas, europeus, africanos e seus descendentes (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Para compreendê-la, trechos de duas obras serão intercalados. Serão utilizados fragmentos da história descrita por Bittencourt e Ladeira (2000), que foi relatada por professores terenas, em 1995, e segmentos da história apresentados por Baldus (1950), que investigou esse grupo em 1947.

Assinala-se que OrekaYuvakae e Orekajuvakái se referem à mesma entidade, somente a grafia que difere de uma fonte para outra.

Bittencourt e Ladeira (2000, p.22) comentam que “Havia um homem chamado OrekaYuvakae. (...) Ele andava caminhando no mundo (...)”.

Já Baldus (1950, p. 218) relata que:

Antigamente, Orekajuvakái eram um só e quando moço a sua mãe ficou brava, pois Orekajuvakái não queria ir junto com ela à roça, tirou foice e cortou com ela Orekajuvakái em dois pedaços. O pedaço da cintura para cima ficou gente, e a outra metade gente também (...).

Bittencourt e Ladeira (2000, p.22) rememora:

(...) Andando num caminho, ouviu grito de passarinho olhando como que com medo par ao chão. Este passarinho era o bem-te-vi. Este homem, por curiosidade, começou chegar perto. Viu um feixe de capim, e embaixo era um buraco e nele havia uma multidão, eram os povos terenas. Estes homens não se comunicavam e ficavam trêmulos. Aí OrekaYuvakae, segurando em suas mãos tirou eles todos do buraco.

Ainda comentando o assunto, Baldus (1950, p.28) relembra:

(...) Orekajuvakái está sempre a nosso favor, disse o Tereno. O Kanóu chegou onde estava os Orekajuvakái e foram fazendo grande fogueira. Aí Orekajuvakái tiraram a gente do buraco. Gente levantou os braços e Orekajuvakái neles os agarraram. Toda gente era nu e tinha frio e Orekajuvakái chamaram para ficar perto do fogo. Era gente de toda raça (...).

Ademais,

(...) OrekaYuvakae, preocupado, queria comunicar-se com eles e ele não conseguia. Pensando, ele resolveu convocar vários animais para tentar fazer essas pessoas falarem e ele não conseguia. Finalmente ele convidou o sapo para fazer apresentação na sua frente, o sapo teve sucesso pois todos esses povos deram gargalhada, a partir daí eles começaram a se comunicar e falaram para OrekaYuuakae que estavam com muito frio". (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000, p.22)

Diante disso,

(...) Orekajuvakái ouviram que cada um da gente falou diferente do outro. Aí separaram cada um a um lado. Eram gente de toda raça. Como o mundo era pequeno, Orekajuvakái aumentaram para o pessoal caber (...). (BALDUS, 1950, p. 218)

7.1.2 Vivência no Êxiva

Não há dados arqueológicos a respeito da história dos terenas que possam esclarecer efetivamente os períodos em que as sociedades indígenas se estabeleceram no território denominado Êxiva, também conhecido como Chaco⁷. É possível, entretanto, deduzir que tais grupos habitavam a região há pelos menos cinco séculos por causa da

⁷ O Chaco é uma região geográfica plana de baixa altitude e abrange parte dos territórios boliviano, argentino, brasileiro e paraguaio, entre os rios Rio Paraguai e Rio Paraná e o sopé dos Andes (LOSNAK, 2010).

relação de dominação de algumas etnias sobre o ambiente e os povos autóctones (AZANHA, 2002).

No Chaco, destacavam-se três grupos indígenas distintos cultural e linguisticamente: os Guaná (com cerca de 30 mil índios, ascendentes dos Terena, eram os mais amistosos e amorosos), Mbyá-Guaicuru (compreendiam 3 a 4 mil integrantes, ascendentes dos Kadiwéu, eram temidos pelos colonizadores espanhóis) e os Guaranis (maior número de indígenas, de 40 a 50 mil pessoas). Os Guaná tinham como característica realizar plantações (LOSNAK, 2010).

Os Mbyá-Guaicuru viviam da caça e da pesca, por isso controlavam amplos territórios. Além disso, detinham a técnica de manusear o metal como adorno e a habilidade de usar cavalos como armas de fogo.

Já os Guanás e Mbyá-Guaicuru mantinham aliança entre si. Os primeiros, forneciam alimentos para as tribos; os segundos, forneciam proteção dos inimigos de tribos rivais, principalmente, os Guaranis (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Além disso, os matrimônios intertribais também faziam parte desta relação (LOSNAK, 2010). Havia uma relação de submissão/integração dos Guaná aos Mbyá-Guaicuru. Não era apenas uma relação de subordinação imposta pela força e uso de técnicas, mas como união, praticamente simbiótica, para sanar deficiências peculiares de cada etnia (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976; LOSNAK, 2010).

Os não-indígenas chegaram ao Êxiva pelo rio Paraguai por volta do século XVI, em busca de minas de ouro e prata. Os primeiros a chegarem foram os espanhóis, seguidos dos portugueses, que queriam conquistar terras indígenas a procura das minas. Os próprios espanhóis e portugueses brigavam entre si por conta das terras. Mas travaram verdadeiros conflitos com os povos indígenas, que resistiam e lutavam para proteger suas terras (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

7.1.3 Saída do Chaco

Por volta dos séculos XVIII e XIX, os nativos do Chaco intensificaram seus deslocamentos em decorrência do crescente genocídio produzido pelos colonizadores. Os Guaná acompanharam os Mbyá-Guaicuru para região sul do atual Estado de Mato Grosso do Sul pelo rio Paraguai (LOSNAK, 2010).

Os terenas, Kinikinau e Laiana, estabeleceram-se perto do forte Coimbra e das vilas das Serras do Albuquerque, entre os rios Paraguai e Miranda. Os Kadiwéu e outras tribos Guaicuru permaneceram nas proximidades da Serra de Maracaju.

Os portugueses mantinham acordos com os índios e construíram fortes para proteger as fronteiras dos espanhóis. Os hispânicos construíram fazendas de gados e expulsavam os nativos a fim de garantir a posse das terras.

Apesar disso, nesse período, os terenas mantinham pouco contato com os Purutuyé. Cultivavam apenas uma relação de troca, sobretudo dos seus bens e produtos (VARGAS, 2003). Eles eram protegidos pelos Mbyá-Guaicuru, que eram conhecidos como “Cavaleiros” e eram temidos pelos europeus (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

No intuito de dominar os grupos indígenas e, assim, garantir as posses das terras e mão de obra para as minas e fazendas, os colonizadores precisavam da amizade dos índios. Para tanto, faziam comércio, presenteavam os ameríndios e engajavam os chefes das tribos aliadas no exército. (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Depois de muitos conflitos, os Mbyá-Guaicuru decidiram fazer um acordo com os portugueses. A partir disso, foi assinado o Tratado de 1791, que assegurava aos membros dessa etnia o *status* de súditos da rainha de Portugal e proteção da Coroa Portuguesa. Com esse evento, a aliança entre os Guanás e Guaicurus tornou-se enfraquecida e os Terena ampliaram o contato com os não-indígenas, em especial com o escopo de troca e intercâmbio (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Castelnau (1949)⁸ foi um viajante que esteve na região sul de Mato Grosso e documentou suas observações sobre os terenas na região de Miranda. Segue um trecho do seu relato.

A 5 de abril fomos visitar o aldeamento dos Terenos, (...) até aqui têm tido muito poucas relações com os brancos. É uma nação guerreira que conserva em toda integridade os costumes de seus antepassados (...) A população total destas quatro aldeias é de cerca de 3000 índios. Essa gente é bastante industriosa; cria muito gado e possui muitos cavalos. Fazem grandes lavouras de cana- de - açúcar, de milho, de feijão e de mandioca. Cultivam também bastante algodão, com que as mulheres fazem lindos tecidos, para vender aos brasileiros. Finalmente, sabem fabricar bonita louça de barro. (apud BITTENCOURT; LADEIRA, 2000, p.44)

Na época, os Terena possuíam uma organização social complexa (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1968; AZANHA, 2002), aprenderam com os Guaicurus a lidar com os cavalos e aplicavam este conhecimento na plantação e colheita. Formaram guerreiros para protegerem suas terras. Eles eram ágeis, dinâmicos e assaltavam seus vizinhos pedestres para tê-los como “cativos-servos” e trabalharem em suas lavouras e produção de peças/trajes de algodão (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000; SUSNIK, 1994).

⁸ CASTELNAU, F. Expedição às Regiões Centrais da América do Sul (1845). Trad. Olivério M. de Oliveira Pinto. Tomo II. São Paulo : Ed. Nacional, 1949.

7.1.4 Guerra do Paraguai

A história do povo Terena pode ser dividida em dois momentos: antes e depois da Guerra do Paraguai. A guerra provocou uma grande dispersão dos Terena, cuja organização social se desestruturou, já que a maioria das famílias passou a viver isoladamente em regiões de refúgio, onde não havia frentes colonizadoras (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1968; AZANHA, 2002).

Em 1822, com a Independência do Brasil do Reino Unido de Portugal, a região dominada pelos portugueses originou um só país: o Brasil. Diferentemente do que ocorreu na área dominada pelos espanhóis, onde foram formados quatro países: Paraguai, Uruguai, Argentina e Bolívia. Nessa época, o Paraguai era o país mais forte da América Latina, mas não possuía fronteiras marítimas e almejava conquistar territórios junto ao Oceano Atlântico.

Nesse contexto, iniciou-se o delineamento da política indígena, cuja fundamentação foi a questão das terras e a catequese dos índios. Em 1845, foi criado, pelo Império do Brasil, o Regulamento das Missões, com o intuito de civilizar os índios e limitar seu espaço territorial para ocupar e controlar suas terras tradicionais (VARGAS, 2003). O Regulamento 426 previa o sistema de aldeamentos e a transformação dos índios em trabalhadores nacionais, a fim de liberar de seus territórios para ocupação do governo (AZANHA, 2002).

Em 1850, foi decretada a Lei de Terras, conforme a qual, as terras brasileiras não seriam mais doadas pelo governo, mas vendidas e compradas sem a aprovação do mesmo. A finalidade desta legislação era aumentar a colonização de mais terras e o governo poderia vender as terras devolutas⁹.

Nesse rol, estavam os territórios indígenas (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000). Entretanto, com o início do conflito platino, essas questões ganharam importância secundária no cenário nacional, afinal, não era interessante prejudicar os indígenas, que poderiam cooperar com o exército brasileiro. Em 1864, sob o pretexto de apoiar o aliado Uruguai, as tropas de Solano López invadiram a região sul de Mato Grosso (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Diante disso, Brasil, Argentina e Uruguai uniram-se e formaram a Tríplice Aliança para lutar contra os paraguaios. Dom Pedro II convocou para suas tropas indígenas e escravos negros, prometendo a estes a liberdade.

Os Guaicurús atuaram na linha de batalha junto com o exército brasileiro. Os terenas participaram em menor escala no combate direto. Sua principal atividade era fornecer alimentos para os soldados e guerreiros indígenas. Além disso, atuaram como

⁹ Terras devolutas eram aquelas pertencentes ao Império, pois não possuíam registro de propriedades (VARGAS, 2003).

guias na região. Seus serviços de espionagem foram importantes na vitória contra o Paraguai (VARGAS, 2003). Todavia, os indígenas andavam desarmados, pois eles não eram bem vistos pelos demais.

Após aproximadamente cinco anos de combate, o Brasil dominou o rio Paraguai e demarcou suas fronteiras, tomando áreas paraguaias (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000). Alguns caciques terenas receberam homenagem e recompensa por atuarem junto ao exército na guerra. No entanto, este “reconhecimento” configura uma tentativa de desarticulação da sociedade indígena por parte do governo brasileiro, uma vez que tornar um chefe indígena (cacique) em capitão alterou a organização social local (VARGAS, 2003).

7.1.5 Tempos de servidão

Com o fim da guerra, as sociedades indígenas pereceram, pois muitos índios haviam morrido e outros ficaram doentes e miseráveis. Ademais, não detinham mais a posse dos territórios que ocupavam antes da guerra (VARGAS, 2003), pois foram ocupadas por Purutuyés para estabelecerem fazendas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Os terenas enfrentavam uma nova situação, de donos de suas terras passaram a ser força de trabalho explorada por fazendeiros (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1968; VARGAS, 2003). Esse período é denominado de Tempos de Servidão pelos indígenas (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Embora as autoridades brasileiras aparentassem estar próximas dos indígenas durante a Guerra, os deixaram à mercê da violência de proprietários, cuja ideologia era: *índio bom é índio morto!* (VARGAS, 2003, p.55).

Esse povo, obrigado a constituir uma nova sociedade, com novas pautas sociais e culturais, passaram a ser vistos como bugres (AZANHA, 2002). Os rebanhos das fazendas destruíram muitas lavouras terenas.

Cada vez mais rodeados por propriedades privadas, ocupadas pelos fazendeiros, muitos indígenas tiveram que trabalhar nessas propriedades. Muitos não suportaram a situação e se refugiaram em lugares distantes (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000). Os terenas ficavam presos por dívidas impagáveis aos fazendeiros (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Em 1888, foi proclamada a República do Brasil e, neste mesmo ano, iniciou-se a construção das Linhas Telegráficas no Brasil. Em 1900, foi criada a Comissão, presidida pelo Marechal Cândido Mariano da Silva Rondon, para construção do ramal de Cuiabá até a fronteira com Bolívia e Paraguai. Nesse trecho foi utilizado o trabalho indígena. O Marechal Rondon convencia os índios a trabalharem e cederem suas terras.

7.1.6 Serviço de Proteção ao Índio

Outro fator histórico importante foi a criação, em 1904, da Companhia Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, cujo objetivo foi edificar uma ferrovia que ligasse Bauru, estado São Paulo, até Corumbá. Essa construção foi responsável direta pelo aumento da população na região. Os Terenas trabalharam e perderam território para a passagem da ferrovia. (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000). Nesse contexto, muitos grupos indígenas foram dizimados, pois se recusavam a ser dominados pelos purutuyés, sobretudo por bugreiros (matadores profissionais de índios contratados por fazendeiros) (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Tal situação dos indígenas foi noticiada em âmbito internacional. Diante disso, e da resistência dos ameríndios em desocupar seus territórios, o governo brasileiro criou, em 1910, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) para intervir nas demandas indígenas no país (VARGAS, 2003). Nesse momento, o Brasil retomou a política de aldeamento na região, que foi interrompida pela necessidade de participação dos indígenas na Guerra do Paraguai (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1968).

Marechal Rondon foi indicado para a criação e direção do SPI, pela sua atuação persuasiva sem meios violentos junto aos indígenas na construção da rede de Telégrafos. As linhas de ação do SPI, primariamente, foram as seguintes: “pacificar” o indígena hostil para favorecer o avanço da colonização das terras; criar reservas indígenas, com demarcação de lotes de terras inferiores aos que foram ocupados pelos indígenas; educar o índio e catequizar, com noções de higiene e ofícios mecânicos para serem trabalhadores brasileiros e assisti-los nos casos de doenças (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

A situação dos índios Kaingang, no Estado de São Paulo, foi mediada pelo SPI. Eles lutaram para não perder suas terras para a estrada de ferro, mas com a intervenção do SPI, assinaram um Tratado de Paz e foram aldeados em reservas muito pequenas. Já os Terenas foram levados para lugares longe de suas terras para trabalharem na construção da ferrovia e ensinarem outros povos indígenas a fazerem plantações (VARGAS, 2003).

Em 1930, o SPI passou a fazer parte do Ministério da Guerra, em face da preocupação do país com suas fronteiras. Depois foi integrado ao Ministério da Agricultura, por conta das questões agrárias, sendo extinto, em 1967, por acusações e denúncias. Foi Substituído pela FUNAI, que manteve as mesmas práticas abusivas de poder (CUNHA, 1992). Além disso, com a crescente procura por mão de obra para usinas de álcool, a FUNAI passou a cobrar uma taxa intermediária para cada indígena contratado e alegou que o dinheiro arrecadado seria aplicado na manutenção do posto (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Desse modo, pode-se assinalar que o Estado brasileiro tinha como mote determinar o lugar do índio na sociedade e delimitar seu espaço territorial. Primeiramente, por intermédio da catequese indígena, sem respeitar suas diferenças culturais, bem como pelo aldeamento dos mesmos em espaços limitados. E, pela ideia de transformá-los em trabalhadores brasileiros, por meio da tutela do Estado (VARGAS, 2003).

7.1.7 As terras indígenas Terena e as terras indígenas Buriti

Mesmo nos tempos de servidão, espalhados nas fazendas, os terenas não deixaram de falar sua língua e não perderam a esperança em retornar para suas terras. Alguns permaneceram em núcleos familiares nas proximidades das fazendas e reivindicavam ao Marechal Rondon, ainda na construção dos Telégrafos, que o governo assegurasse a posse de suas terras. Rondon conseguiu, por intermédio de acordos com fazendeiros, que o governo Mato-Grossense decretasse a reserva de cotas de terras aos índios. Em 1905, algumas comunidades tiveram suas terras delimitadas, tal como Cachoeirinha, em Miranda (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Os terenas estavam preocupados em se estender para outras regiões, pois os territórios da região de Miranda e Aquidauana eram muito pequenos. Já havia grupos terenas na região de Sidrolândia por causa da guerra. Eles foram para essa área para se protegerem dos conflitos e combater os paraguaios. Assim, formaram a aldeia Buriti, atualmente, nos municípios de Sidrolândia e Dois irmãos do Buriti; a aldeia Brejão, na região de Nioaque; e Limão Verde na região de Aquidauana (VARGAS, 2003). Há terenas também no Estado de São Paulo, que foram levados ainda na época do SPI (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

As comunidades terenas vivem cercadas por fazendas. Apesar de serem tradicionalmente agricultores, muitos são obrigados a vender sua mão de obra para fora da aldeia, normalmente para fazendeiros e usineiros, sobretudo pela falta de terras cultiváveis (BITTENCOURT; LADEIRA, 2000).

Com relação à formação inicial da Reserva Buriti, é difícil determinar a data exata, uma vez que existem fontes documentais apenas da década de 1920 em diante. No entanto, dados arqueológicos, históricos e genealógicos permitem afirmar que os terenas estão nesse lugar, pelo menos, desde a metade do século XIX, por volta da década de 1850 (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

A demarcação do território indígena, com 2.090 hectares, não foi fundamentada em qualquer procedimento de campo com vistas à identificação dos locais de ocupação Terena. Pelo contrário, foi um processo meramente administrativo para regularizar um espaço para

vivência indígena. Existiam comunidades terenas fora dessa área demarcada (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

A intervenção do SPI nas Terras Buriti teve início na década de 1920, por causa das epidemias de gripe e de febre amarela. A instalação oficial do posto, em 1926, foi realizada fora da área referente aos 2.090 hectares (AZANHA, 2002). A presença do SPI e o reconhecimento da reserva configuraram àquela comunidade indígena o perfil de aldeia e criou a função do cacique da aldeia. A figura do cacique não existia entre os Terena, mas foi criada por uma necessidade do SPI para facilitar a sua articulação com a comunidade indígena. O cacique administrava autoritariamente a aldeia, motivado pelo SPI (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

O Estado de Mato Grosso considerou as terras ocupadas pelos Terena, circunvizinhas à Reserva Buriti, como devolutas e as colocou à venda. Com as terras tituladas pelo Estado, os proprietários se valeram das leis e da opressão para expulsar os indígenas do território. O SPI colaborou na expropriação indígena, encaminhando os índios para a Reserva Buriti. Essa área funcionou como um local de acomodação, tanto para os indígenas da região quanto para os ameríndios expulsos de fazendas distantes (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Com a intensificação da formação de fazendas de gados impulsionadas pelo governo Mato-Grossense, muitos indígenas foram expulsos de suas terras. Neste processo de expulsão, houve também a atuação da Captura da Delegacia Especial do Sul¹⁰, uma Força Armada do Estado, com sede em Aquidauana. A Captura expulsava os indígenas das terras tradicionalmente ocupadas por eles (AZANHA, 2002). Desse modo, os Terena viviam em terras que não foram incluídas na Reserva Buriti.

A permanência dos indígenas fora das áreas demarcadas é comprovada pela História Oral dos indígenas idosos e por achados antropológicos que evidenciam a presença Terena em outros territórios, situados fora reserva de 2.090 hectares (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). É válido salientar que os Terena, apesar do contexto desfavorável, também estabeleciam um grau de contato com os não-indígenas, conforme seus interesses e pautas culturais. Foram atores ativos na sua História.

Desde o final da Guerra contra o Paraguai, os terenas se organizaram e reivindicaram pelas terras ocupadas antes do conflito, pois o Estado tinha como objetivo apenas estabelecer limites territoriais, e não atender as solicitações dos Terena (VARGAS, 2003).

¹⁰ A Captura foi uma espécie de polícia que tinha como finalidade principal combater o banditismo na região do Mato Grosso, que naquela época era conhecida como a terra dos bandidos e da violência (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Contudo, resultante do processo histórico de submissão e segregação, a sociedade Terena contemporânea vive em três diferentes situações: de reserva, de cidade e de fazendas e usinas (MIRANDA, 2007). Até 2013, pode-se referir que os terenas viveram em uma quarta situação: retomada de suas terras, já que protagonizam por mais de 10 anos a luta e retomada física de suas terras,

Tive acesso a um documento que informa sobre uma perícia antropologia, histórica e arqueológica¹¹, realizada em 2003. O documento atesta que as terras indígenas Terena da região de Sidrolândia compreendem 17.200 hectares e não somente os 2.090 hectares. Esse documento foi para mim mostrado por um professor de etnia Terena, que coordena a escola indígena local. Dentro desta área de 17.200 hectares, algumas fazendas estão ocupadas pelos Terena, Nesses territórios vivem famílias, mulheres, crianças e homens aguardando a legalização da permanência dos indígenas (Diário de Campo. Abril/ 2013).

7.2 Organização social dos terenas do Buriti

7.2.1 Troncos familiares

A sociedade terena da Reserva Buriti se organiza em troncos familiares, que é a unidade sociológica, cuja centralidade está nas relações de reciprocidade e convivência. É composto por uma quantidade variável de famílias nucleares, com forte ligação parental (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). É inerente também à comunidade a característica da plasticidade, isto é, a capacidade da organização social terena em se modelar diante dos fenômenos macrosociais em que está envolvida (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976).

Historicamente, há dois eventos sociais fundamentais dos quais a organização social dos terenas vem se modulando: a delimitação dos espaços demográficos e a conjuntura histórica das relações interétnicas. A plasticidade é viabilizada pela formação dos troncos familiares, uma vez que é no seu espaço social e geográfico que a vida cotidiana acontece. Dessa forma, são possíveis as mudanças sociais gerais na comunidade sem desaglutiná-la (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012) ou grupos de parentesco (MIRANDA, 2007).

Os troncos familiares ocupavam toda a região em torno da atual Terra Indígena Buriti para realizarem seus ofícios de agricultores, caçadores, pescadores e criadores de animais domésticos. Os troncos que habitavam uma área agiam conjuntamente apenas

¹¹ Consta em: OLIVEIRA, J.E.; PEREIRA, L.M. Terra Indígena Buriti: perícia antropológica, arqueológica e histórica sobre uma terra terena na Serra de Maracaju, Mato Grosso do Sul. UFGD Editora, 2012.

diante de ameaças e em festividades. As alianças entre os grupos eram políticas e de parentesco, e os troncos de mais ascensão social é que lideravam os demais.

O termo aldeia foi introduzido pelo SPI para identificar locais de maiores concentrações de famílias, bem como a função de cacique (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). A estrutura social dos terenas é calcada nas interações entre as famílias, dessas com o tronco, desse com a aldeia em uma dimensão política maior e com a sociedade envolvente, incluindo os parceiros purutuyés (aliados e aliados em potencial) e os inimigos. Partindo do interior para o exterior da comunidade, aumenta a perspectiva da vida social e enfraquece a intensidade do vínculo das relações (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). Tais relações e suas peculiaridades podem ser visualizadas na **Figura 13**.

FIGURA 13 – Estrutura Organizacional dos Terena da Reserva Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, 2015.

7.2.3 Territorialidade

A luta dos terenas sempre esteve ligada à garantia de espaço territorial e autonomia (MIRANDA, 2007). O espaço territorial é o meio pelo qual as sociedades ameríndias reelaboram sua cultura, economia e política. Todas as pessoas necessitam apropriar, demarcar e denominar um espaço como referência espacial, para se localizar, celebrar seus ritos e sua identidade cultural (LOSNAK, 2010).

A criação da Reserva Buriti garantiu um espaço delimitado de terras aos terenas da região, mas significou a oficialização da drástica redução de seu território. Entretanto, se não fosse a atuação dos terenas junto ao governo reivindicando a demarcação de suas terras, o quadro poderia ter sido pior. O SPI pretendia reduzir o atual território Buriti à

condição de colônia, bem como reunir o maior número possível de índios nesse local. A Colônia funcionaria como fornecedor de produtos alimentícios e de mão de obra barata para a região (VARGAS, 2003).

Os terenas sofreram pelo menos dois momentos históricos de desterritorialização, isto é, de perda da posse de suas terras. O primeiro momento foi quando os luso-espanhóis tomaram as terras indígenas no Chaco paraguaio; o segundo, quando os Terena voltaram da Guerra Platina e encontraram suas terras tomadas por fazendeiros (VARGAS, 2003). Vale pontuar que o processo de territorialização iniciado depois da Guerra ainda não foi finalizado.

Os terenas nunca aceitaram as limitações territoriais que lhes foram impostas e reivindicaram, na medida do possível, ora de maneira diplomática junto a governo, ora se assemelhando aos não-índios, invadindo as fazendas; uma vez que a produção alimentícia de suas terras não era suficiente. Diante disso, o governo brasileiro demarcou um espaço territorial para os terenas a fim de acalmá-los e, conseqüentemente, permitir o avanço das economias na região sul do Mato Grosso, com a disponibilização de terras e força de trabalho barato (VARGAS, 2003).

A questão territorial é central na vida dos indígenas, em seus padrões de modelagem social e na formação de sua identidade e cultura, não se referindo somente às mobilizações políticas e reivindicatórias (OLIVEIRA FILHO, 2000). As alterações territoriais, políticas e culturais impulsionam os indígenas a terem iniciativa na garantia da posse das terras que ocupam. Tais transformações não foram somente impostas e sofridas pelos indígenas. Houve reação ameríndia, mesmo que gradativa (OLIVEIRA FILHO, 2000).

Essa conjuntura pode ser observada nas ações de retomadas de suas terras. Os terenas da região de Sidrolândia-MS reivindicaram que o processo de territorialização progreda. Isto é, que as terras, demarcadas em seu favor, e que somam cerca de 17.000 hectares, sejam efetiva e judicialmente reintegradas ao espaço territorial que ocupam (2.090 hectares). Como assinalado no ano de 2013, a presidenta Dilma oficializou a reintegração das terras (17.000 hectares) ao povo terena da Terra Indígena Buriti.

As condições de vida evidenciadas no contexto terena, dentro da reserva de 2.090 hectares, era de um grande número de famílias em um espaço territorial pequeno. O panorama observado pode se assemelhar a um “confinamento” territorial (BRAND, 1997) de pessoas. O seguinte trecho do diário de campo reitera esse contexto:

Em uma conversa informal com um indígena idoso e respeitado por todos, ele relatou que no passado recente a distância entre as casas era grande o suficiente para cada família realizar suas plantações e dali tirarem seu sustento, mas atualmente, onde tinham lavouras, existem casas, porque seus filhos cresceram e formaram famílias (Diário de Campo, Abril/ 2013).

Outro aspecto da territorialidade terena é o processo de territorialização urbana. Muitos indígenas, em busca de melhores condições de vida, partiram para cidades vizinhas. Diante disso, originou-se a primeira aldeia urbana em Campo Grande, capital de MS. Muitos estão nas universidades e disputam trabalho com os não-índios, mas ainda continuam menos favorecidos entre as populações mais abastadas que rodeiam suas terras (VARGAS, 2003).

7.2.4 Atividades Produtivas

A agricultura é característica do povo Terena (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976; BITTENCOURT; LADEIRA, 2000). No entanto, eles também desempenham outras atividades como a caça, a pesca e a criação de animais, como cavalos, bois, galinhas e porcos. Na área da comunidade Buriti, há a atuação de programas agrícolas baseados em práticas comerciais, com uso de tratores, insumos e com incentivo para a monocultura. Mas muitos indígenas praticam a agricultura tradicional, sem uso de mecanização e agrotóxicos, utilizando técnicas tradicionais, tal como a rotatividade de várias espécies em uma roça (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). O excerto do diário de campo reflete essa questão:

É fácil encontrar várias áreas repletas de mato entre as regiões povoadas das aldeias. Alguns indígenas comentaram que estas terras estão “descansando”, pois nelas foram feitos cultivos recentes e é preciso esperar que o capim nasça, para que, enquanto isso, a terra descanse e seja produtiva na próxima plantação. O coordenador da FUNAI comentou que muitos fazendeiros da região alegam que os terenas não plantam, deixam crescer capim em terra produtiva (Diário de Campo. Abril/ 2013).

Geralmente, a produção da agricultura tradicional é voltada para o consumo interno e é desconsiderada pelas políticas públicas. A criação de vacas e de cavalos é limitada, em razão da pouca terra disponível dentro da reserva. Existem focos de tensão entre famílias que possuem gado, pois precisam de glebas maiores de terras para reprodução dos animais (MIRANDA, 2007; OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

Em suma, as atividades produtivas na Reserva Buriti compreendem: a agricultura que inclui plantação de arroz, feijão, milho, mandioca, batata, amendoim, abóbora, maxixe, guandu, manga, banana, caju, jabuticaba, laranja, limão, palmeiras, dentre outros. A produção é para consumo familiar e o excedente de cada família é comercializado.

Outra atividade é a criação de animais, que é realizada particularmente ou pela família nuclear. Os animais criados nas aldeias são tanto para consumo interno quanto para venda. Há também a caça, a pesca e a coleta de mel; porém, tais atividades foram praticadas até a década de 1970, época que não havia tanto desmatamento e rios assoreados (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

7.2.5 Moradia

Cada aldeia é composta por um conjunto de moradias que se situam dentro dos limites da aldeia. Esses marcos não têm a forma de cercas, mas são conhecidos e respeitados pelos grupos agnáticos (MIRANDA, 2007). As casas tradicionais vêm sendo mantidas há muito tempo. São retangulares, possuem esteios periféricos de aroeira. O telhado recebe cobertura de capim-sapê. As paredes são feitas de taquaruçu¹² batido e aberto semelhante a tábuas. O taquaruçu não pode ser cortado na lua nova, pois, se assim for, apodrecem rapidamente (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

A maioria das casas é de alvenaria, note alguns detalhes no registro abaixo.

Existem casas de alvenaria, suas paredes normalmente estão apenas no reboco. Vi pouquíssimas casas pintadas. Nos locais que pude entrar, percebi que o chão é batido ou está no contra-piso. Não me recorde de ter visto cerâmica em algum chão. Ao redor das casas, geralmente, os quintais são muito limpos, parece que são varridos mais de uma vez ao dia, são tantas árvores e poucas folhas no chão (Dário de Campo, Abril/ 2013).

Há também muitas casas que mesclam uso de alvenaria e do taquaruçu. A base da casa e banheiro é de tijolos e cimento. O telhado é de telha de amianto e as paredes feitas com taquaruçu aberto. Note tais características na imagem.

FIGURA 14 – Moradia atual terena, Mato Grosso do Sul, 2015

¹² A planta Taquaruçu é da família das gramíneas e é nativa do Brasil. Possui colmo (caule) arborescente. É utilizada para ripas e papel. Também é chamada de bambu-gigante e taquara-brava.

Resultados

8. RESULTADOS

Os resultados estão organizados em dois eixos (**Figura 15**). O primeiro caracteriza os participantes e o serviço de saúde, a fim de esclarecer o leitor sobre o pano de fundo em que os temas foram construídos. O segundo eixo apresenta os temas deste estudo e seus subtemas.

FIGURA 15 – Organização dos Resultados - Eixos

Nesse momento, não se pretende estabelecer relações entre os conceitos, já que essas não são lineares; mas situar o leitor, com as **Figuras 16 e 17**, que mostram os dois temas e suas categorias, que serão apresentados *a posteriori* neste capítulo.

FIGURA 16 – Primeiro tema deste estudo e subtemas

FIGURA 17 – Tema central deste estudo e subtemas

CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES E DO SERVIÇO OFICIAL DE SAÚDE

8.1 Caracterização dos participantes

Todos os 36 indivíduos convidados a participar do estudo aceitaram. Desses, 34 responderam todas as perguntas. Um dos participantes necessitou ausentar-se da unidade de saúde, onde estava a pesquisadora, que não conseguiu novo contato para dar continuidade à coleta de dados. Outro indivíduo, um profissional de saúde, referiu estar sobrecarregado de tarefas na unidade de saúde e por isso não deu prosseguimento à participação.

O grupo de participantes foi constituído por 16 indígenas usuários do serviço, 12 profissionais de saúde terenas e seis trabalhadores de saúde não-indígenas. Na Tabela 4, estão apresentadas as características sociodemográficas dos moradores da aldeia, usuários do serviço de saúde.

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica dos participantes usuários do serviço de saúde, Terra Indígena Buriti, Sidrolândia, MS, 2013-2015.

Participante	Idade (anos)	Sexo	Estado civil	Ocupação	Residência	Religião	Anos de Instrução	Filho
E.4	62	M	Solteiro	Pajé	Aldeia Urbana	Não referiu	5	6
E.5	30	M	Solteiro	Professor	Aldeia Rural	Não tem	13	1
E.8	63	M	Casado	Lavrador	Aldeia Urbana	Evangélico	4	9
E.10	23	M	Solteiro	Professor	Aldeia Rural	Evangélico	14	Não tem
E.11	23	M	Casado	Nenhuma	Aldeia Rural	Evangélico	14	1
E.12	57	F	Casada	Do lar	Aldeia Rural	Evangélica	2	12
E.13	23	M	Casado	Cacique	Aldeia Rural	Evangélico	2	9
E.14	18	F	Casada	Estudante	Aldeia Rural	Evangélica	10	1
E.16	28	F	Solteira	Doméstica	Aldeia Rural	Católica	4	4
E.19	69	F	Viúva	Do lar	Aldeia Rural	Evangélica	2	9
E.20	44	F	Solteira	Professora	Aldeia Rural	Evangélica	16	2
E.26	29	F	Solteira	Operária	Aldeia Rural	Católica	11	4
E.29	62	M	Casado	Agricultor	Aldeia Rural	Evangélico	4	10
E.30	Não sabe	M	Casado	Pajé	Aldeia Rural	Católico	1	4
E.31	32	M	Casado	Aux. Adm.	Aldeia Urbana	Evangélico	11	2
E.34	28	F	Casada	Professora	Aldeia Urbana	Evangélica	14	2

O grupo de participantes, usuários do serviço de saúde, foi composto por nove homens e sete mulheres, residentes das regiões rural e urbana. Desses, seis são da Aldeia

Lagoinha, cinco da Aldeia Córrego do Meio, dois da Aldeia Buriti e três residem na Aldeia Urbana Tereré.

Dentre as religiões há o predomínio da evangélica. O grau de escolaridade foi menor entre idosos. Dos 16 participantes, três são professores e três têm ocupações características das sociedades indígenas, pajé e cacique.

A Tabela 5 apresenta as características sociodemográficas dos participantes profissionais da saúde de etnia Terena. Informações sobre o sexo dos participantes não são fornecidas para garantia dos aspectos éticos.

Tabela 5 – Caracterização sociodemográfica dos participantes profissionais indígenas, Terra Indígena Buriti, Sidrolândia, MS, 2013-2015.

Participante	Idade (Anos)	Estado Civil	Ocupação	Residência	Religião	Anos de Instrução	Filhos
E.1	38	Casado	Técnico Enfermagem	Aldeia Urbana	Evangélico	14	2
E.2	28	Solteiro	ACSI*	Aldeia Urbana	Evangélico	11	2
E.3	29	Casado	ACSI*	Aldeia Urbana	Católico	14	1
E.9	28	Casado	Técnico Saúde Bucal	Aldeia Urbana	Evangélico	12	Não tem
E.17	35	Casado	ACSI	Aldeia Rural	Evangélico	12	3
E.18	29	Casado	Técnico Enfermagem	Aldeia Rural	Evangélico	13	2
E.21	41	Casado	Técnico Enfermagem	Aldeia Rural	Evangélico	13	1
E.22	29	Casado	Técnico Enfermagem	Aldeia Rural	Evangélico	12	1
E.25	38	Solteiro	Técnico Enfermagem	Aldeia Rural	Evangélico	13	3
E.27	30	Casado	Técnico Saneamento	Aldeia Rural	Evangélico	9	1
E.28	33	Casado	Técnico Enfermagem	Aldeia Rural	Evangélico	12	1
E.35	60	Casado	Técnico Enfermagem	Aldeia Rural	Evangélico	12	5

* Agente comunitário de saúde indígena

A idade variou de 28 a 60 anos. Os anos de instrução do participante foi entre dois e 14 anos. Fizeram parte deste grupo quatro profissionais da Aldeia urbana Tereré e oito trabalhadores de área rural, sendo três deles da Aldeia Buriti, três da Aldeia Córrego do Meio e dois da Aldeia Água Azul.

Na Tabela 6, estão apresentadas as características sociodemográficas dos participantes profissionais não-indígenas. As informações referentes ao sexo dos participantes não estão mostradas, a fim de garantir os aspectos éticos. A idade dos participantes variaram de 26 a 58 anos. A maioria era casado e tinha filhos. E, com exceção do técnico de saneamento, todos eram graduados.

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica dos participantes profissionais não-indígenas, Terra Indígena Buriti, Sidrolândia, MS, 2013-2015.

Participante	Idade (Anos)	Estado Civil	Ocupação	Residência	Religião	Anos de instrução	Filhos
E.6	35	Casado	Enfermeiro	Sidrolândia	Católico	16	2
E.7	26	Casado	Dentista	Campo Grande	Evangélico	16	Não tem
E.15	32	Casado	Enfermeiro	Sidrolândia	Evangélico	16	2
E.23	58	Separado	Técnico Saneamento	Sidrolândia	Evangélico	11	2
E.32	32	Casado	Médico	Campo Grande	Católico	18	2
E.33	28	Solteiro	Dentista	Campo Grande	Católico	16	Não tem

A Tabela 7 apresenta informações sobre os trabalhadores terenas e não-indígenas.

Tabela 7 – Perfil dos trabalhadores indígenas e não-indígenas vinculados ao Polo Sidrolândia, Sidrolândia, MS, 2013.

Participante	Status	Profissão	Vínculo	Experiência Área de Saúde (anos)	Experiência na Área de Saúde Indígena	Tempo de trabalho no Polo Sidro.	Capacitação Saúde Indígena (Carga.Horária)
E.1	Indígena	Téc. Enferm.	Contrato/ONG	10	10 anos	21 meses	40
E.2	Indígena	ACSI	Efetivo/Prefeitura	4	4 anos	4 anos	0
E.3	Indígena	ACSI	Efetivo/Prefeitura	5	5 anos	5 anos	40
E.6	Não-Indígena	Enfermeiro	Contrato/ONG	13	11 anos	10 anos	>360
E.7	Não-Indígena	Dentista	Contrato/ONG	4	5 meses	5 meses	8
E.9	Indígena	Téc. S. Bucal	Contrato/ONG	4	4 anos	2 anos	0
E.15	Não-Indígena	Enfermeiro	Contrato/ONG	7	2 anos	2 anos	0
E.17	Indígena	ACSI	Contrato/ONG	9	9 anos	9 anos	80
E.18	Indígena	Téc. Enferm.	Contrato/ONG	6	6 anos	6 anos	16
E.21	Indígena	Téc. Enferm.	Contrato/ONG	20	17 anos	2 anos	80
E.22	Indígena	Téc. Enferm.	Contrato/ONG	5	5 anos	5 anos	0
E.23	Não-Indígena	Téc. Saneam.	Efetivo/Sesai	38	11 anos	2 anos	0
E.25	Indígena	Téc. Enferm.	Contrato/ONG	13	12 anos	12 anos	100
E.27	Indígena	Téc. Saneam.	Contrato/ONG	6	6 anos	6 anos	180
E.28	Indígena	Téc. Enferm.	Contrato/ONG	10	10 anos	5 anos	120
E.32	Não-Indígena	Médico	Contrato/ONG	18	11 anos	3 anos	150
E.33	Não-Indígena	Dentista	Contrato/ONG	6	6 anos	6 anos	360
E.35	Indígena	Téc. Enferm.	Efetivo/SESAI	30	30 anos	30 anos	>360

Os vínculos de trabalho eram do tipo efetivo ou por contrato. Dos 18 trabalhadores, 14 eram contratados por regime do Contrato das Leis Trabalhistas via Organização Não-Governamental. Quatro profissionais eram concursados, sendo dois pela SESAI e dois pela prefeitura de Sidrolândia.

No que concerne à experiência profissional, essa variou de cinco meses a 30 anos. 12 trabalhadores tinham experiência profissional apenas na área da saúde indígena. Desses, 11 eram terena e um não-indígena. O tempo de trabalho no Polo era menor entre os profissionais não-indígenas e contratados.

Cinco trabalhadores não receberam qualquer capacitação sobre saúde indígena. O enfermeiro, cuja experiência profissional no DSEI era de 10 anos, havia realizado especialização em Saúde Indígena após ter iniciado trabalho na área. Quatro entrevistados referiram ter participado de capacitação em imunização e em Atenção Integrada à Doenças Prevalentes na Infância. Outros cursos mencionados por um ou dois participantes foram sobre doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose, diarreia, infecção respiratória, alcoolismo e saúde da mulher.

Tais capacitações não foram ministradas para toda a equipe. Cada trabalhador possui capacitação em apenas um ou mais cursos mencionados. Nenhum profissional mencionou ter recebido capacitação promovida pela organização não-governamental que os contrata. Durante os períodos de coleta de dados, não foram observadas atividades de educação permanente no Polo e unidades de saúde.

8.2 Principais problemas de saúde registrados e relatados na Terra Indígena Buriti

A identificação das principais doenças que afetam a comunidade é importante por fornecer indícios de como os terenas entendem doença e como é a demanda do sistema oficial de saúde indígena. Os problemas encontrados nos registros do Polo incluíam doenças infecciosas, parasitárias e crônicas não-transmissíveis. Os índices das doenças na comunidade da Terra Indígena do Buriti no ano de 2014 estão mostrados no Gráfico 1.

O número de doenças infecciosas e parasitárias foi menor que o índice das doenças crônicas não-transmissíveis. Destaca-se o problema da Hipertensão Arterial Sistêmica, cujo número de casos cadastrados no Programa Hiperdia¹³, no ano de 2014, foi

¹³ Hiperdia é um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Criado em 2002, para acompanhar constantemente portadores dessas patologias e estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle tais doenças (BRASIL, 2013).

de 148. O número de hipertensos e diabéticos, com uma ou duas doenças, era de 252 casos. Os índices das duas patologias somados são praticamente o dobro do número dos casos somados dos outros problemas (170).

Gráfico 1. Principais problemas de saúde registrados pelo Polo de Sidrolândia na Terra Indígena Buriti, MS, 2014

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre os principais problemas de saúde que afetam a comunidade onde vivem. O gráfico 2 mostra os problemas mais citados.

Gráfico 2. Principais problemas de saúde relatados pelos participantes na Terra Indígena Buriti, MS, 2013

Dos 34 participantes, três indivíduos não souberam responder quando questionados sobre os principais problemas de saúde na comunidade. Dos 31 respondentes, 21 pessoas mencionaram diabetes e hipertensão arterial sistêmica. Considerando que o termo diabetes foi utilizado pelos participantes para se referir à hipertensão também, 23 é o número de pessoas que afirmaram que diabetes e hipertensão são os principais problemas de saúde da Terra Indígena Buriti.

As informações dos participantes foram convergentes com o registro de diabéticos e hipertensos na comunidade terena da Terra Indígena Buriti. Como apresentado no Gráfico 1, em 2014 houve uma média de 253 pessoas cadastradas no Programa Hiperdia. A proporção foi 7,6% do diabetes e hipertensão arterial na população no ano de 2014.

Dor foi o terceiro problema mais reportado pelos participantes. Dentre os tipos de dor, cefaleia, dor muscular, nas costas e abdominal foram referidas como as que mais acometem a população. Diabetes, hipertensão e dor serão mais explorados adiante. Diarreia e problemas de pele foram citados pelos participantes, e são problemas constantes nos registros do Polo (Gráfico 1). Problemas familiares incluem traição entre o casal e dificuldades financeiras. Problemas mentais foram descritos como estresse e depressão.

O item “Outros problemas” diz respeito aos problemas mencionados uma vez no conjunto dos dados coletados e incluem: tuberculose, alcoolismo, virose, vômito, parasitose, colesterol, enfarte, derrame e cárie. Os terenas responderam a pergunta sobre principais problemas de saúde na comunidade utilizando nomes de doenças originalmente não-indígenas, referindo-se à aspectos biológicos. Ressalta-se que as respostas dos entrevistados possam ter sido influenciadas pela identidade da pesquisadora principal, como enfermeira.

8.3 Sistema Polo/Posto

O Serviço Oficial de Atenção à Saúde compreende os espaços de atenção do SUS. Nas aldeias há exclusivamente serviços públicos de saúde na atenção básica. Os entrevistados se referem às unidades como postos de saúde, termo utilizado também neste estudo.

A Figura 18 ilustra a organização do sistema Polo/Posto. O Polo ao centro, centraliza a organização e planejamento das ações de saúde realizadas nos postos nas aldeias, representadas pelas esferas circundantes. As unidades maiores estão sinalizadas pelas esferas maiores de cor vermelha e as unidades menores pelos círculos azuis.

FIGURA 18 – Sistema Polo/Posto de atenção em saúde da Terra Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, 2015.

Nas unidades das aldeias o atendimento é realizado pela equipe que sai do Polo e por profissionais que residem nas aldeias. Os terenas recorrem às outras opções vinculadas ao sistema privado de saúde e que não são localizadas nas terras indígenas e por isso são externas de fato da Terra Indígena Buriti. São exemplos os consultórios particulares e o plano de saúde atrelado ao plano funerário, chamado de Pax¹⁴ pelos terenas.

Estes pontos de atenção não foram objetos de estudo desta pesquisa. A fim de compreendermos como acontece a intermedicalidade nesse âmbito de cuidado em saúde, foi possível elencar alguns aspectos de como o Serviço Oficial de Atenção à Saúde é organizado e ocorre nas aldeias, a partir das observações e narrativas dos participantes.

8.3.1 Estrutura física e pessoal

Os trechos do diário de campo, a seguir, detalham como é a estrutura física do sistema Polo/Posto e nas aldeias. Adiante, apresentamos como é a composição da equipe, fundamental para entender a dinâmica de atendimento.

As unidades das aldeias maiores possuem sala de espera, recepção, duas salas de consultas (médicas e de enfermagem), sala de odontologia e de procedimentos técnicos, farmácia e banheiros para os trabalhadores e usuários. As demais, que somam sete, são pequenas. Possuem uma sala para consulta (médica e enfermagem), de procedimentos, farmácia, copa e um banheiro para profissionais e usuários. Todas as unidades possuem

¹⁴ Pax é o termo comumente utilizado pelos terenas para se referirem ao plano de assistência familiar prestado pela funerária. São ofertados aos associados benefícios em vida e serviço funeral. Esses planos têm normalmente parcerias com laboratórios, farmácias, médicos e outros. Os associados têm descontos ou pagam apenas um fator participativo pelos serviços conveniados.

uma área externa, que se assemelha a um alpendre de uma casa. O chão é do tipo cimento queimado (vermelhão) ou cerâmica. As paredes têm aspecto escuro, que sugere que não são pintadas há anos. Nos consultórios das unidades maiores há aparelhos de ar condicionado obsoletos, mas que funcionam. Ao redor das unidades existem árvores, que auxiliam na ventilação das unidades, pois o calor é intenso e não há ventilador e nem ar condicionado em todas unidades. Nas menores, como não há espaço próprio para guardar produtos e medicamentos, todos espaços são utilizados. As salas de atendimento ficam apertadas e abafadas (Diário de Campo. Outubro/ 2013).

Sobre a estrutura do Polo, veja o registro a seguir:

Há um *hall* e uma sala ampla onde estão algumas cadeiras para espera. Há uma sala de reunião dos profissionais do Polo e armazenamento de impressos. Em outros dois cômodos funcionam o setor administrativo e chefia. Há também, uma ampla cozinha onde estão uma geladeira, pia e mesa para uso dos funcionários e usuários. Na cozinha há uma pequena sala onde funciona a farmácia do Polo. A recepção fica situada ao final da unidade. O técnico responsável pelo agendamento fica nesta sala, utiliza o computador e intermedia as chamadas via rádio das unidades da aldeia e dos veículos em trânsito (Diário de Campo. Setembro/ 2014).

A figura a seguir retrata a unidade de saúde de uma aldeia rural.

FIGURA 19 – Unidade de Saúde, Terra Indígena Buriti, Mato Grosso do Sul, 2015

No Polo, não há atendimento da equipe. Os usuários frequentam o serviço para resolver alguma pendência de seus agendamentos e para aguardar transporte de Sidrolândia para aldeia ou para outra cidade para atendimento médico.

A ocupação do espaço da unidade de saúde tem particularidades do modo de vida terena, como o seguinte trecho do diário de campo descreve:

Sempre que chegamos, a equipe de saúde e eu (pesquisadora), há muitas pessoas aguardando na sala de espera e na área externa da unidade. É sempre bem movimentada. Quando chego ao posto desacompanhada da

equipe, encontro menos usuários. Durante o dia, alguns vão para o posto tomar tereré¹⁵ juntamente com os profissionais (técnicos de enfermagem, de saúde bucal, agente e pessoal da limpeza). No “alpendre” da unidade, eles conversam bastante. Os profissionais, principalmente os técnicos de enfermagem, estão sempre atentos às chamadas e à conversa do rádio. Percebo esta conversa, acompanhada do tereré em todas unidades em que estive sem a equipe (Diário de Campo. Novembro/ 2014).

A unidade de saúde é um espaço comunitário, onde os atores sociais encontram-se normalmente para resolver questões de saúde. O que foi observado nas unidades das aldeias é que as pessoas vão para aquele lugar para conversar e compartilhar suas vivências individuais, familiares e sociais.

No que tange à composição da equipe de saúde, o fato de uma mesma equipe atuar em diferentes locais é uma peculiaridade do atendimento em terras indígenas. Considerando as entrevistas e observações, em algumas ocasiões os profissionais, do Polo e da unidade da aldeia, são referidos como uma equipe única. Em outros momentos, as pessoas se referem de maneira distinta aos trabalhadores que saem do Polo para atender nas aldeias e aos profissionais que ficam permanentemente em uma unidade. São feitas referências à equipe que sai do Polo como equipe de nível superior, equipe do Polo.

A equipe é composta por médico, enfermeira, dentista, técnicos de enfermagem e os agentes de saúde. O que a gente chama de equipe mesmo é a equipe médica, que é o nível superior, que fica no Polo e desce para as aldeias (E.7; Não-Indígena, Dentista).

Em 2015, a conformação da equipe que sai do Polo sofreu modificações. Há dois médicos da família, que vieram de Cuba pelo Programa Mais Médicos. A coordenação do Polo está sendo substituída por um profissional indígena. O chefe do Polo é um técnico de enfermagem indígena.

Segundo relatos dos profissionais, tais mudanças na coordenação ocorreram, pois o gestor do DSEI Mato Grosso do Sul é um indígena. Com isso, as chefias, coordenações e demais postos de trabalhos dos Polos estão sendo gradativamente assumidas por membros da população nativa. Os motoristas transportam a equipe volante e usuários, bem como medicamentos, exames, resultados e documentos pertinentes ao atendimento nas aldeias.

No início deste estudo, os motoristas eram indígenas e não-indígenas. Atualmente, este cargo é ocupado somente por terenas.

¹⁵ Tereré é uma bebida feita a partir da infusão de água quente em um tipo de erva mate. A bebida é ingerida por meio de sucção através de uma bomba. O nome científico da erva mate é *Ilex paraguariensis*. Mate é a versão quente do Tereré. Tais termos são palavras Guaraní.

8.3.2 Organização do sistema Polo/Posto

A organização do serviço oficial de saúde foi identificada nas observações e é um aspecto que interfere no agir (conforme diário de campo). Inclui: o cronograma de atendimento e agendamento.

O atendimento médico, odontológico e de enfermagem, é organizado segundo um cronograma, com o objetivo de garantir que todas as aldeias recebam esses serviços. O significado de cronograma, aqui, se refere ao comparecimento dos profissionais na unidade de saúde. O cronograma não é para determinar as atividades realizadas em determinados dias da semana ou períodos do dia, por exemplo.

Tem atendimento que é por etapa, a comunidade Lagoinha tem um dia específico, a Córrego do Meio tem outro dia. Não tem toda semana, é um dia só (E.11; Indígena; Comunidade).

O cronograma é construído no Polo e executado nos postos. Os técnicos de enfermagem ficam constantemente nas unidades. Os agentes comunitários de saúde fazem visitas e vão à unidade diariamente. No Polo são feitas a coordenação da assistência e a construção do consolidado de dados/informações, que é repassado mensalmente. Tais registros são chamados neste estudo de palitos de fósforo, em alusão ao comentário de um profissional sobre o registro dos dados, cujo intuito principal seria de quantificar. O profissional não vê sentido em tantas anotações.

A equipe não foi para aldeia, pois estão fechando o consolidado do mês. Há muitos formulários para preencher, como o controle de vacinas, consultas pré-natais e puerperais. O enfermeiro comentou que os dados são meramente contados, “viram palitos”. Afirmou que não há continuidade do cuidado, o paciente não é acompanhado do início ao fim do tratamento (Diário de Campo. Julho/ 2013).

É realizado também o agendamento, que consiste na articulação do Polo com os demais serviços de saúde (DSEI, Casa de Apoio ao Índio, Hospitais, Centro de Especialidades). Agendam-se encaminhamentos para consultas e solicitações de procedimentos provenientes dos postos. O responsável é um técnico de enfermagem.

TEMAS

Foram identificados, neste estudo, dois temas. Primeiramente, será apresentado o tema “Doença é pior que a morte: explicações sobre o processo de adoecimento”, que permite melhor compreensão sobre o tema central: “A intermedicalidade do sistema de cuidado em saúde terena”.

8.4 Doença é pior que a morte: explicações sobre o processo de adoecimento

Este tema retrata como o processo saúde-doença foi interpretado pelos participantes da pesquisa. Houve um enfoque, nas entrevistas e nas observações, sobre o significado do impacto em estar doente na vida dos terenas da Terra Indígena Buriti. O excerto abaixo ilustra essa perspectiva.

Estar doente eu acho que é a pior coisa, pior que a morte, porque quando você morre, praticamente você sai desse mundo e você não está sentindo mais nada de dor, seu espírito saiu e as dores do mundo ficaram. Você não vai sentir mais dor e quando você está doente você sente muita dor, dependendo da doença, o indivíduo. Eu já ouvi casos que a pessoa preferia a morte do que continuar do jeito que estava, porque estava doente, é triste (E.10; Indígena; Comunidade).

Este tema se subdivide em dois subtemas que tratam, respectivamente, sobre as explicações atribuídas ao adoecimento no processo saúde-enfermidade e sobre as explicações referentes aos principais determinantes de saúde terena.

8.4.1 Processo saúde-enfermidade

A partir dos depoimentos dos entrevistados, é possível afirmar que saúde, para os terenas, é um aspecto primordial em suas vidas. O processo de adoecer, por sua vez, envolve a perda e/ou a redução da disposição física, psíquica e espiritual para desenvolver atividades cotidianas e imprescindíveis para o bem-estar individual, familiar e comunitário. As seguintes narrativas ilustram tais percepções.

Saúde é tudo, sem a saúde a gente é ninguém [...] Ser saudável é você estar de bem, é você estar com seu bem-estar bem, sem problema nenhum, [...] estar de bem com todo mundo (E.17; Indígena; ACSI).
Saúde é tudo. Se não tiver saúde, nós não podemos agir em nada. Esse piso mesmo aqui que eu estou te mostrando, é um piso feito por mim. Eu e ela (esposa) fizemos agachados. Agora eu não tenho mais físico pra agachar, porque isso daqui precisa ter saúde para fazer, agachar (E.4; Indígena, Comunidade; Pajé).

A dor é a alteração física que frequentemente caracteriza a limitação da disposição do terena quando doente, podendo ser a causa ou o resultado desta indisposição. Estar

doente pode envolver elementos qualificados como alterações de cunho corpóreo, familiar, comunitário e espiritual. Os trechos seguintes evidenciam tais aspectos.

Dor, a pessoa doente sente dor (E.16; Indígena; Comunidade).
 Uma pessoa está com um problema de saúde, alguma situação que não deixa ele agir normalmente em casa ou na comunidade. Isso para mim é uma pessoa que já está com problema de saúde, está doente, já precisa de ajuda (E.28; Indígena; Técnico Enfermagem).
 A doença nunca foi amiga nossa. A doença é feita pelo diabo (E.30; Indígena; Pajé).

8.4.2 Saúde: alimentação, higiene e espiritualidade

A partir das narrativas dos participantes e das observações realizadas, constatou-se que o processo saúde-doença é determinado por diversos fatores. O modo de vida do terena influencia este processo. Nas entrevistas, os aspectos espiritualidade, higiene, alimentação e a questão da posse de terra, foram apresentados como elementos importantes do modo de vida do terena com impacto no processo de adoecimento.

Espiritualidade e higiene também consistem importantes núcleos de sentidos do tema central deste estudo. Por isso, serão mais explorados nos itens seguintes deste capítulo. Destacamos, entretanto, aqui, algumas narrativas, a fim de ilustrar a relevância e papel destes elementos no processo saúde-doença do terena.

Primeiro você estar bem consigo mesmo, você fazer as coisas que você gosta de fazer. Ter uma religião, que é importante também você acreditar em Deus principalmente. E buscar melhorias para sua vida, por exemplo, fazer uma faculdade, estudar, as coisas caminham junto para ter uma saúde (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem).
 Higiene pessoal faz parte de saúde saudável (E.8; Indígena; Comunidade).

A alimentação, na perspectiva dos participantes indígenas e não-indígenas, é um dos elementos necessários para ser saudável na comunidade terena; também inclui a prática de exercícios físicos. Porém, as observações realizadas nas aldeias não revelaram uma frequente prática de exercícios físicos realizada por toda comunidade. Esta conjuntura é ilustrada pelos excertos a seguir.

Alimentação inadequada, obesidade e falta de atividade física são causadores de problemas de saúde (E.6; Não-Indígena, Enfermeiro).
 Em uma conversa com professor de educação física terena e seus amigos. Ele comentou que é preciso ofertar atividades físicas para todos membros da comunidade, especialmente mulheres, diabéticos e hipertensos. Os demais presentes confirmaram a necessidade. Ele disse ainda, que tem um projeto para promover atividades físicas com mulheres, mas não conseguiu implementar por falta de recursos (Diário de Campo. Setembro/2013).
 Depois que os participantes referiram a importância da prática de exercícios físicos para saúde, comecei a prestar mais atenção neste aspecto e não tenho observado pessoas praticando atividades físicas. Não vejo as pessoas caminhando, por exemplo, ou utilizando a academia à céu aberto, construída pela prefeitura, em frente à escola de uma aldeia. O que

observei é em todas aldeias foi um campo de futebol. Há um campeonato masculino entre as aldeias. Os jogos são realizados normalmente aos finais de semana (Diário de Campo. Novembro/2013).

A base alimentar dos terenas é constituída predominantemente por feijão, mandioca e carne. Uma dieta rica em carboidratos. A rotina nutricional deles inclui esses alimentos em todas refeições diárias – café da manhã, almoço e jantar. Atualmente, comidas industrializadas fazem parte da dieta, tais como refrigerantes, doces, carnes compradas em açougue, conforme mostrado nos depoimentos e no trecho diário de campo.

O básico nosso é o arroz, até arroz não estamos mais plantando. O básico aqui é o feijão, milho, abóbora, às vezes, uma banana e mandioca. São essas coisas que a gente planta na aldeia (E.29; Indígena; Comunidade).

o que eu achei interessante é que, nas aldeias muito distantes, as cáries não são por doce, como a gente encontra na cidade, mas por carboidrato. Eles (terenas) têm o costume de comer comida no café da manhã, no almoço e na janta. Esse carboidrato é açúcar também (E.7; Não-Indígena, Dentista).

Acompanhei alguns amigos (terenas) para comer um cachorro quente (lanche), vendido em uma casa na aldeia. O lanche custou R\$5,00 e eles falaram que é bem procurado pela comunidade. O ambiente da cozinha da residência é onde a indígena preparou e onde comemos o cachorro-quente, feito com salsicha, molho vermelho, batata palha e pão. Há também *catchup* e mostarda opcionalmente (Diário de Campo. Setembro/2013).

Os participantes relataram que a alimentação, rica em carboidratos e produtos industrializados, está associada ao alto índice de doenças na comunidade, tais como diabetes, hipertensão e obesidade. Os terenas reiteraram a necessidade de ingestão de verduras, legumes e frutas, diariamente. Eles referiram, entretanto, que a aquisição de tais alimentos é difícil. É preciso comprar na cidade, pois são poucas pessoas que plantam esse tipo de alimento nas aldeias rurais. Alguns profissionais entrevistados disseram que incentivam a plantação de verduras e legumes na comunidade, mas não obtiveram resposta positiva.

São muitos produtos industrializados, arroz, frango. Você sabe que isso daí são produtos industrializados que acarretam muito (negativamente) na questão da saúde também (E.28; Indígena; Técnico Enfermagem).

É difícil ter verdura aqui, porque a gente tem que comprar lá em Sidrolândia. Não são todos que plantam verdura aqui (E.12; Indígena; Comunidade).

Quando a gente orienta para fazer uma horta para envolver a comunidade, eu percebo que não tem muito interesse, até dos próprios pacientes [...] Falta de interesse, porque para eles não tem tanta importância. Eles não conseguem enxergar que isso faz bem para eles (E.6; Não-Indígena; Enfermeiro).

No que tange à questão agrária, a terra tem um amplo significado na vida dos terenas. Para eles, a terra faz parte da construção de identidade e é motivo de orgulho para a comunidade. Ela é fonte de alimento e de renda. Tem o mesmo sentido de saúde; é também entendida como primordial para a vida. Os depoimentos mostram essa perspectiva.

Eu já tinha orgulho de ser terena e isso está muito ligado à retomada dos territórios que foram tomados da gente há muito tempo atrás. Houve aquele conflito, onde um terena veio a óbito, isso me deu mais motivação para ser terena (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem).

Não existe uma coisa mais rica no mundo do que a terra, porque na terra existe de tudo. Tem ouro, tem prata, tem diamante, tem petróleo. Cria os animais e criamos nós [...] (terra é) toda a vida e não é só para mim, é para nós todos, para geração completa [...] a terra para nós (terenas) dá a nossa saúde, porque dá alimentação. Dá a saúde para nós, para vaca, para um porco, para a galinha (E.30; Indígena; Pajé).

A necessidade de buscar trabalho fora das aldeias é persistente, em decorrência do espaço territorial limitado que não permite o plantio para subsistência familiar. O território retomado não está adequado para realizar plantações, como muitos indígenas falaram, “a terra precisa descansar”. Apesar disso, os participantes também referiram que as áreas retomadas possibilitarão que os terenas plantem mais e melhorem o acesso à alimentação saudável; o que, conseqüentemente, melhorará as condições de saúde da população. Este aspecto pode ser observado a seguir.

O que a gente precisava era daquela terra arborizada, estruturada de árvores e nós conseguimos uma terra que era pasto de boi, lavoura. Enfim, vai ficar uma natureza sem árvores (E.3; Indígena, ACSI).

As questões agrárias, como apontado pelos participantes, exercem influência no desenvolvimento das práticas da Medicina Tradicional terena. As terras conquistadas significam esperança para os terenas produzirem sua vida, inclusive o cultivo de ervas medicinais.

Aqui eles plantam de tudo, e é do trabalho da lavoura também que eles tiram o seu sustento, as vezes pra comprar medicamento, pagar matrícula de faculdade, roupa, calçado (E.17; Indígena; ACSI).

A questão do conhecimento melhora, se nós estamos em um espaço limitado e não temos as plantas para remédios tradicionais eu não vou conhecer, não vou passar para o meu filho conhecer. Meu pai ele sabe, ele pode até falar para mim “Filho, tal remédio é bom”, mas se eu não ver eu não vou saber. Eu tenho que ver e pegar na planta para saber que é um remédio tradicional (E.10; Indígena; Comunidade).

Com a terra da área retomada, eles vão poder plantar, vão poder exercer mais a cultura deles, vão poder procurar mais ervas medicinais, gorduras de animais, porque isso está muito em prática (E.32; Não-Indígena; Médico).

8.5 A intermedicalidade do sistema de cuidado em saúde terena

A diversidade e a pluralidade das escolhas terapêuticas observadas nas aldeias, e verbalizadas pelos participantes, revelaram que o sistema de cuidado em saúde terena é atravessado pela lógica da intermedicalidade. Isto é, o conhecimento tradicional terena, serviço oficial de atenção à saúde e espiritualidade são significados pelos terenas como opções de cuidado equivalentes e complementares.

A **Figura 20** mostra os diferentes pontos de contato entre estes saberes que interagem e estabelecem intercomunicações, o que caracteriza a intermedicalidade. As diferentes formas de cuidados foram entendidas, pelos entrevistados, como potencializadoras entre si na melhora de seus problemas de saúde, sendo elas: medicina terena, espiritualidade, modo de vida e o serviço oficial de atenção à saúde.

FIGURA 20 – Sistema de Cuidado em Saúde Terena

As seguintes narrativas elucidam a perspectiva do sistema de cuidado terena permeado pela lógica da intermedicalidade.

Ocorreu tudo bem (a operação do mioma), eu cuidei, não facilitei e graças a Deus não sinto nada não [...] Não peguei peso, lavar louça, fazer alguma coisa de casa e a Cláudia (nome fictício da técnica de Enfermagem) me cuidou bastante [...] eles (profissionais de saúde) pediram três meses de resguardo. Tomei chá e orei (E.19; Indígena; Comunidade).

Eu já tive experiência de tratar uma pessoa e ela já estava sendo abordada por um benzedor. Eu fui chamado por um parente dela. Ela estava com uma psicose, queria matar o filho. Não cuidava do filho que era um RN (recém-nascido), e não cuidava da casa. Estava com umas conversas estranhas, um pensamento psicótico mesmo. Eu fui conversar com o rezador. Ele falou assim: “Olha, para o senhor dar um remédio para ela, primeiro a gente tem que trazer a alma dela de volta, porque a alma saiu do corpo. Eu tenho que rezar para trazer a alma para daí dar o remédio. Se o senhor for dar o remédio agora, o senhor vai dar para um espírito que está no corpo dela, um espírito ruim”. Ele fez o trabalho dele. Depois eles deram o remédio que eu sugeri. Eu achava que era esquizofrenia (E.32; Não-Indígena; Médico).

A preferência pela unidade de saúde, benzedor, uso de ervas ou orações é variável. Cada indígena, bem como sua família, escolhe uma ou mais dessas opções terapêuticas para recorrer, primeiramente, a um problema. Este aspecto reitera o caráter plural (de intermedicalidade) do jeito de cuidar do terena, como o depoimento sugere.

Vai primeiro lá (no posto), aí se está vendo que não está melhorando corre no chá para ajudar, faz chá para tomar [...] vai na igreja orar, ou pedi para alguém orar para pessoa (E.12; Indígena; Comunidade).

Há o uso de diferentes critérios para avaliar o desfecho ou conclusão do tratamento estabelecido segundo a lógica da medicina indígena ou da biomedicina (serviço oficial de atenção). As narrativas dos participantes indicam os seguintes critérios:

- Mediante doença, as pessoas idosas preferem práticas tradicionais de cuidado ao passo que as mais jovens procuram primeiramente as unidades de saúde.

Os mais antigos preferem tomar a raiz, eles não gostam de ir para o hospital. Hoje em dia a gente (pessoas mais jovens) prefere ir para o hospital, mas nunca deixamos de tomar medicamentos naturais (E.31; Indígena; Comunidade).

- A procura pelo serviço oficial de saúde é feita quando as demais práticas de cuidado falharam.

O pessoal na maioria das vezes vem para o posto [...] algumas pessoas já procuram o serviço médico quando estão em um estado em que não aguentam mais (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem).

- A preferência pelas opções terapêuticas tradicionais acontece quando a atenção médica não é eficaz.

you vê que a enfermidade da gente não está sendo curada com remédio da farmácia [...] aí nós vamos lá na cozinha usa (prepara o chá). E ele (chá) é bom para nós [...] Às vezes nós deixamos os remédios da farmácia e corre para os nossos remédios tradicionais (E.13; Indígena; Cacique).

É o manejo das formas de cuidado que focaremos a partir deste momento, a fim de compreender e interpretar como ocorre a intermedicalidade no cotidiano da comunidade.

8.5.1 Medicina Terena

A medicina terena é exercida, atualmente, por meio do uso de ervas, atividades de parteiras e de “puxadores de pernas”, bem como realização de rezas e prática da pajelança.

Esse conjunto de práticas pode ser abordado em dois âmbitos: um centralizado no conhecimento tradicional que é praticado por idosos, normalmente: uso de ervas, atividades de parteiras e de “puxadores de pernas”. O outro domínio envolve aspectos místicos e sobrenaturais para sua execução. Abarca a realização de rezas e prática da pajelança, sendo que os principais agentes destas práticas são denominados como benzedores, curandeiros e pajés. A figura 21 demonstra tais âmbitos.

FIGURA 21 – Medicina Terena, Terra Indígena Buriti

Todas as práticas da medicina terena objetivam genericamente a prevenção de doenças e o tratamento de problemas de saúde. O conhecimento é passado principalmente pelos idosos, de maneira oral, de geração para geração, como ilustrado nos trechos a seguir:

No caso, a graviola, nós (a) usamos direto aqui, por causa da prevenção contra o câncer (E.13; Indígena; Cacique).

Um planta, que eles já conhecem, já sabem, cada coisa no seu qual [...] Os mais velhos que sabem, são os mais antigos na aldeia [...] (As pessoas) vão perguntando para eles “Isso aqui é bom para quê?” “Esse aqui é para quê?” E aí eu já fico informada (E.26; Indígena; Comunidade).

PRÁTICAS CENTRADAS NO CONHECIMENTO TRADICIONAL

O uso de ervas foi a prática terapêutica mais fortemente identificada. As plantas são empregadas para o preparo de chás, garrafadas, emplastos e banhos de assentos. São utilizadas principalmente folhas, raízes e caules das plantas. Os idosos da aldeia e/ou da família tem o saber sobre qual planta e como utilizá-la mediante certo problema de saúde. Alguns participantes mencionaram a atuação dos raizeiros, que são idosos dedicados a lidar com ervas medicinais, conforme ilustrado nos depoimentos a seguir:

Tem várias coisas que nós temos remédios, tem uns que são fervidos, outros é uma simpatia, uns são remédios quentes e outros são remédios frios. Existe erva para problemas de todos os tipos (E.30; Indígena; Pajé).

Por exemplo, minha mãe quebrou a perna, então eu vou lá, tiro o casco da aroeira e cozinho a casca. Depois eu deixo ela um pouquinho quente e começo a fazer emplasto na perna dela (E.20; Indígena; Comunidade).

Minha mãe, por exemplo, ela gosta de ficar dando remédio caseiro para gente, fazendo banho (E.25; Indígena; Técnico Enfermagem).

Para prevenção de doenças, o uso das ervas é contínuo, especialmente misturadas na infusão do mate e do tereré. No caso de problema de saúde percebido, são utilizadas ervas específicas, preparadas de acordo com a situação e ministradas em horário apropriados, como ilustrado pelo registro a seguir.

O uso do remédio (erva) é direto [...] Com dor ou sem [...] Para evitar problemas (E.10; Indígena; Comunidade).

Os principais problemas apontados para os quais as ervas são indicadas foram: “sangue ruim” (provoca feridas corpóreas), “afinamento do sangue” (problema nos vasos sanguíneos), diarreia, gripe, febre, dor, “pontada” (pneumonia), bronquite, diabetes, fratura.

Sangue ruim é quando você tem muita coisa de ferida no corpo. O pessoal fala que o sangue não presta, então toma cancorosa que ela melhora e some aquelas feridas (E.31; Indígena; Comunidade).

Temos aqui ainda a folha de goiaba, ela é uma erva boa, ela combate a diarreia, é muito bom e existe (E.11; Indígena; Comunidade).

Tudo o que você tiver aqui, aroeira, normalmente aroeira a gente usa para quebra-dura (fratura óssea) (E.20; Indígena; Comunidade).

A prática das parteiras se refere à atuação de mulheres na resolução de problemas da gestação, realização de partos e orientação das mães sobre o cuidado com o recém-nascido. Os entrevistados relataram, como principal problema tratado pelas parteiras, o “bebê virado”, que corresponde à posição inapropriada do feto para realização do parto normal. Os excertos seguintes ilustram esta ideia.

Ela (parteira) ainda faz esse trabalho. As mulheres grávidas procuram ela para arrumar o bebê, porque se o bebê está atravessado, está sentado. Vem aqui e faz o processo de arrumar (E.13; Indígena; Cacique).

precisa uns 5 ou 6 dias para poder arrumar (o bebê) (Parteira, acompanhante do participante E.13).

As pessoas que ganhavam (bebê) aqui na casa, procuraram ela (parteira). Eu ganhei aqui na minha casa mesmo (E.14; Indígena; Comunidade).

O seguinte trecho diário de campo reitera esse aspecto:

Na aldeia, acompanhei o enfermeiro em uma consulta pré-natal. O profissional explicou o lado adequado para dormir, utilizou termos biológicos. Parece que a gestante entendeu. Fez as medidas (altura uterina, peso), aferiu a pressão arterial e fez um exame físico do abdome e dos membros inferiores. O enfermeiro conversou pausadamente e sempre olhando para a mulher, o que deve facilitar o entendimento. No início do atendimento o profissional perguntou para a grávida se o bebê ainda estava “virado” e se procurou a parteira. Bebê virado significa que o feto não está na posição adequada para o parto normal. A terena confirmou que está “indo” na parteira. No fim da consulta, o enfermeiro despediu e aconselhou a gestante a procurar a parteira (Diário de Campo. Outubro/ 2013).

Outra prática realizada por idosos baseada na sabedoria terena é puxar as pernas. Esta atividade não foi trazida frequentemente nas conversas. Houve o registro no diário de campo de uma conversa sobre esta técnica, mas a pesquisadora principal não observou a sua realização e, também, no início, entendeu de forma equivocada o significado de “puxar as pernas”. Diante disso, confirmamos com três informantes-chave sobre o significado da prática “puxar as pernas” e eles esclareceram:

Hoje durante uma visita com a ACSI, acompanhei uma conversa entre ela e uma mãe que comentaram sobre o idoso da aldeia que “puxa pernas” (Diário de Campo. Julho/2013).

Hoje após uma entrevista lembrei de uma conversa que escutei entre uma ACSI e uma senhora terena, elas conversaram sobre o idoso que puxava as pernas. Como a conversa foi bem sucinta, não foi possível identificar que puxar as pernas é uma “técnica” de cuidado em saúde. Entendi que o idoso puxava as pernas ao andar por algum problema de saúde. Confirmei meu equívoco de interpretação ao perguntar para a ACSI o que significava “puxar as pernas” e ela afirmou que é um jeito de tratar de problema de criança, conforme foi dito por outro participante (Diário de Campo. Dezembro/2013).

Segundo o participante, o idoso literalmente puxa as pernas da criança para que fiquem/voltem a ser do mesmo tamanho. A criança com este problema apresenta febre e dores no corpo e suas pernas podem estar com tamanhos diferentes em razão de uma queda, por exemplo. A avaliação da necessidade de realizar esta prática normalmente é feita pelo “puxador de pernas”, como apontando na seguinte narrativa.

Criança que cai e ela desloca os ossos. A criança cai, já começa a ter febre e você dá uma dipirona para ele não resolve. Incha a barriga e aquela febre de 39 graus acima [...] Eu fui na pessoa que não benze, mas que puxa, que conhece como resolver os problemas de crianças assim e fiquei analisando como que faz. Ele me mostrou porque estava assim, é porque as pernas das crianças diminuem de um lado e vai encolhendo o outro. A pessoa puxa essa perna que está diminuindo e estrala [...] o pessoal que conhece não cobra nada (dinheiro), só ajudam as pessoas (E.31; Indígena; Comunidade).

PRÁTICAS CENTRADAS EM ASPECTOS MÍSTICOS, SOBRENATURAIS

A realização de rezas ou benzeção foi a terapêutica mais citada nas entrevistas dentre as práticas centradas no conhecimento tradicional e aspectos místicos. É feita por idosos, chamados de benzedores ou rezadores. Eles têm o conhecimento sobre as rezas e os problemas solucionados por elas. Segundo alguns participantes, eles recebem ajuda espiritual; são comparados aos pajés, mas não desenvolvem trabalho tão poderoso quanto de um pajé. A atuação do benzedor é normalmente de caráter caridoso e benéfico.

Benzedor e pajé são praticamente a mesma coisa (E.21; Indígena; Técnico Enfermagem).

Tem sim a ver com Deus, ele também é cristão. Porque eles (rezadores) fazem o bem, eles tentam resolver, principalmente a enfermidade. Eles têm esse dom [...] tem uns problemas que eles resolvem sim [...] Não é só familiar, pode ser qualquer um (E.22; Indígena; Técnico Enfermagem).

Vários participantes terenas reconheceram a existência da prática de benzer em suas aldeias. Muitos, entretanto, disseram não procurar o benzedor por serem evangélicos.

É uma ajuda espiritual. Tem algumas pessoas que acreditam nisso daí, mas eu nunca participei da benzeção (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem).

nunca fui em benzedor, eu não sei como é que é, mas eles usam também muitas plantas (E.20; Indígena; Comunidade).

Conforme as narrativas, a reza pode ser associada ao uso de ervas. Dentre os problemas tratados pelo benzedor, destacam-se: o mau olhado (admiração/cobiça de alguém por algo no adulto, animais e plantas), o quebrante (admiração/cobiça de alguém pela beleza da criança), o cobreiro (problema na boca), o “ianorte” (vermelhidão que se espalha pelo corpo), a febre, a diarreia. Os significados de tais problemas estão descritos nas narrativas abaixo.

Tem alguns uns (pessoas) que procuram (benzedor) quando é criança [...] quebrante é quando a pessoa acha a criança bonita, aí dá febre muito alta, chega a 40°, 41° e a criança não aguenta, não resiste e vem a falecer [...] Mau olhado é você admirar uma coisa “Ai que lindo” [...] mau olhado dá em adulto, dá nas plantas, nos animais (E.27; Indígena; Agente Saneamento). No meu idioma chama ianorte, só se eu traduzir em português vai falar “caminhando”. A gente fala ianorte porque ela vai passando, vai subindo a vermelhidão. Acho que é doença do corpo, mas com a simpatia do benzedor resolve na hora.[...] O pessoal fala que se não cuidar mata também. Ianorte não é cobreiro (E.31; Indígena; Comunidade). Comum é cobreiro, esses negócios que dá na boca, tipo bolinha por causa da aranha também, tipo umas bolinhas (E.21; Indígena; Comunidade).

A pajelança, segundo os participantes indígenas, é o conjunto de práticas que inclui ditos, preces e cantos entoados em rituais por homens e mulheres, que foram referidos pelos profissionais e terenas como pajé, feiticeiros, curandeiros ou purungueiros.

Pajelança (envolve) aqueles que foram, que manifestam aqueles espíritos. Aquela pessoa que manifesta o espírito daquela pessoa que está trabalhando (E.29; Indígena; Comunidade).

Os participantes terenas afirmaram que os pajés, feiticeiros, curandeiros e/ou purungueiros são orientados espiritualmente por uma entidade/espírito, nomeado de guias. Essas entidades são também denominadas por nomes que aludem à sua característica, por exemplo, mudo, como pode ser notado, a seguir.

Eu trabalho com uma entidade, um mudo, só eu que entendo ele (E.4; Indígena, Comunidade; Pajé). O caboclo (entidade) [...] eu tenho que falar com ele. Com Pai e Filho. Tenho que pedir uma permissão para o meu companheiro lá do mato (espírito), lá da Amazônia, que eles falam o caboclo da mata virgem, o índio da Amazônia. O índio dá remédios, ervas medicinais (E.30; Indígena; Pajé).

Nos rituais são utilizadas ervas e orações, bem como porumba¹⁶, patuá, colar e cantos para invocar e/ou solicitar auxílio aos guias espirituais, com o objetivo de identificar

¹⁶ Porumba “que nós falamos são aquelas cabacinhas pequenas assim. Nós colocamos umas pedrinhas, caramujo; tem uma pecinhas específicas para colocar dentro, põe um cabinho de madeira, entendeu? É um instrumento usado para trabalhar, chacoalhar. Com isso, eles (pajé) vão pegando força, aí eles fazem o processo deles” (E.13; Indígena; Cacique)

as causas dos problemas (males) das pessoas e as medidas a serem adotadas para saná-los. Observe este aspecto nos depoimentos.

O pajé indígena trabalha mais com porumba [...] os terenas tem as músicas deles, o dialeto só de música. Segundo eles (pajés) é para atrair os espíritos [...] Têm muito mais de um guia. Cada situação (problema) é um cântico [...] Eu estou falando em termos do terreiro de umbanda. Agora em termos da área indígena é um jeito só, a diferença é só na música [...] o que agrada é só bebida, cigarro também (E.29; Indígena; Comunidade).

O purungueiro incorpora as entidades e utiliza elementos da natureza no seu trabalho, tais como as ervas, floresta, estrela, lua e sol. Há o agradecimento à entidade pela ajuda recebida, conforme mostrado nas narrativas.

Primeiramente, para nós, pajé, queremos o sol. Primeira força é o sol. Segunda é a lua, que dá força para nossas orientações, porque eles trabalham juntos. E terceira são as estrelas (E.30; Indígena; Pajé). (Meu pai) trabalhava com três pessoas (entidades) e eu trabalho só com essa entidade aí (apontou em direção à uma árvore). E ele não tem esse problema: “Eu quero bastante vela”, não. Se você levou três balas doces descascadinhas e põe num cantinho para ele, ele vai lá e chupa e acabou (E.4; Indígena, Comunidade; Pajé).

A prática da pajelança atua na resolução de problemas, males em diversos âmbitos da vida dos terenas, tais como a saúde, o âmbito familiar e o espiritual, como evidenciado pelas narrativas e trecho do diário de campo.

O caso da minha cunhada, era magra, não tinha muita força e 5 pessoas quase não deu conta de segurar ela. Falavam que fulano ia levar ela embora, uma pessoa que já morreu estava encarnada nela e aí o meu avô (pajé) benzia e falava: “Não! Quero que solta ela, porque ela não vai sair daí”. Ela xingava, falava coisas para nós sem sentido, que ia levar ela embora, que não tinha o que ela fazer ali. A pessoa que estava sendo encarnada ia levar ela para o cemitério. Não queria ficar sozinho [...] só pajelança mesmo para resolver este caso (E.3; Indígena, ACSI). Hoje aconteceu um funeral de uma mulher, que faleceu pouco tempo depois do diagnóstico de câncer do colo de útero. A família e amigos afirmaram que a morta, o espírito dela estava encostado em uma prima, pois a falecida não queria ter morrido. O tempo entre a morte e a descoberta do câncer foi muito curto, o que contribui para a não aceitação de sua morte. A prima passou mal. Por estar com o espírito da falecida no corpo, pronunciava ideias descabidas e dizia que estava buscando a prima para levar embora. A família precisou recorrer à ajuda espiritual para resolver o problema. Os profissionais de saúde comentaram sobre este acontecimento sem demonstrar concordância, mas também sem aparentar estranheza. Pareceu algo natural para eles (Diário de Campo. Agosto/2013).

Um aspecto interessante a ser assinalado é que as entrevistas e as observações realizadas nas aldeias permitiram a identificação do uso de diferentes termos para se referir aos responsáveis por esse tipo de prática, sendo eles: purungueiro, curandeiro, pajé e feiticeiro. Vale destacar, portanto, o significado atribuído pelos participantes terenas à cada palavra. Apenas um respondente não-indígena mencionou esta questão nas entrevistas,

afirmou não existir mais pajés nas aldeias. Apesar disso, foram observadas nas aldeias pessoas não-indígenas utilizarem diferentes termos, como pajé e purungueiro.

Pajé se refere ao indivíduo da aldeia com poderes e respeitado por todos, acima dos caciques. Alguns respondentes terenas afirmaram que atualmente não há mais pajés. No entanto, os respondentes praticantes da pajelança se autodenominaram pajés. Observe:

Pajé não existe mais, só cacique, antes existia o pajé, nosso pajé morreu há muitos anos [...] Porque nenhuma outra pessoa substitui ele. Ele foi único na aldeia, foi guerreiro, foi uma pessoa responsável, lutou pela terra. Esse pajé nosso é insubstituível (E.26; Indígena; Comunidade).

O feiticeiro é um indígena muito poderoso que, para manter e aumentar seus poderes, acatava aos pedidos, muitas vezes, perversos dos seus guias. Tais ordens poderiam incluir bens materiais de alguém ou até mesmo a morte de um familiar. O termo feiticeiro apareceu com menos frequência nos dados coletados e sempre fazendo alusão à pessoa do passado. Pajés e feiticeiros teriam tido a mesma função, conforme o excerto:

Eu não sei, mas deve existir (pajé). Quem fala com a gente é o cacique [...] Antigamente, existia pajé, mas agora não existe mais, porque o pajé era mesmo um cacique, benzedor (E.27; Indígena; Agente Saneamento).

A palavra curandeiro está atrelada ao sentido da pessoa que cura, mais próximo do significado da palavra pajé e benzedor. Purungueiro faz referência às porumbas utilizadas nos rituais. O emprego desses vocábulos, no contexto observado, foi feito para aqueles indivíduos que se denominam pajés, mas encarados por parte da comunidade como não pajés. Nesse ponto de vista, seus poderes são reduzidos se comparados aos pajés e feiticeiros do passado. As narrativas e trechos do diário de campo ratificam esta ideia.

Quem faz essas garrafadas são curandeiros (E.7; Não-Indígena, Dentista). Quando cheguei para as festividades do Dia do Índio na aldeia, havia um homem com colares da cultura terena e com pequenas cabaças em suas mãos. Ele fazia gestos de imposição das mãos utilizando cabaças e “benzia” as pessoas que iam dançar, os líderes indígenas e a bandeira nacional. Era possível notar que ele dizia algo enquanto impunha as cabaças. Essas são chamadas de porumbas pelas pessoas dali, por isso o homem também era chamado de purungueiro e suas práticas de purugunga. Segundo algumas pessoas com quem conversei, purungueiro não é pajé. É menos poderoso que os pajés (Diário de Campo. Abril/ 2013).

O emprego de diferentes termos pelos terenas para designar o praticante responsável pela pajelança revela um evento social que é a redução do número de pajés, feiticeiros, curandeiros e benzedores na dinâmica da cultura terena.

As entrevistas e observações evidenciam fatores que exerceram e exercem forte influência para o acontecimento deste evento na comunidade. Podemos citar a presença da religião cristã que trouxe e enfatizou a ideia de amor ao próximo (CARDOSO DE OLIVEIRA,

1976), que é antagonista a certas práticas dos feiticeiros, que como já referido, agiam indiscriminadamente com bondade e crueldade.

Muitos terenas contrários aos feitos de certos feiticeiros, procuraram reforçar sua espiritualidade, que é característica do povo terena, como exemplificado nas narrativas e no registro do diário de campo, a seguir:

o Severino e o Sebastião (nomes fictícios) trabalham com essas raízes, ele benzem, mas como a população da aldeia é uma população que é evangélica, a maioria dela, vamos dizer 70%, a questão da pajelança, de benzer, eles deixam um pouco de lado (E.5; Indígena, Comunidade). Sentados debaixo da copa de uma grande árvore, um dos membros da liderança de uma aldeia comentou que antigamente os feiticeiros ao passo que ajudavam a população curando doenças, prevenindo acontecimentos e aconselhando a todos, eles também exerciam maldade. Guiados pelas entidades, os feiticeiros para obter mais poder (sobrenatural) queriam bens das pessoas e as obrigavam a fazer o que eles mandavam. Caso não acatassem ao pedido, elas seriam punidas sob diversas maneiras, incluindo doenças e mortes. Por esses motivos, ele relatou, que muitas pessoas optaram por exercer sua fé na religião cristã. Cada vez mais em contato com religiões cristãs, os terenas não deram continuidade à prática da feitiçaria. Percebi no homem, ao contar-me esta história, certa preocupação em não falar mal de sua religião, pois ele se identificou como cristão. Porém, ele reconheceu que a diminuição da força da prática da pajelança significa uma perda cultural muito importante (Diário de Campo. Abril/ 2015).

Uma história relatada por um participante em sua entrevista exemplifica e reitera a ideia trazida no próximo registro do Diário de Campo:

Meu pai mesmo, ele não quis seguir para ser feiticeiro. Ele queria ser benzedor, curandeiro, da parte de fazer o bem. Meu pai tinha uma égua que tinha perdido cria (filhotes) e aquele animal estava magrinho e estava amarrado. Minha avó (tia-avó e feiticeira), velha bem velha, disse assim: "Me empresta aquela égua". Meu pai respondeu: "Ai tia se a senhora acha que dá para levar, está magrinha, perdeu cria". Só de falar assim, ela pensou "Ah, esse fulano não quer me emprestar o animal". Ela foi embora [...] Diz que quando foi à noite, meu pai escutou um barulho, que aquele tempo tinha fogo no chão. Índio usava fogo no chão, aí meu pai diz que escutou um barulho na porta de madeira. Ele olhou e viu quando apontou a cabeça de um bicho que entrou, a cara desse tamanho (grande), a orelha miudinha, olhudo e olhou os guris nos braços do meu pai. Ficou olhando assim, aí meu pai levantou devagarzinho, queria dar uma paulada nele. O bicho foi embora. Naquele momento começou a dar febre, febre nos dois guris. Quando foi 5 horas da manhã, morreu meus dois irmãos. Esse era o trabalho dos feiticeiros. Minha tia castigou meu pai. Por isso que o meu pai não quis feitiçaria. O guia do feiticeiro faz teste (E.13; Indígena; Cacique).

A questão da espiritualidade terena foi apreendida nas narrativas e observações.

8.5.2 Espiritualidade

A espiritualidade, neste item, é representada pela fé do terena em Deus, concretizada pela oração. É uma importante forma de cuidado em saúde e é identificada pelos nativos como determinante para a saúde terena. A espiritualidade é um aspecto que

atravessa toda a sociedade terena do Buriti. Cristãos, benzedeiros, praticantes da pajelança, independentemente da prática religiosa, todos demonstraram em seus depoimentos forte espiritualidade, que é expressa, também, pelo respeito às diferentes práticas religiosas presentes na Terra Indígena Buriti.

Tem que fazer oração todo dia, todo dia orar a Deus, sair e orar [...] Eu sou católico desde criança. Eu já fui na igreja evangélica esses tempos, mas só fui mesmo (E.30; Indígena; Pajé).

Graças a Deus eu vou na igreja [...] Se brincar muito com Deus, pode ficar doente (E.19; Indígena; Comunidade).

O depoimento seguinte reitera a forte crença no divino pelos terenas:

Fala muito em Deus. Olha, para falar a verdade eu acho que toda religião não vai deixar de falar em Deus [...] são vários tipos do guia para chamar o Deus, Oxalá, no outro é Tupã, são vários [...] (há) um Deus, só muda quando vai falar no idioma, como que eu vou falar Deus em terena, como que o guarani fala Deus. Vamos supor que é assim, cada guia deles fala de um jeito conforme a etnia (E.29; Indígena; Comunidade).

Os terenas recorrem à fé em Deus e à comunidade da igreja para resolverem seus problemas de vida, sobretudo de saúde. Oração, jejum, leitura da bíblia e pessoas com dom da cura (missionária) foram, identificadas por eles, como maneiras de pedir proteção pela saúde e rogar pela solução dos problemas, tais como doenças e desavenças familiares.

Ela (missionária) ora bastante, faz bastante oração [...] A maioria das pessoas sempre procura ela para pedir oração, as pessoas enfermas [...] Ela ora. Ela ora assim, com a mão (E.14; Indígena; Comunidade).

Os participantes relataram casos de doenças curados pela fé em Deus do cristianismo. Eles reiteraram o valor e a veracidade da fé como potencializador da cura de uma enfermidade na sociedade do Buriti:

Meu filho nasceu com água na cabeça, com um pouco de água do parto na cabeça dele, e ele chorava muito, chorava demais. Ele foi curado na igreja também (E.14; Indígena; Comunidade).

A passagem do evangelho de Lucas, de uma mulher que sofreu doze anos de uma doença que nem médico curava [...] Eu sempre falava para ele (neto), quando você estiver com 12 anos, Jesus vai libertar você. Não deu outra. Jesus faz milagres, Jesus curou quando ele completou 12 anos. Toda a noite eu lia a bíblia para ele (E.19; Indígena; Comunidade).

Recém convertido na igreja (evangélica), acompanhei um doente. Foram três campanhas de oração, mas ele (doente) estava acamado com duas coisas, problema de hérnia e rendidura[...] Rendidura é aquilo que cresce os órgãos genitais e a hérnia é por dentro na barriga [...] durante aquele período de campanha, eles (evangélicos) vão na casa da pessoa. E você sabe que esse rapaz sarou (E.29; Indígena; Comunidade).

A oração e fé em Deus são empregadas conjuntamente com ervas como tratamento de problemas de saúde. Além disso, a fé influencia no cuidado em saúde. Alguns participantes atribuem a melhora de seu quadro sintomatológico ao agir de Deus e, por

vezes, deixam de tomar o medicamento prescrito no serviço oficial de atenção à saúde. Tais aspectos são observados no depoimento abaixo.

Graças à Deus eu me sinto bem melhor do que eu estava há uns tempos. Graças à Deus e sempre a gente recorre a ajuda do Senhor, pedindo pelos irmãos, pastores que ajudem na oração e a gente está aí com a graça de Deus. Uso sempre o remédio do mato, ervas, folhas, casca de pau, eu estou usando direto (E.29; Indígena; Comunidade).

8.5.3 *Modo de vida do terena*

Nas entrevistas, os respondentes mostram a influência do modo de vida do terena no cuidado em saúde. Este aspecto foi reforçado pelas observações. A preocupação com a família e com os filhos foi marcante, por exemplo. O modo de vida do terena engloba principalmente dois aspectos: centralidade na família e o cuidado com higiene individual e ambiental. A preocupação com o núcleo familiar é característica da etnia Terena. O cuidado com a centralidade na família inclui o amor como um potencializador das relações de cuidado. Este aspecto é apontada na seguinte narrativa:

Na minha família para cuidar da saúde a gente tem que manter o ambiente familiar alegre. Meu pai sempre me falou: “Não deixe sua mãe brava, ela não pode ficar nervosa. Então, fica o tempo todo contente e se você está nervoso vai para um canto”. Nós sempre vivemos aqui dessa maneira. Tem briga deles de casal, a gente não interfere, não chega nos filhos, é para manter uma certa harmonia na casa e consequentemente na saúde de todo mundo, a felicidade familiar (E.10; Indígena; Comunidade).

Na família, o principal responsável é a figura materna, quem cuida dos filhos e netos. Os participantes terenas também valorizam a orientação aos filhos para o cuidado em saúde e prevenção de doenças, como exemplificado a seguir:

Normalmente quem cuida da criança mais são as mães, porque os pais têm esse compromisso de trabalhar e trazer o sustento para sua casa. O serviço deles nós sabemos que é a agricultura. Quem permanece diariamente com as crianças são as mães (E.5; Indígena; Comunidade).

A preocupação com higiene pessoal e com o ambiente em que vivem foi mencionada por todos participantes ao falarem de cuidado em saúde. A higienização corpórea inclui a atenção ao banho, escovação dos dentes e preparo dos alimentos.

O cuidado da saúde que faz parte, além da alimentação, ele também tem que ter a parte higiênica (E.8; Indígena; Comunidade). procurar não se machucar, para não ficar doente, não deixar de cuidar das crianças, dar comida, banho (E.16; Indígena; Comunidade). O banho é algo frequente no cotidiano do terena. As mulheres diariamente aparecem com o cabelo molhado. Hoje dormi na aldeia e a família que me acolheu estranhou que eu não tomei banho para deitar. Como tomei uma ducha em casa antes de vir para aldeia, eles não me viram tomar o banho

durante o dia de hoje. Eles expressaram não-verbalmente muita surpresa, alguns até deram risadas (Diário de Campo. Outubro/ 2013).

A preocupação com limpeza do ambiente, conforme os respondentes terenas, inclui a organização da casa, limpeza do quintal e saneamento. Segundo eles, esses fatores podem predispor ao desenvolvimento de doenças. O registro do diário de campo contextualiza como são as casas nas aldeias e retrata o questionamento da pesquisadora principal sobre o que é estar sujo ou limpo:

Acredito que é próprio do cuidado de saúde terena é a questão do saneamento, a questão do ambiente onde eles vivem. A maioria das pessoas tem aquele cuidado, aquela preocupação de visualizar que um ambiente está bem cuidado, onde tem vários fatores que contribuem para que os filhos, as crianças que andam naquele quintal estão sujeitos a adquirir certos tipos de doenças (E.3; Indígena, ACSI).

Hoje um dos profissionais de saúde não-indígena comentou que algumas aldeias rurais são sujas, os lixos são jogados em qualquer lugar. Observei a presença de lixo, principalmente, de embalagens descartáveis amontoadas e móveis velhos no quintal. Pelo que observei estes móveis são principalmente sofás, que as pessoas utilizam para sentar, e tanquinhos de lavar roupas velhos, mas que funcionam. Algumas pias utilizadas para lavar louças são externas e nestes locais formam poças de água na terra. A água que cai dali não tem para onde escorrer, não tem encanamento. As típicas áreas externas das casas abrigam mesas e cadeiras e/ou outros tipos de coisas, tais como fogão de lenha, roupas para serem lavadas, charretes. Tais aspectos são organizados e dispostos de maneira peculiar, a depender do olhar, pode parecer uma desorganização. Mas parece que tudo é muito funcional. Está tudo guardado naqueles locais. O quintal, se posso referir assim, a área entre uma casa e outra da mesma família, está quase sempre limpo. A sujeira varrida é amontoadada ao redor. Como não tem coleta de lixo, o mesmo fica ali amontoadado. O consumo de produtos industrializados favorece a produção de lixo que não degrada facilmente e ficam expostos no meio ambiente. Nem nas aldeias urbanas há coleta de lixo (Diário de Campo. Setembro/2013).

A preocupação com higiene do corpo e do ambiente, bem como o cuidado com a alimentação e a prática de exercícios físicos são fortemente influenciados pelo contato próximo e pela inserção dos terenas na sociedade envolvente, conforme as narrativas reiteram:

(Minha filha) é nutricionista, ela vai começando a passar as coisas para gente, então a gente gosta (E.4; Indígena, Comunidade; Pajé).

a gente sempre preserva a nossa cultura, mas sempre correndo atrás de conhecimento. Não tem mais como você continuar naquela vida de caça e pesca. Você tem que estudar e ter uma profissão [...] não tem espaço, não tem mais mato (E.21; Indígena; Técnico Enfermagem).

A pessoa mais jovem você consegue esclarecer melhor para ela, eu acho que também interfere porque eles já estão estudando mais, conseguem ter uma outra visão, ir para faculdade (E.6; Não-Indígena, Enfermeiro).

A inserção do terena no mercado de trabalho o possibilita adquirir bens e produtos, bem como favorece o acesso à informação. A televisão, observada na maioria das casas, permite ao terena estar em contato com muitas discussões em saúde, endossado pelo *boom* atual de programas sobre saúde, bem-estar e alimentação nos canais abertos e

pagos da televisão. A *internet* possibilita o contato com diferentes realidades e tipos de informações, inclusive de saúde. O maior poder de compra também facilita a vida do cotidiano, por exemplo, a aquisição de produtos de limpeza que é importante para manutenção da higiene. O caso do sabonete ilustra esta questão:

O modo de vida terena interfere na saúde, porque eu vejo que a família, pelo fato de ele não ter talvez uma condição melhor de comprar, de ter um sabão ou alguma outra coisa, ele acaba se habituando. A questão da higiene é uma coisa muito da questão financeira. Tem muita gente que quer ter, mas não consegue [...] teve pessoas que eu conheci que não tinham condições de comprar um sabão, porque chegava uma época nas aldeias que não tinha trabalho para o pessoal (E.21; Indígena; Técnico Enfermagem).

A intermedicalidade atravessa todos âmbitos de cuidado em saúde praticados pelos terenas, inclusive o modo de vida. Alguns aspectos da maneira de viver terena foram separados neste estudo para facilitar o entendimento, mas todos são conjunção de práticas terapêuticas que se sobrepõe e potencializam umas as outras, como a seguir:

Os terenas são bem amorosos, acho que isso influencia bastante no nosso cuidado, eles têm amor. Acho que o que pode ajudar bastante também é ervas, porque se o remédio não funciona a maneira é a erva. Agora os evangélicos, nós, todos nós confiamos em Deus, então a fé ajuda bastante também (E.11; Indígena; Comunidade).

8.5.4 Serviço oficial de atenção em saúde

O sistema Polo/Posto constitui o espaço do serviço oficial de atenção em saúde. A fim de compreender como a intermedicalidade acontece neste âmbito de cuidado, é importante identificar quais fatores levam os terenas a buscarem as unidades nas aldeias.

MOTIVAÇÃO PELA PROCURA DO TERENA NA PERSPECTIVA DO SERVIÇO

A procura pela unidade de saúde na perspectiva do serviço pode ser estabelecida por agendamento ou por demanda espontânea, conforme evidenciado nas narrativas e observações. Aqui, a procura do terena pelo posto é determinada pela cartela de serviços ofertada pelas unidades. Há realização de exames, consultas de enfermagem, médica e odontológicas.

A realização de exames e consultas com enfermeiros e dentistas é normalmente agendada. O exame ginecológico foi o procedimento mais procurado nas unidades durante o período de observação. É realizado pelo enfermeiro. Atendimento de enfermagem e de odontologia podem ocorrer por livre demanda, como mencionado no depoimento e no registro do diário de campo:

O pessoal (equipe) chama para fazer preventivo [...] faço com o enfermeiro (E.12; Indígena; Comunidade).

Hoje na aldeia Córrego do Meio o enfermeiro realizou cerca de 10 exames ginecológicos (preventivos), não consegui contar precisamente pois havia muitas pessoas para atendimento médico também. A coleta do “preventivo”, como eles mencionam, é normalmente agendada. A maioria das mulheres de hoje estava com o procedimento marcado, mas vieram também mulheres por livre demanda. Observei que algumas eram irmãs ou amigas daquelas que estavam com o procedimento marcado. Todas fizeram consultas de enfermagem individuais (Diário de Campo. Outubro/ 2013).

A procura pelo posto também é norteadas por agendamentos de procedimentos que são considerados como prioridades pela equipe do Polo. As atividades prioritárias são consulta de pré-natal e de puericultura, imunização, coleta de escarro e atendimento odontológico para quem está com dor. O depoimento ilustra como as metas e cronograma interferem na ida do terena à unidade.

Descemos (fomos) para aldeia para atender o que é prioridade, gestante, criança, imunização e pré-natal. Pré-natal, vacina e preventivo que nós já atingimos a meta. Você desce, faz a parte curativa e deixa a preventiva [...] Todo ano tem meta para cumprir (E.6; Não-Indígena, Enfermeiro).

A procura do terena pelo posto, nestes casos, é mediada pelos exames, consultas e procedimentos que são prioridade do atendimento da unidade. O serviço faz busca ativa de pessoas com possíveis indicações ou sintomas para realizar coleta de escarro, imunização, consulta pré-natal e de puericultura. Observe no trecho do diário de campo.

Hoje o motorista e o enfermeiro realizaram visita domiciliar com intuito de atingir a meta da unidade em coleta de escarro (BAAR – bacilo álcool resistente). Os ACSI previamente indicaram o nome de pessoas com sintomas de tosse. O enfermeiro conseguiu três novas coletas (Diário de Campo. Outubro/ 2013).

Os usuários buscam o serviço de saúde na aldeia para realizar exames a fim de prevenir alguma doença e/ou descartar problemas de cunho biológico, por exemplo, gravidez de alto risco e a neoplasia. Os excertos abaixo ilustram esta perspectiva.

É, importante fazer exame. A gente fica sabendo o que a gente tem, porque as vezes a gente olha na pessoa e fala que não tem nada, mas vai fazer um exame e dá alguma coisa (doença). É igual uma prima minha que morreu, você olhava assim nela e ela era sorridente. Foi no médico tarde, quando viu estava com uma hérnia estourada (E.16; Indígena; Comunidade).
essa questão da saúde pública de querer fazer promoção e prevenção não funciona muito bem. A impressão que dá é que eles (indígenas) não estão interessados nisso. Eles querem mesmo, às vezes, é o encaminhamento para a cidade, para o especialista, exame (E.32; Não-Indígena; Médico).

O interesse dos terenas em realizar exames mostra a preocupação em descartar a presença de qualquer doença. Este aspecto reforça o sentido da finalidade atribuída ao uso de ervas medicinais. Tanto nos âmbitos da medicina terena quanto do serviço oficial se

saúde, há relevante preocupação por parte dos indígenas em prevenir doença e promover saúde. Esta perspectiva também é corroborada pelo interesse dos terenas por encaminhamentos para especialidades médicas para uma conduta mais específica, a fim de descobrir algum problema ou constatar ausência de doenças, como apontado a seguir.

Eu acho que para ter certeza (sobre algum problema saúde) a gente tem que ter um *check-up* do nosso corpo com médicos especializados, exames para gente saber. Muitas vezes, eu penso: “Eu nunca vou saber se eu estou saudável, porque eu não faço exames” (E.31; Indígena; Comunidade). Para cuidar saúde tem que estar medindo pressão, fazendo periodicamente um *check-up* na nossa saúde, com as pessoas que têm o conhecimento, por exemplo, de um medicamento (E.8; Indígena; Comunidade).

MOTIVAÇÃO PELA PROCURA DO TERENA NA PERSPECTIVA INDÍGENA

Os dados mostram os sentidos atribuídos pelos terenas na procura pelo posto independentemente da oferta de serviços da unidade. Aqui, são exploradas as motivações dos usuários terenas a procurarem a unidade. Foram elencadas as seguintes motivações: “casos que a gente não consegue resolver”, fenômeno da dor, uso de medicamentos e conversa. A expressão “casos que a gente não consegue resolver” foi mencionada em alusão a problemas de cunho biológico tratadas na unidade de saúde. Note abaixo.

Eu acho que tem casos que a gente procura mais, prefere, ficar em casa tomando medicamentos caseiros, mas tem casos que a gente sabe que não vai resolver e aí a gente procura um médico. Tem casos graves que você não vai resolver em casa, casos tipo fratura, por exemplo, você não vai resolver só em casa. É melhor ir para o hospital procurar um atendimento médico (E.31; Indígena; Comunidade).

Os “casos que a gente não consegue resolver”, descritos pelos respondentes e observados no cotidiano das unidades foram febre, dor, gripe, tosse, falta de ar, dor, virose, pontada (pneumonia), fratura e complicações do diabetes. Com exemplificado abaixo:

vou no posto mais por causa do meu gurizinho, porque vira e mexe ele fica gripado, aí tem que buscar um xarope, um dipirona, paracetamol (E.26; Indígena; Comunidade).
alguma coisinha que a gente vai ver lá (no posto de saúde), alguma virose, por exemplo, algum tipo de xarope. Para ver se está com alergia, você vai lá ver com a enfermeira (E.5; Indígena, Comunidade).

Algumas dessas queixas são eventos que não podem ser tratados pela medicina terena. São exemplos: a imunização, a gestação de alto risco, os traumas e até mesmo a solicitação de atestado, como demonstrado nas narrativas:

que nem a picada de cobra, algumas dessas ervas para picada de cobra nós já não temos tanto. A nossa preocupação é levar essa pessoa para um hospital, um pronto socorro mais próximo (E.3; Indígena, ACSI).

A última vez que eu fui (no posto), faz muito tempo, foi uma fatalidade, eu cortei meu dedo e precisava de atestado (E.5; Indígena, Comunidade).

A dor tem papel central no costume do terena em procurar o posto. É na presença especialmente da dor que os terenas se sentem motivados em ir à unidade procurar por medicação, consulta, realização de exames e/ou alívio por meio da conversa. Percebemos aqui o fenômeno da dor:

eu ia no posto só quando me dava dor, porque eu tive muita inflamação de urina (E.26; Indígena; Comunidade).

Tem muito atendimento odontológico por dor (E.7; Não-Indígena, Dentista).

Os profissionais de saúde entrevistados relataram que há muita procura pela unidade em face das queixas de dor, as quais, segundo eles, parecem ser infundadas do ponto de vista orgânico, biomédico, como pode ser observado a seguir:

Eles (terenas) têm umas dores que eles não sabem explicar. São umas dores meio sem pé nem cabeça e se você apalpa dói mesmo, sabe. Então é uma coisa esquisita (E.15; Não-Indígena; Enfermeiro).

muitas vezes, chegam aqueles casos de dor que você já nota que não tem uma correspondência anatomo-fisiológica (E.32; Não-Indígena; Médico).

Em conversa com os enfermeiros e médicos, eles comentaram que parece que os indígenas possuem significados particulares de doença. Não atribuem o mesmo valor à enfermidade que os ocidentais. Parecem ignorar os malefícios e consequências da patologia. Não se importam tanto com a doença, mas se importam bastante com dor. Comentaram que os terenas não suportam dor alguma (Diário de Campo. Agosto/ 2013).

A partir das narrativas e registros do diário de campo, é possível inferir que o significado atribuído à dor pelos terenas é algo que parece transcender os limites do corpo ou dos órgãos. Considerando o conceito do seu processo saúde-enfermidade, a dor reflete algum problema de cunho espiritual, familiar, comunitário, como ratificado nos depoimentos:

Alguns estão vivendo um problema de saúde, uma dor de cabeça, uma pressão alta. Isso daí já é caso de família. Discutiu com o pai, está preocupada com o filho. Eles contam, se você conversar, parar e sentar e falar com eles (E.22; Indígena; Técnico Enfermagem).

Atendo mais queixas do tipo tosse, dor nas costas, dor de barriga, problemas de pele [...] geralmente, surge conflitos familiares: traição do marido, um filho que está bebendo e desrespeitando em casa. E daí a gente nota que aquele desconforto está relacionado com aquele problema que a pessoa está vivenciando em casa (E.32; Não-Indígena; Médico).

Há uma produção de problemas de saúde particular nas unidades de saúde da Terra Indígena Buriti. É possível afirmar, a partir dos resultados, que quem está com dor quer alívio, quer medicamento. Os terenas vão à unidade de saúde também à procura de medicamento. Esta questão foi fortemente evidenciada nas observações e também foi apontada nas entrevistas, veja a seguir:

Chega (no posto) e pede (medicamento). Se depender deles você só vai entregando remédio (E.21; Indígena; Técnico Enfermagem).

Tenho observado que várias pessoas procuram a unidade para pegar algum medicamento, normalmente para dor. Muitos chegam sem prescrição (Diário de Campo. Setembro/ 2013).

A menção ao medicamento foi recorrente nos dados coletados. Observou-se um **processo maciço do uso de medicação** na sociedade terena do Buriti. Por isso, mereceu ser explorado mediante diversas perspectivas trazidas pelos resultados. O medicamento tem o significado de alívio rápido e, muitas vezes, de ser a solução mais acessível para o alívio da dor, como apontado nas narrativas:

Querem remédio, principalmente quando estão sentindo dor. Eles querem remédio para parar essa dor (E.22; Indígena; Técnico Enfermagem).

Bebem que nem água! Dipirona, diclofenaco, sulfa, cefalexina. Então é assim, chegou no posto, saiu (acabou), é impressionante. Eles usam muito (medicamento) (E.15; Não-Indígena; Enfermeiro).

Segundo os participantes ameríndios e não-indígenas, os terenas parecem atribuir o maior consumo de medicamento à redução da matéria-prima para exercer a medicina terena, no uso de ervas, por exemplo. As narrativas ilustram esta questão:

O conhecimento (sobre plantas medicinais) tem [...] o que não tem é matéria (E.10; Indígena; Comunidade).

Para você fazer (remédios medicinais) você tem que ter o material, só que no lugar onde nós estamos não existe mais [...] eles (indígenas) sabem, mas como é que eles vão fazer? Não tem a matéria prima (E.28; Indígena; Técnico Enfermagem).

Os depoimentos de profissionais de saúde evidenciam que alguns terenas buscam ativamente por medicamentos. Eles manifestam interesse por certos tipos de fármacos (o nome comercial de analgésico - dipirona, por exemplo) e referem quais medicamentos tomar mediante certos problemas mais frequentes, tais como cefaleia e dor de garganta. Este saber é corroborado pelas experiências que estas pessoas e seus pares tiveram em tomar certa medicação e obter melhora do sintoma.

Essa questão mostra o quanto o uso de medicamento está fortemente arraigado no modo de vida terena:

Tem pessoas que, às vezes, sentem muita dor de cabeça e tomam o dipirona. Tomam dipirona e sempre querem dipirona. O paracetamol é um medicamento que a maioria do povo indígena não gosta, porque eles acham que não faz efeito (E.21; Indígena; Técnico Enfermagem).

Tem pessoas que chegam e falam: "Eu estou com dor e quero um remédio para dor". Agora tem alguns que chegam pedindo um antibiótico, to com dor na garganta e quero aquele amoxicilina (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem).

Embora os terenas tenham forte apreço pelo uso de medicamento, e o tenham inserido na sua vida cotidiana, os dados coletados mostraram que indígenas têm dificuldade

em aderir ao tratamento medicamentoso conforme prescrito pelo médico; inclusive nos casos de doenças crônicas não-transmissíveis. Eles utilizam o medicamento de maneira pontual, para alívio imediato da dor. Observe tais aspectos a seguir:

Tem gente que toma uns 3 dias só. Passou a dor, já para de tomar o remédio (E.27; Indígena; Agente Saneamento).

O enfermeiro contou um caso de uma gestante, cuja mãe faleceu por infarto ao saber da gravidez da filha. A família afirmou que a morte da mãe foi devida a notícia da gestação da filha solteira. O pai da gestante disse, quando a senhora sofreu o ataque cardíaco, que a culpa não era da filha, mas de forças sobrenaturais (não mencionou o quê). O enfermeiro falou que essa senhora não tomava adequadamente os medicamentos para Hipertensão e que isso pode ter contribuído para o infarto. Concluiu que os terenas não atribuem os problemas de saúde ou a própria morte à doença. Eles procuram um culpado. Seja a notícia da gravidez da filha ou a força sobrenatural, mas não a doença. Sem doença não há porque tomar remédio. Essa é uma lógica concreta (Diário de Campo. Agosto/ 2013).

É possível ainda perceber nos depoimentos uma forte similaridade entre o uso de medicamento e das ervas, o que reitera o cunho de intermedicalidade do sistema de cuidado terena. O pajé sinalizou este aspecto em sua entrevista:

Esse remédio do branco que nós falamos, o da farmácia, não tem diferença do nosso aqui. Só que (o médico) tem que primeiramente consultar o paciente que está doente para dar o remédio que precisa, então tem que perguntar onde dói, qual é o problema, como é que começou, para o médico poder ver o remédio certo (E.30; Indígena; Pajé).

Muitos terenas buscam o medicamento para mantê-los como reserva. Quando necessário estão disponíveis para uso imediato, bem como todas ervas medicinais que ficavam disponíveis na época de terras fartas. Os seguintes excertos ilustram tais aspectos.

Chegava paciente eu sempre olhava se realmente o paciente estava com febre, sempre colocava o termômetro, porque às vezes nem estava e queria remédio para guardar em casa (E.1; Indígena, Técnico de Enfermagem).

Eu acho que é para ter em casa e a hora que a coisa aperta eles já sabem que tem ali o recurso, entendeu? Eu acho que aí eles preservam muito a cultura, porque se antes ele tinha um problema e ia buscar um remédio ali, no mato ali perto, estava meio disponível. Se hoje está difícil, ele vai no posto e tem o remédio em casa (E.32; Não-Indígena; Médico).

Ou, simplesmente, alguns entrevistados afirmaram ser mais fácil fazer uso de fármacos a ter que buscar a planta e preparar o chá, por exemplo. Veja abaixo:

Hoje mudou tudo, hoje é mais fácil você pegar um comprimido ali e tomar, pingar umas gotinhas e tomar, do que você ir buscar para ferver ou esquentar. Hoje é mais fácil você fazer isso, você não precisa ter o trabalho de ir lá no mato catar, ferver e tomar. Você pega o comprimidinho, toma com água e acabou (E.25; Indígena; Técnico Enfermagem).

De acordo com os depoimentos e observações, os terenas procuram a unidade de saúde também para conversar com os profissionais e outras pessoas que estiverem lá. A busca por diálogo foi apontada pelos trabalhadores de saúde. As observações também mostraram a ida e/ou presença do terena no posto para conversar e tomar tereré. Note:

Eles (terenas) são muito carentes, eles querem falar, eles querem conversar, eles têm essa carência (E.15; Não-Indígena; Enfermeiro). Quando eu estava na aldeia eu atendia muitas mulheres no posto. Geralmente elas iam para conversar [...] O posto, às vezes, ficava rodeado (de pessoas), mas era só para conversar (E.25; Indígena; Técnico Enfermagem). Às vezes, vou até lá (no posto) e, até, um tereré você toma conversando, conforme está folgado lá os enfermeiros (E.29; Indígena; Comunidade).

A procura pela interação social, expressada pela conversa, reforça a ideia de que o posto também é um espaço de convivência. É nesta direção que discurremos a seguir sobre como ocorre a relação do cuidado no sistema Polo/Posto, os encontros e desencontros.

ENCONTROS E DESENCONTROS DO CUIDADO

Descreveremos, neste tópico, os significados atribuídos pelos participantes aos momentos do cuidado. Elementos como vínculo, confiança, diálogo e agir dos profissionais foram evidenciados nas entrevistas e observados no período de coleta de dados como necessários ao cuidado, promovendo encontros entre os profissionais e os usuários.

No entanto, os dados mostraram fatores que contribuem para que a lógica da atenção se afaste destes aspectos (diálogo, vínculo, confiança), favorecendo desencontros do cuidado.

Segundo os entrevistados, tanto profissionais quanto usuários, o aspecto relacional do cuidado é fundamental no atendimento ao indígena. Os terenas procuram o serviço para estabelecer conversa com os profissionais, para tanto é preciso que vínculo entre profissional e usuário esteja estabelecido, especialmente de confiança. As narrativas abaixo mostram essa perspectiva.

Muitas vezes a gente não se sente à vontade para ser atendido por um enfermeiro estranho (E.31; Indígena; Comunidade). Eu tenho um bom relacionamento com eles, respeito, um companheirismo de amigo e ver que eles confiam na gente, porque se eles não confiassem não iam ouvir a gente. (E.1; Indígena, Técnico de Enfermagem). Em alguns casos a relação é boa, já conseguimos um vínculo de confiança, existe uma empatia (E.32; Não-Indígena; Médico).

Por meio dos dados coletados, foi possível inferir que o terena é tímido e quieto perante profissionais/pessoas desconhecidas. Essa perspectiva reitera a importância do

vínculo e da confiança na relação do cuidado nas unidades das aldeias da Terra Indígena Buriti, como pode ser observado no relato, a seguir:

Às vezes a pessoa fica falando, fala mais não fala. Às vezes, tenta disfarçar e eu logo percebo que essa pessoa tem alguma coisa para falar. Ela ou está com vergonha ou com medo (E.17; Indígena; ACSI).

Além disso, é possível perceber nas narrativas que a construção do vínculo de confiança necessária ao cuidado exige tempo. Os terenas precisam conhecer o profissional da unidade e os trabalhadores necessitam de um período de tempo para demonstrarem que têm respeito e interesse de trabalhar no serviço. Explicitar tais questões exige tempo de interação entre todos os envolvidos. Os trechos reiteram esta perspectiva.

Eu fui aprendendo com o tempo, conversando com as pessoas. As pessoas mais velhas vinham me orientar como eu deveria proceder e o tempo que vai dar sabedoria para gente, o tempo que vai dar tranquilidade (E.1; Indígena, Técnico de Enfermagem).

É bem de bom trabalhar com os patrícios, eles aceitam bem a gente [...] No começo foi um pouco difícil para dialogar com eles, mas agora está bem fácil, estou há quatro anos aqui já (E.2; Indígena, ACSI).

Devido ao tempo que eu estou lá já, eles têm mais liberdade de chegar e falar (E.6; Não-Indígena, Enfermeiro).

Na perspectiva dos participantes, trabalhadores e usuários, o vínculo é fundamentado no respeito ao modo de vida do terena e na responsabilização que o profissional deve ter com a pessoa de quem cuida. Não basta apenas prescrever, entregar ou administrar o medicamento, é preciso ter atenção, carinho e paciência.

Paciente chega no posto com a receita e você não dá uma boa atenção para ele, mesmo ele voltando sem a medicação, ele acaba voltando pior. (E.1; Indígena, Técnico de Enfermagem).

Entender como que é o cotidiano deles, tem que não está ali só por estar. Você tem que estar ali, mas sabendo que você está dentro de um ambiente indígena. Você está ali e você tem que tentar mostrar para eles que você não vai discriminar eles lá fora (da aldeia) (E.6; Não-Indígena, Enfermeiro).

Os depoimentos a seguir mostram a importância do trabalho de técnicos de enfermagem e agentes comunitários nas aldeias. Os participantes referiram que atender fora do horário de expediente, à noite e aos finais de semana, faz parte do trabalho desses profissionais. Essa perspectiva reitera a questão da responsabilização assumida e requerida do profissional de saúde:

Fora do horário de expediente. Há situações que a gente tem que levantar de madrugada para fazer o atendimento [...] por conta de uma febre alta. A maioria das vezes são gestantes que estão entrando em trabalho de parto (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem).

O vínculo estabelecido entre profissionais e indígenas foi expressado quando os trabalhadores chamaram os usuários pelo nome, reconheceram sua família e aldeia de

origem. Foi manifestado pela proximidade da equipe com as famílias, como evidenciado nas observações. O vínculo permite ao profissional conhecer a realidade e os problemas do indivíduo, família e comunidade. Os participantes perceberam na interação do cuidado com profissionais, laços de amizade e solidariedade. Tal conjuntura é ilustrada a seguir:

Tenho relação amigável com os profissionais (E.5; Indígena, Comunidade). Eu conversava com as pessoas como amigas, sem olhar as dificuldades deles. Quando a gente está dentro da saúde, a gente, além do amigo a gente olha a dificuldade do paciente, o que está se passando. Eles vem, confiam na gente, relatam para gente a história deles. A gente acaba entrando um pouco mais na vida das pessoas. E, para mim, isso é fundamental para ter um bom atendimento (E.1; Indígena; Técnico Enfermagem).

O diálogo é extremamente valorizado pelo terena. Sua importância é ratificada pela menção dos participantes que os terenas procuram o serviço de saúde para conversar. De acordo com os profissionais, o diálogo com tom de voz baixo, carinho e paciência são necessários à atenção em saúde e tem capacidade resolutiva de problemas levados pelos usuários. Os seguintes excertos das entrevistas e do diário evidenciam estes aspectos.

Eles (usuários) veem que você deu atenção para eles, aí eles desabafam o que estão sentindo. Eles botam para fora e se sentem aliviados com isso, quando você dá atenção (E.22; Indígena; Técnico Enfermagem). Hoje uma senhora procurou o posto de saúde pois estava com uma dor no braço esquerdo e gostaria de consultar com o médico. Devido ao cronograma de atendimento, entretanto, não havia médico. Ela passou por uma consulta de enfermagem e eu acompanhei. A pressão arterial que tinha sido aferida pelo técnico, estava normalizada, segundo o enfermeiro. O profissional perguntou como estava a mãe da paciente, que respondeu que não estava bem. A mulher disse que os irmãos não a ajudam no cuidado da mãe que é cadeirante e está em depressão. Relatou que está sendo difícil para ela ver a mãe doente e não poder compartilhar com outra pessoa. Os demais irmãos ficam uma noite por semana com a mãe, mas segundo a senhora é pouco, pois ela “não está vivendo”, ao mesmo tempo reconheceu que a mãe é importante para ela e que não pode desampará-la. Neste momento, a mulher começou a chorar. O enfermeiro a acalentou com sorriso e olhar terno. Calmamente, disse que tudo passa e que a mãe merece ser bem cuidada. Orientou a terena a conversar com os irmãos novamente para tentar compartilhar o cuidado de uma outra maneira e reconheceu o esforço dela em cuidar sozinha de sua mãe. O enfermeiro parece ter uma postura empática. Em todo instante o profissional falou olhando diretamente para a indígena, oferecendo-lhe toda a sua atenção. Há uma mesa entre ambos, o que impede algum contato mais próximo entre profissional e usuária, mas devido ao tamanho da sala e à disposição dos móveis (e talvez minha presença), não parece possível não ter aquela mobília entre as duas. Depois do choro e desabafo da indígena e de sua postura receptiva em ouvir a conversa calma e serena do enfermeiro, é notável o alívio por parte daquela filha, cujo semblante apresentava certa leveza e um leve sorriso (Diário de Campo. Novembro/ 2013).

Quando questionados sobre os profissionais que atendem no posto de saúde, os participantes usuários mencionaram os trabalhadores da enfermagem, médicos e ACSIs. Com

menos frequência, citaram o dentista. Todos os respondentes profissionais referiram como parte das equipes estes profissionais, bem como os técnicos de saúde bucal e motoristas.

O enfermeiro Lupi vem atender, tem o dia dele exato, não é diariamente. Temos doutor, que também eu não sei o nome, e só esses profissionais. (E.11; Indígena; Comunidade).

O agir dos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde foram descritos pelos usuários participantes da pesquisa. Os dados mostraram que o atendimento de enfermagem realizado pelos técnicos é o primeiro a ser feito quando as pessoas procuram a unidade.

No posto conversei primeiro com o enfermeiro (técnico) [...] a gente conta os problemas da gente, o que está sentindo, o que está acontecendo com a gente (E.12; Indígena; Comunidade).
Vou lá falo que aconteceu isso e isso. O enfermeiro (técnico), o primeiro contato meu é com ele (E.11; Indígena; Comunidade).

Houve distinção na qualificação do trabalho da enfermagem e do médico. O jeito gentil e atencioso dos enfermeiros e técnicos pareceu agradar mais aos terenas do que o agir centrado na prescrição de medicamentos do médico. Esse fato foi reforçado pela menção dos respondentes ao nome dos enfermeiros. As narrativas confirmam estes aspectos.

Ah do enfermeiro Paki, eu gosto dele. Ele é muito atencioso. Agora desse médico, eu já achei ele um pouco grosseiro (E.20; Indígena; Comunidade).
O agente de saúde e o enfermeiro quando a gente chama ele vem (em casa) [...] Tem o doutor (médico), eu esqueci o nome dele. O enfermeiro é o Lupi, agora o doutor eu esqueci (E.14; Indígena; Comunidade).

O registro do diário de campo a seguir narra uma consulta de enfermagem a uma senhora cadastrada no Programa Hiperdia feita por enfermeiro não-indígena. O trecho abaixo exemplifica como foi o encontro do cuidado entre o enfermeiro e a terena.

Chegamos além do horário previsto na unidade (aldeia rural). Entrei na recepção e vi duas senhoras aguardando para serem atendidas pelo enfermeiro Lupi (nome fictício). Acompanhei o atendimento de uma delas, que parece ter problemas para se comunicar. O enfermeiro perguntou se eu poderia participar da consulta e a indígena concordou. Lupi, fez os procedimentos referentes ao programa Hiperdia: verificou a carteirinha da senhora, questionou se estava tomando os remédios na frequência prescrita, aferiu a pressão arterial, mediu a glicemia, pesou e registrou os dados nos formulários. Entregou os medicamentos que estavam faltando. Apesar de tantos procedimentos e da necessidade de atender o quanto mais breve possível para que a próxima paciente não fosse embora, o enfermeiro foi bastante atencioso.
Observei o sorriso atencioso, o balançar da cabeça mesmo não entendendo o que a indígena estava dizendo, o levantar a cabeça para conversar e responder a senhora quando essa falava, o tentar se fazer entender durante as explicações. Quando foi preciso que a senhora fosse pesar em outra sala, ela não entendeu muito bem e perguntou alguma coisa para Lupi, que não entendeu também. Ambos estavam de pé, mas o olhar do enfermeiro, o sorriso, o colocar a mão no ombro da senhora e algum comentário, que

talvez não respondeu o que a senhora estava exatamente perguntando, foram suficientes para que a indígena balançasse a cabeça. Pude perceber o espaço relacional do cuidado. O encontro de ambos e a expressão não verbal foram suficientes para que o impasse, talvez a insegurança e o desentendimento de ambas se dissolvessem neste espaço de confiança, de atenção. Depois da pesagem, elas voltaram e Lupi finalizou os “trâmites” do Hiperdia (Diário de Campo. Agosto/ 2013).

Alguns respondentes indígenas referiram que o vínculo e a proximidade do cuidado são facilitados quando o profissional é terena. Os membros da aldeia sabem a realidade e compreendem os problemas locais. Diante disso, eles têm melhor habilidade para abordar as famílias e indivíduos. O seguinte excerto reitera esta perspectiva:

A gente (terena) conhece o dia-a-dia de cada patrício nosso. Agora se fosse um outro branco. Um branco que tivesse trabalhando aqui, porque os patrício é bem meio difícil trabalhar com eles, eles são muito inibidos demais, eles são bem tímidos, eles são muito tímidos, aí índio com índio se entende [...] É porque a gente (indígenas) pode falar mais abertamente assim com índio, aí se for um branco a gente fica mais tímido, eu sou bem tímido (E.2; Indígena, ACSI).

Este aspecto reflete a necessidade reconhecida do terena em ser ator ativo no cuidado planejado e estabelecido pelo serviço oficial de atenção à saúde. A gestão que os indivíduos têm do cuidado também diz respeito à intermedicalidade. Todavia há momentos em que a relação pautada pelo diálogo e fundamentada no vínculo não ocorrem por causa de certos aspectos. Há produção, nesses casos, dos desencontros do cuidado.

Apesar do agir de enfermeiros ter sido valorizado e bem qualificado pelo terena, a assistência prestada por eles é realizada frequentemente de acordo com prioridades estabelecidas pelas metas. São elas: pré-natal, saúde da mulher, imunização, tuberculose e o Programa Hiperdia. Além de priorizar a clientela assistida, os enfermeiros relataram que a assistência de enfermagem fica comprometida devido aos problemas de transporte. Os excertos de entrevista e do diário de campo exemplificam esta conjuntura.

Indaguei um enfermeiro sobre o atendimento da enfermagem, já que eu havia observado maior número de atendimento de mulheres para consultas pré-natais e realização de exame citopatológico e de crianças, na imunização. Ele comentou que é preciso fazer priorização da população atendida, pois é inadmissível não realizar pré-natal ou deixar de imunizar as crianças. São prioridades. Há uma grande preocupação, segundo ele, com o cumprimento das metas, então, é preciso agendar exame citopatológico, realizar busca ativa junto com os agentes para aumentar o número de coleta de BAAR. Segundo ele, o alto índice de hipertensão e diabetes torna fundamental realizar o Programa Hiperdia. Mas esse último precisa de mais atenção, é necessário ficar mais tempo nas aldeias (Diário de Campo. Outubro/2013).

Os profissionais são pressionados pela coordenação e pela chefia do Polo a atingir as metas anuais. O Polo é cobrado pelo DSEI. Hoje acompanhei uma reunião da equipe no Polo, chamada de nível superior. Realmente somente os profissionais graduados e a chefia participaram, todos não são indígenas. Nesta reunião foram apresentados os dados de atendimento até este mês.

Houve discussão sobre metas a se atingir até fim deste ano. A coordenação ressaltou a importância de alcançá-las (Diário de Campo. Setembro/ 2013).

Na ausência dos profissionais do Polo, os técnicos de enfermagem são os principais responsáveis pela unidade de saúde. Os profissionais técnicos relataram seu agir.

A gente tenta trabalhar não só dentro da unidade, mas também na questão da visita domiciliar [...] as pessoas contam (o problema familiar). A gente fica sabendo, não tem como você não saber, porque a aldeia é pequena. Então, a vantagem de você trabalhar em uma aldeia é que você fica por dentro de tudo (E.28; Indígena; Técnico Enfermagem).

A organização e estruturação do serviço, representadas pelas metas e cronogramas, podem comprometer o cuidado pautado pelo aspecto relacional, orientado segundo a lógica do terena. Conforme evidenciado pelo registro da observação, fora da unidade o profissional, se sente bastante confortável em conversar e tratar a pessoa como sua amiga, vizinha e par de uma mesma comunidade.

No tocante à atenção médica, evidenciou-se um atendimento queixa-conduta, semelhante à atenção de enfermagem prestada segundo metas. Nas consultas, os usuários relataram o que sentiam e o médico prescreveu um cuidado mediante o problema referido, normalmente prescrição de medicamentos. Ele também solicitou exames e encaminhou para o especialista, como as narrativas e o registro do diário de campo retratam.

Esse doutor que nós temos ai, ele vai anotando o que a gente tem. Ele especula a gente para saber o que a gente está sentindo, ai a gente conta [...] Foi no mês passado que eu fui lá. Eu estava com uma dor assim nas “cadeiras” (na região lombar), com mau jeito. Eu fui lá (no posto) procurar ele. Aí, ele mandou tomar injeção (E.12; Indígena; Comunidade).
o médico, pergunta o que está sentindo, daí a gente vai relatando o que a gente está sentindo. Daí, ele já faz o diagnóstico dele para dar uns remédios e a gente vem para casa (E.20; Indígena; Comunidade).
O médico atende muitas pessoas durante o dia. Acompanhei as consultas com ele. As pessoas referiram o que sentiam e o médico prescrevia medicamentos. Em certos casos houve pedido, pelo terena, de exame ou encaminhamento para o especialista. É notório o cansaço do profissional. Mas há muita demanda e ele precisa atender. Percebi pouco tempo para conversa, anamnese e exame físico (Diário de Campo. Novembro/2013).

Os dados apontaram também a influência do transporte no agir do médico. Eles ficam tempo sem ir às aldeias, o que resulta em certo acúmulo de pessoas para serem atendidas. Além disso, os profissionais quando vão para aldeia chegam tarde e tem seu tempo de trabalho na unidade reduzido. Diante disso, eles precisam atender de maneira ágil para assistir a todos. Os seguintes depoimentos ilustram este problema.

As pessoas esperam (pelos profissionais), aqui no (aldeia) Tereré espera. Tem um pessoal que desiste, porque tem pessoas que trabalham. Tem o dever de casa para deixar pronto antes de ir para o serviço [...] Para melhorar eu acho que tinha que ter uns carros disponíveis sem problema, porque o que atrapalha os funcionários são os carros (E.31; Indígena; Comunidade).

(a falta de carros) é um dos problemas sim, porque aí o médico não desce, o dentista não desce (para aldeia) (E.21; Indígena; Técnico Enfermagem).

Os respondentes reconheceram que o atendimento médico é influenciado pela estrutura e organização do sistema Polo/Posto, veja a seguir.

Porque (o posto) é o lugar para onde a gente é conduzido, você vai conduzido para lá que é a sua referência, o seu ponto de chegada. Chega lá e tem um monte de gente esperando, não tem nem como você sair dali, a hora que você vai respirar já é hora do almoço, já é hora de ir embora. E daí você nem tem possibilidade de curtir uma árvore, fazer uma visita, sair um pouco daquele ambiente opressor (E.32; Não-Indígena; Médico).

Além de os médicos, enfermeiros e dentistas não poderem prestar atendimento todos os dias em cada unidade, a **questão do transporte** da equipe do Polo pode ser uma problemática. Os veículos frequentemente apresentaram problemas, que impediram seu uso. Muitas vezes, os profissionais não conseguiram ir para aldeia e a população local ficou sem atendimento. Também por problemas nos carros, os trabalhadores chegaram atrasados, como as narrativas e observações demonstram:

A gente vai procurar assistência médica e não tem. Quando a gente precisa ir para lá (hospital), não tem carro, está estragado (E.14; Indígena; Comunidade).

A equipe só não vem quando o carro está estragado (E.16; Indígena; Comunidade).

Ao chegar no Polo hoje, um dos profissionais comentou que o clima estava tenso. O chefe do Polo queria que a equipe descesse, mas a mesma se recusou pelo perigo da viagem. A camionete que nos transportava (os profissionais e eu) estava com os freios comprometidos. Não fomos para aldeia (Diário de Campo. Agosto/2013).

A falta de transporte para deslocamento dos profissionais do Polo para aldeia parece ser pior no caso das áreas rurais. Os profissionais que atendem na aldeia urbana vão ao posto com carro próprio. O depoimento abaixo exemplifica este ponto:

A questão aqui da Nova Tereré os médicos atendem normal, mas lá embaixo (aldeias rurais) eu não sei (E.31; Indígena; Comunidade).

A problemática do transporte também pode ter impacto na relação que os profissionais constroem com os terenas. Os usuários se programam para um atendimento naquela semana e não acontece. Além disso, muitas vezes as pessoas não foram avisadas sobre o cancelamento do atendimento e passaram horas aguardando na unidade.

Como referido, tem vezes que os trabalhadores conseguem ir, mas chegam atrasados por conta de problemas na manutenção dos veículos e os terenas com procedimentos agendados já foram embora. Os participantes relataram que a maioria das pessoas mora longe da unidade, o que piora o sentimento de não atendimento. Muitas

vezes, por desinformação, os indígenas pensam que os profissionais são culpados por esta situação, como evidenciado abaixo:

Muitas vezes, a gente que não vê como que funciona o Polo, a gente que fica na aldeia, a gente fala “Ah, os enfermeiros demoram a chegar” (E.31; Indígena; Comunidade)

Realizei visita com o técnico de enfermagem, fomos avisar a população que a vacinação, que seria hoje, estava suspensa. Os enfermeiros responsáveis pela imunização não conseguiram chegar a aldeia (rural) devido a um problema com a camionete (Diário de Campo. Agosto/2013).

Hoje fui pela primeira vez para a aldeia Água Azul. Desci com a equipe, sendo o enfermeiro e o dentista, que ficaram na Buriti. Acompanhei o enfermeiro na Água Azul, no caminho passamos na UBS da aldeia Olho D'água e da Recanto para deixar documentos (encaminhamento, pedido de exame e/ou resultado) [...] Depois das 10 horas da manhã, chegamos no posto da Água Azul. Hoje estava programado para o enfermeiro atender aos pacientes do Programa Hiperdia, no entanto, não havia pessoas para serem atendidas, pois estava próximo do horário de almoço e eles foram embora para preparar a comida (Diário de Campo. Setembro /2013).

A falta de transporte adequado tem um grande impacto na qualidade do cuidado prestado e nas condições de trabalho dos profissionais, como pode ser notado a seguir:

Falta de carro, falta de manutenção nos postos de saúde, falta de medicação [...] Essas questões interferem no nosso trabalho diretamente, porque poderia ser bem melhor a assistência [...] A parte da prevenção a gente não consegue fazer, que nem a gente nunca vai e quando vai, só vai para fazer aquilo. Não consegue trabalhar a parte preventiva. Isso interfere, a gente está aqui (no Polo) parado, sendo que podia está lá dando uma palestra para a população (E.6; Não-Indígena, Enfermeiro).

Para melhorar eu acho que teria que mandar mais viaturas, dar condições de trabalho, é o emergencial (E.25; Indígena; Técnico Enfermagem).

O carro, o transporte adquire um significado muito peculiar no contexto de atendimento do sistema Polo/Posto. O carro passa a ser indispensável para o funcionamento completo do serviço oficial de saúde. O carro assume um papel central na organização do serviço e tem a capacidade de dismantelar o cronograma de atendimento e o próprio atendimento, como pode ser observado nas narrativas, a seguir:

Se a gente pudesse estar lá (na aldeia) o tempo todo, a gente poderia dar capacitação, porque lá eles não tem recursos. Se surge uma emergência, eles que tem que se virar nos trinta para resolver. Se a gente tivesse lá mais tempo, nós estaríamos lá para poder ajudar, porque a equipe é um ajuda o outro, é uma continuidade (E.15; Não-Indígena; Enfermeiro).

Se não tem carro, a equipe de saúde não desce, mas se tivesse uma política de autossustentabilidade, em que você se deslocasse para aldeia para dar mais autonomia para os agentes de saúde, para as pessoas ali, nas coisas que elas tivessem que resolver, não faria tanta falta. Parece que cada vez mais eles ficam dependentes da gente, de carro, de médico, de enfermeira, de remédio. Parece que gerou uma dependência maior e não uma autonomia, um empoderamento. Quer dizer que o carro é significado de saúde, não tem carro não tem saúde (E.32; Não-Indígena; Médico).

Por um lado, faz sentido a centralidade do serviço no meio de transporte. É preciso fazer o deslocamento dos profissionais e transportar materiais necessários à assistência.

Por outro lado, a questão do transporte revela o grau de subordinação dos terenas ao serviço oficial de atenção. Esta dependência é antagônica ao que foi apresentado até o momento. Aqui os terenas, e tampouco os profissionais, não tem controle algum sobre a condução desta opção terapêutica. Sem carro não tem atendimento.

É possível apreender a partir das narrativas e observações apresentadas que a maneira como o sistema Polo/Posto está estruturado e organizado tem impacto no tipo de atenção prestada. As unidades nas aldeias estão no âmbito da atenção básica, cujo enfoque deveria ser o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Observa-se, entretanto, um agir em saúde que produz predominantemente atenção curativa, sobretudo o controle de doenças.

Atendimento curativo, a parte preventiva a gente não está investindo assim, até porque a parte preventiva de uma população não é só saúde (E.23; Não-Indígena; Técnico Saneamento).

As entrevistas revelaram que os usuários terenas valorizam educação em saúde e visitas domiciliares. A educação em saúde é realizada por meio da conversa. Segundo os participantes, na perspectiva dos terenas informações de como cuidar do problema de saúde, especialmente os casos que os terenas não conseguem resolver, são fundamentais no cuidado.

Apesar de os profissionais referirem que os indígenas tomam o medicamento para a dor passar e não para curar/controlar a doença conforme prescrito pelo serviço, os participantes da comunidade afirmaram que informações e explicações de como tomar os medicamentos adequadamente é imprescindível ao agir da equipe de saúde. Além disso, os respondentes terenas referiram que outras estratégias de orientação em saúde, como palestras, constituem importante aspecto da atenção em saúde. Observe a seguir:

Por isso que eu falo, é importante um profissional da saúde orientar as pessoas. Eu fico preocupada com a saúde de quem tem diabetes, hipertensão essas coisas, porque eles precisam de uma orientação (E.14; Indígena; Comunidade).

Embora os terenas atribuam o significado de importância e de necessidade à educação em saúde, seus relatos apontam que este tipo de ação não tem sido promovido pelos trabalhadores. Segundo os respondentes usuários, é preciso haver mais espaços de orientações individuais e coletivas. As observações ratificaram esta conjuntura, como sugerem os seguintes excertos das entrevistas e dos registros do diário de campo.

Ele (enfermeiro) nunca chamou nós para fazer assim uma palestra, nunca chamou nós ainda não [...] É bom, para nós é bom, porque teve uma época que tinha um outro enfermeiro, ele fazia palestra e ia as mulheres todinhas dentro da igreja (E.12; Indígena; Comunidade).

Durante o período que tenho ficado nas unidades de saúde não observei a realização de palestras em escolas ou na própria unidade. Também não vi fotos desses momentos em nenhuma unidade, nem no Polo [...] Os profissionais, médicos, enfermeiro e dentistas atendem as pessoas normalmente em seus consultórios. O espaço do cuidado é o posto de saúde (Diário de Campo. Agosto/2013).

Os profissionais também identificaram a necessidade do desenvolvimento de ações de educação em saúde junto à população. Todavia, a organização do cuidado e da infraestrutura do sistema Polo/Posto não permitem que a equipe desenvolva estratégias de educação em saúde junto à comunidade, tal qual demonstrado no depoimento a seguir.

Eu acho que a gente podia trabalhar com bastante palestras nas escolas. Geralmente a gente não tem tempo, porque tem um carro para atender três equipes e temos a escala de trabalho (E.6; Não-Indígena, Enfermeiro). Primeira coisa palestra, tem que orientar as pessoas [...] eu tenho que desenvolver muito isso aí, eu sei disso, só que fica a desejar (E.23; Não-Indígena; Técnico Saneamento).

A visita domiciliar é outra ação em saúde estimada pelos usuários conforme afirmado pelos participantes. Para eles, o fato de o profissional visitar a família significa que o sistema Polo/Posto se preocupa, se responsabiliza pelo indígena. Essa perspectiva é reforçada ao considerar a cultura terena voltada para família.

Eles (profissionais de saúde) não têm um remédio para dar, mas eles vão na casa, cuida. Vão na casa para ver como que está, fazer visita para idoso, que nem aquele velho mesmo, é cadeirante e eles tão sempre olhando por Ele, dando um apoio, está bem cuidado (E.4; Indígena, Comunidade; Pajé). a maioria das pessoas gosta muito que a gente vai nas casas. Eles ficam muito contentes quando você vai nas casas, pelo menos para aferir pressão (E.22; Indígena; Técnico Enfermagem).

Os registros institucionais do Polo apontam foco no atendimento ambulatorial em detrimento da atenção domiciliar. Em 2014, por exemplo, os enfermeiros realizaram 371 visitas e consultas domiciliares, 2.317 consultas ambulatoriais e 11.928 procedimentos. Os médicos foram aos domicílios terenas 157 vezes, ao passo que fizeram 2.254 consultas e 130 procedimentos de nível ambulatorial. Os técnicos de enfermagem realizaram 1.978 visitas e 12.560 procedimentos. E os ACSI realizaram 8.990 visitas domiciliares.

As narrativas referem-se também a atuação do agente de saúde, que é o principal profissional quem realiza as visitas. Os respondentes usuários corroboram a relevância da atuação do ACSI, inclusive como uma maneira que reitera que a atenção oficial de saúde está preocupada com a população. Essa questão é ilustrada pelo depoimento a seguir:

A minha agente de saúde é vizinha de casa e é ela quem encaminha para mim os pedidos, faz os pedidos [...] acho bom (a visita do ACSI), mostra que eles se preocupam com a saúde, tanto nossa quanto das crianças, da gente. E eu acho muito bom isso (E.26; Indígena; Comunidade).

O trabalho dos agentes comunitários de saúde indígena, segundo as entrevistas e observações, inclui a realização de visitas domiciliares. Na visita, o ACSI conversa com a família e tem um olhar individualizado para cada integrante. Os agentes fazem pesagem do Programa Bolsa Família. Realizam educação em saúde, acompanham as pessoas que fazem uso de medicamento contínuo e que são mais resistentes em seguir a prescrição. Também entregam medicamentos, agendamentos de consultas e exames, bem como recados da unidade, como, por exemplo, convite à mulher para realizar o preventivo no dia agendado. Além disso, o ACSI é o elo entre alguns profissionais e o usuário, como exemplificado pelas narrativas e registro do diário de campo.

Também são uma equipe que conhecem a nossa realidade, por ser nascido e criado ali, eles (ACSI e técnicos de enfermagem) conhecem a realidade (E.5; Indígena; Comunidade).

Tem paciente que consegue falar o problema e tem paciente que não. Você só descobre porque o agente de saúde fala (E.6; Não-Indígena; Enfermeiro). Depois do almoço acompanhei o agente em algumas visitas. Visitamos a família de uma idosa hipertensa. Entramos na casa dela e logo vieram os filhos e netos. Sentamos na sala/cozinha, pois estava frio naquele dia. O ACSI tomou mate com eles. Perguntou como estavam, com enfoque no estado geral da senhora. Perguntou se ela estava tomando os medicamentos e como estava sua alimentação. O agente olhou as caixas de medicamentos para ver se a idosa estava tomando adequadamente. O profissional conduziu a conversa de maneira extrovertida e alegre, comentaram sobre os acontecimentos da família e deram bastante risadas. Ficamos em torno de 40 minutos ali (Diário de Campo. Julho/2013).

Apesar de os ACSI realizarem visitas domiciliares, os usuários e alguns profissionais afirmaram que deveria haver mais aproximação entre a equipe e as famílias, por meio especialmente da visita domiciliar. No entanto, observou-se que os profissionais não têm tempo disponível para realização deste tipo de atividade. Embora todos trabalhadores se esforcem para realizarem visitas, a população reconhece que é preciso mais intervenções deste tipo, sobretudo para alcançar as famílias que não vão ao posto. Isto é, para promover saúde e prevenir doenças na comunidade.

RESOLUTIVIDADE

Os participantes, principalmente os terenas, relataram que há pouca resolatividade do cuidado prestado no âmbito do serviço oficial de atenção em saúde. Segundo eles, poucos problemas de saúde são efetivamente resolvidos, tais como gripe. Queixas como complicações da hipertensão e febre são encaminhados para o pronto socorro na cidade, normalmente sem tentativa prévia de intervenção para resolução do problema no posto da aldeia, como as narrativas sugerem.

De modo geral, eu tenho observado que pessoas doentes mesmo tem saído daqui, é enviado daqui. O doutor vem e envia (encaminha) até Sidrolândia,

[...] Leva ali (posto), passa uma receita e manda embora e aconteceu várias vezes aqui da pessoa vim embora e ter que voltar de novo porque arruinou (E.29; Indígena; Comunidade).

Muito pouca resolutividade, na base (postos de saúde) muito pouca, porque tudo encaminha, tudo encaminha (E.21; Indígena; Técnico Enfermagem).

As perspectivas dos participantes, usuários e profissionais foram que o sistema Polo/Posto oferece um serviço básico de atenção, o que difere do termo atenção básica. Não há infraestrutura e insumos, por exemplo, transporte e medicamentos, para o funcionamento adequado das unidades. Não há profissionais suficientes para suprir a demanda. Os depoimentos a seguir ilustram estas questões.

O atendimento até que é bom, mas na hora de você sair com um resultado é difícil [...] ter um posto que tivesse condições, equipamento para internar, para remédio eficiente, nós não temos remédio. Por exemplo, uma criancinha mal da gripe, deixa de fazer uma inalação, os postos de saúde não tem a máquina para fazer inalação (E.11; Indígena; Comunidade).

Tais aspectos têm impacto direto na resolutividade do serviço e na satisfação dos usuários. O contexto do serviço propicia o acúmulo de encaminhamentos para consultas médicas com especialistas e realização de exames, como reportado pelos participantes.

A questão da agilidade nos exames é um dos fatores que mais atormentam, que mais deixam o povo preocupado. Às vezes, ele vai para um especialista, vai para outro médico, para tentar resolver a situação dele e acaba não resolvendo ou não fazendo mais o tratamento. E depois se volta a fazer, a coisa já está pior (E.21; Indígena; Técnico Enfermagem).

Esta conjuntura favorece a sensação de desproteção do serviço de saúde por parte dos usuários. Tal aspecto é antagônico à postura de responsabilização, confiança e vínculo demonstrada pelos profissionais e usuários no ato do cuidado. Percebe-se que a intencionalidade dos trabalhadores de saúde não representa a produção de cuidado do sistema Polo/Posto.

O CASO DO DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL

As causas de diabetes e hipertensão, segundo os participantes, são influenciadas por problemas de caráter familiar, pelo modo de vida, alimentação e prática de exercícios físicos dos terenos. Sobre esse aspecto, pareceu não haver distinção entre a percepção dos participantes profissionais de saúde e usuários:

O inimigo número um hoje, devido a vida aquisitiva do pessoal que não tem uma dieta boa. Então, se você prescrever uma dieta que custa muito dinheiro, o pessoal não vai seguir. Eles comem o que tem na casa, comida gordurosa, não gordurosa, o que tem eles comem, a dieta do dia. O que acomete bastante é hipertensão arterial, diabetes mellitus e também muito sobrepeso (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem).

Há 20 anos era muito difícil ver um indivíduo lá da aldeia que tinha diabetes, hoje mais ou menos, eu não posso ser preciso, mas é um número bem alto

que são diabéticos, pela mudança de hábitos, eles usam muito refrigerante, muito pão, coisa que proporciona o aparecimento de diabetes (E.23; Não-Indígena; Técnico Saneamento).

O estar doente por diabetes e hipertensão é entendido de modo peculiar pelos terenas. São enfermidades tidas como doença moderna (dos brancos). O que nos permite inferir que diabetes e hipertensão têm o significado de doença não-terena, o que dificulta aceitação dos doentes do seu problema, como expressado nos depoimentos seguintes.

Essas doenças que o doutor fala que eu tenho [...] não posso acreditar porque eu não sinto [...] Ele falou que eu tinha pressão muito alta, aquele negócio cardíaco [...] a gente sabendo, às vezes, a gente fica meio preocupado, mas aquilo lá passou (E.29; Indígena; Comunidade).

Os terenas não viviam com isso (diabetes), não conviviam com essas doenças e para eles é um caso que eles não aceitam. Essa doença que está com eles, eles não aceitam mesmo. Isso daí tudo é diferente para eles, quando fala que eles estão com isso, principalmente diabetes, eles ficam tristes, sei lá, eles não ficam normal (E.22; Indígena; Técnico Enfermagem).

A presença dos sintomas é o que sinaliza estar doente por diabetes e hipertensão para os terenas. Os terenas não reconheceram como adoecimento a falta de problemas expressados fisicamente. O diagnóstico médico e o tratamento prescrito por esse profissional, sem a presença de algum sintoma, não têm nexos para eles.

Eu não sei, não posso acreditar porque eu não sinto o diabetes. Eu não me sinto doente. Eu nem sabia que eu tinha diabetes e quando foi fazer o exame de sangue tudo, naquela maquininha de colocar o sangue, aquilo lá nem funcionou, a enfermeira falou assim: “Poxa vida, seu diabetes está muito alto, estava quase 500 (dl/mm) ou então essa máquina está estragada. Tomara que esteja estragada!” [...] Para mim a doença é aquela que aparece na pessoa, a pessoa lamenta, fala daquele problema. Ela não está bem, não sente bem, porque ele está sentindo aquele problema, sente no corpo e a mente dele fica voltada naquilo lá, eu penso que é assim o doente. Agora por isso que eu não concordo e não quero concordar que estou doente (E.29; Indígena; Comunidade).

Hipertensos, diabéticos, na minha área tem muitos e eles não têm uma assiduidade de tratamento, eles não têm (E.15; Não-Indígena; Enfermeiro).

Esse aspecto influencia em como os terenas cuidam desses problemas de saúde. Segundo os entrevistados, profissionais e usuários, o tratamento para diabetes e hipertensão envolve o tratamento medicamentoso conforme prescrição e orientações quanto aos hábitos de vida saudáveis. Os seguintes depoimentos mostram essa situação:

Através da orientação, a partir do momento que a gente fica sabendo que a pessoa está com uma hipertensão ou uma diabetes, a gente passa a orientar na alimentação (E.17; Indígena; ACSI).

Meu avô tem hipertensão, ele é hipertenso. Uma vez ele ficou sem o remédio e não tinha como comprar também, ele passou mal. A pressão dele aumentou e ele passou mal. Teve que comprar medicamento, senão não sei o que ia acontecer com ele (E.14; Indígena; Comunidade).

Apesar de reconhecerem a necessidade do uso do medicamento, os terenas relataram que o tratamento medicamentoso é procurado na presença de algum sintoma

mais grave destas doenças. O que vale para o terena é manifestação sintomatológica da doença. Sem dor ou outros sintomas não há justificativas para tomar medicamentos.

Durante a permanência da pesquisadora nas aldeias, observou-se que a procura por atendimento nos postos de saúde pelos diabéticos/hipertensos foi feita predominantemente na presença da crise de hipo ou hiperglicemia ou pico de hipertensão. Note a seguir:

Na maioria das vezes, eles deixam de tomar a medicação e só tomam quando estão ruim e a maioria das vezes eles esquecem. Alguns fazem uso de insulina e não tem aquele prazer de ficar tomando uma agulhada todo dia. Eles deixam de lado e a glicemia sobe, porque pensam que não vai ter importância aquela hiperglicemia (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem). Uma senhora, com idade aparente de 40 anos, foi trazida pelo filho no posto. Ela chegou amparada por ele, porque estava se sentindo muito fraca e indisposta. Sua face estava rubra e sua expressão de muito desconforto. O enfermeiro imediatamente a acolheu em sua sala e verificou a glicemia, já sabia que era diabética. O resultado foi acima de 350 dl/mm. O enfermeiro a encaminhou para o hospital da cidade. Como não havia carro disponível para leva-la naquele momento, o enfermeiro fez uma chamada no rádio para o médico que estava em outra aldeia. Ele prescreveu medicamento e o técnico de enfermagem administrou. A senhora ficou em observação na unidade enquanto a camionete não chegava. Após cerca de uma hora a mulher e seu filho seguiram para o hospital. Depois, o enfermeiro comentou que a senhora não toma medicamento para controle [...] Hoje soube que a mulher com hiperglicemia elevada ficou internada essa noite e agora passa bem, mas ainda está hospitalizada (Diário de Campo. Agosto/ 2013).

O cuidado do diabetes e hipertensão é realizado pelo terena por meio das opções terapêuticas do seu sistema de cuidado em saúde. Os medicamentos são complementares ao uso de ervas medicinais, às orações individuais e coletivas e às pajelanças, bem como às ações ofertadas nos postos de saúde. Os excertos a seguir revelam tal conjuntura.

A maioria das pessoas usam medicamento aqui. É o caso do meu pai que é o pajé, ele tem diabetes, ele tem suas raízes e também toma. Quando ele não encontra a erva, aí ele toma o remédio do posto (E.3; Indígena, ACSI). Peço para Deus me ajudar porque eu não sinto doente, até mesmo, sei lá, eu não me vejo, não me sinto assim (E.29; Indígena; Comunidade).

Esse rol de opções terapêuticas, utilizado pelos terenas no cuidado do diabetes e hipertensão arterial, expressa e confirma o achado deste estudo. A perspectiva do caráter de intermedicalidade atribuído ao sistema de cuidado das formas de cuidado terena, que é resolutivo quando se considera todas as formas de cuidado complementares e potencializadoras entre si.

Discussão

9. DISCUSSÃO

9.1 Doença é pior que a morte: explicações sobre o processo de adoecimento

O significado do impacto em estar doente na vida dos terenas foi mostrado nos dados coletados neste estudo, tanto com os ameríndios como com os não-indígenas. Diante disso, versamos sobre esse tema valendo-se da tradução comentada por Langdon (2014), para os conceitos de *disease*, *illness* (KLEINMAN, 1988) e *sickness* (YOUNG, 1976).

O trecho da entrevista “estar doente eu acho que é a pior coisa, pior que a morte”, revela o papel central que o significado, atribuído pelos terenas à doença, possui na sua interpretação e reação frente à realidade construída, no caso, o processo saúde-enfermidade (BECKER et al., 2009).

Saúde é primordial para os terenas da Terra Indígena Buriti. Antagonicamente, está o processo de adoecer, cujo sentido atribuído pelo terena, na perspectiva dos participantes, envolve uma limitação física, psíquica e espiritual. Há uma relação entre estar saudável e manter as capacidades humanas plenas. Os terenas possuem o olhar holístico do processo saúde-enfermidade, como boa parte dos povos indígenas no mundo (TUKUITONGA, 2015; BURANBAEVA, 2015). Estar doente, no contexto ameríndio, extrapola a abordagem biomédica de doença (*disease*) em um corpo biológico (KLEINMAN, 1988).

Os profissionais não-terenas apresentaram conceitos científicos e médicos em suas explicações sobre doença, tais como, “micose”, “ansiedade”, “explicação orgânica”. Diferentemente, os profissionais terenas e os usuários revelaram em seus depoimentos elementos referentes também ao corpo físico, mas de uma forma mais ampla. Por exemplo, a dor corpórea como um impedimento para desenvolver suas atividades de trabalho e para manter suas relações plenas na família e na comunidade.

O problema, nessa perspectiva, não está necessariamente vinculado ao corpo, mas às limitações relacionais familiares e de trabalho. Há uma multiplicidade de causas e efeitos do processo de adoecimento. A dor apareceu como principal sintoma que modela e estrutura o mundo social terena na presença do problema de saúde (KLEINMAN, 1988).

Os terenas apresentaram explicações para doença que refletem o significado de enfermidade (*illness*). Para eles, o problema de saúde não está atrelado somente ao corpo biológico, mas também aos aspectos socioculturais e relacionais.

Pode-se inferir, a partir dos resultados, que a dor é a expressão sintomatológica verbalizável mais utilizada pelos terenas para qualificar a sua enfermidade fisicamente. E é o efeito da enfermidade que mais os usuários trazem como problema para a unidade de saúde. Esse efeito simbólico de enfermidade é negociado pelo terena do Buriti com seus

pares e com o contexto em que está inserido, para encontrar uma solução para seus problemas de saúde.

A dor é um dos principais sinais indicativos para o terena que algo está errado e que precisa procurar o posto ou a fé em Deus, ou a medicina terena, ou todas as opções de práticas terapêuticas acessíveis (KLEINMAN, 1988; BECKER et al., 2009; LANGDON, 2014).

Espiritualidade, higiene, alimentação e a questão da posse de terra foram significados pelos participantes como os aspectos do mundo social que mais influenciam a condição de saúde ou de enfermidade dos terenas (KLEINMAN, 1988). Os indígenas da etnia Guarani Mbyá, similarmente, entendem que comida, terra e religião são determinantes de saúde (HELD et al., 2011).

A alimentação e a prática de exercícios físicos foram interpretados pelos participantes como um dos elementos necessários para saúde do terena. Eles enfatizaram, sobremaneira, a questão da alimentação terena atual, a qual também reflete a influência da cultura da sociedade envolvente nos hábitos alimentares da comunidade do Buriti. Sobre atividades físicas, não foram observadas práticas de exercícios frequentes pela população nas aldeias.

Os terenas entrevistados entendem que a ingestão de frutas e legumes é importante para alimentação saudável, embora existam alguns obstáculos para aquisição desses alimentos. Os participantes das aldeias urbanas referiram que o alto custo de produtos alimentícios dificulta manter uma alimentação saudável.

Os terenas da área rural reconheceram que o acesso aos produtos saudáveis é difícil, já que precisam comprar na cidade, que é longe. Os profissionais não-indígenas alegaram que a população terena não atribui importância à ingestão de verduras e, por isso, não cultivam hortas, mesmo sendo incentivados pelos trabalhadores de saúde.

É notório que os profissionais participantes não reconhecem que os terenas compartilham percepções semelhantes às suas sobre a inclusão de frutas, verduras e legumes em uma rotina alimentar saudável. Também não percebem que o fato de os terenas não cultivarem horta para consumo está, possivelmente, mais vinculado à cultura terena de plantar alimentos — como mandioca, arroz e banana — do que ao próprio desinteresse e à (des)importância que eles atribuem ao consumo de hortaliças.

Em estudo sobre a alimentação dos terenas da Terra Indígena Buriti, investigadores (FÁVARO et al., 2007) mostraram que a maioria das famílias convive com medo de ficar sem alimentos. Situações de fome no mês anterior à entrevista da pesquisa foram compartilhadas por 25% das mulheres entrevistadas (FÁVARO et al., 2007). A população da Terra do Buriti apresenta atualmente relevante índice de obesidade, que nos possibilita afirmar que a sua alimentação é mais influenciada pela elevada ingestão de

alimentos calóricos do que pela falta de mantimentos. Situação diferente, por exemplo, dos ameríndios que sofrem por desnutrição na região de Dourados, Mato Grosso do Sul (PEREIRA, 2010), e do Rio de Janeiro (BARRETO; CARDOSO; COIMBRA, 2014).

Apesar disso, até passado recente, os terenas padeceram pela falta de alimentos, com consequências para saúde da população. Em investigação com crianças terenas na década de 90, foram identificados *déficits* nutricionais, baixa estatura para idade e baixo peso para idade na comunidade do Buriti (RIBAS et al., 2001). Tais experiências de fome também modulam o significado que os terenas atribuem à alimentação saudável.

O sofrimento em face da privação de alimentos tem efeitos na dimensão da importância dada à alimentação pelos terenas como determinante para saúde. A insegurança alimentar relacionada ao passado de privação de alimentos também é compartilhada por indígenas de países desenvolvidos, como Canadá, Estados Unidos e Nova Zelândia (READING; HALSET, 2011).

A terra tem o mesmo sentido de saúde. É também entendida como primordial para a vida terena. Conforme os resultados, é possível interpretar que a questão da posse de terra é basal e potencializadora dos demais fatores que influenciam o processo saúde-enfermidade no Buriti. Sob esta perspectiva, é possível apreender que o processo saúde-enfermidade é determinado principalmente por um tripé: Espiritualidade, Higiene e Alimentação, e balizado pela questão da posse de terra na comunidade.

A terra age como em um espiral que potencializa os demais determinantes de saúde e a vida terena, como ilustrado pela **Figura 22**:

FIGURA 22 – Processo saúde-enfermidade Terena da Terra Indígena Buriti

A questão da posse de terra foi e é uma tensão para populações indígenas no Brasil e em diversos países. A perda de seus territórios originais foi umas das principais consequências do projeto colonial ao qual as populações indígenas, no mundo, foram submetidas. Houve consequências nas condições de vida desses povos, sentidas até os dias atuais (BRANT-CASTELLANO; READING, 2011; LANGDON; WIIK, 2010; HELD et al., 2011; BASSI, 2012; BABIS, 2014; KURTZ et al., 2014; NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Como comentado no capítulo 7, a comunidade terena da região de Sidrolândia foi sendo gradativamente deslocada das terras que ocupava para a reserva Buriti (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). No início do desenvolvimento desta pesquisa, foi possível observar o confinamento territorial (BRAND, 1997) no qual estas pessoas estavam submetidas. Além de a terra ser onde e a partir da qual a vida indígena acontece, a vitória em 2013 pela retomada oficial de parte de suas terras, contribuiu para o significado de identidade e ufanismo atribuído pelos terenas à terra.

A falta de território suficiente para sua subsistência contribuiu, no decorrer da história terena, para que os nativos procurassem trabalho fora da aldeia e comprassem produtos alimentícios industrializados, o que repercute nos processos de saúde-enfermidade enfrentados por eles. É possível empreender, aqui, a perspectiva do mal-estar (*sickness*), em que o surgimento dos problemas de saúde é impactado por um aspecto que envolve toda a comunidade, a posse de terra. A posse ou não da terra é uma das forças sociais que opera na construção sociocultural dos problemas de saúde pelos terenas (YOUNG, 1976; LANGDON, 2014).

A retomada de seu território tradicional não assegura que a área está prontamente apta para cultivo, segundo a lógica de terra cultivável para o terena. Como um participante afirmou, eles reouveram uma “natureza sem árvores”. Como acontece com os Guarani e Kaiowá (PEREIRA, 2010), há o reconhecimento, por parte dos terenas, de que as condições das áreas retomadas são quase que impróprias para o início do cultivo.

A despeito disso, pequenas plantações foram observadas nas fazendas retomadas. Observaram-se também a motivação e a organização da comunidade em dividir por família o território retomado e a mobilização para o preparo da terra para cultivo. Tais aspectos simbolizam a perseverança e esperança deste povo, também potencializadas e renovadas pela terra.

Segundo os participantes, essa nova situação tem repercussões benéficas na saúde da população. A terra é fundamental para a prática da medicina tradicional e na manutenção da cultura, pois é em torno da terra que a história terena acontece. A questão agrária é também umas das forças sociais que influenciam a trajetória do cuidado em saúde (LANGDON, 2014).

9.2 A intermedicalidade do sistema de cuidado em saúde terena

Os significados atribuídos pelos terenas ao cuidado em saúde mostram diferentes saberes, de cunho espiritual, cosmológico e biomédico, situados em um mesmo plano, denominados, neste estudo, de zona de intermedicalidade (FOLLÉR, 2004).

Os espaços de intermedicalidade são as zonas de contato entre o saber indígena e outros saberes de cuidado em saúde, especialmente o conhecimento biomédico. Nesses espaços, os terenas lançam mão de possibilidades terapêuticas calcadas em distintos conhecimentos para resolverem seus problemas de saúde. Há uma “simultaneidade de tradições epistemológicas diferentes” (FOLLÉR, 2004, p.136).

O sistema de cuidado dos terenas da Terra Indígena Buriti, cuja lógica sociocultural é permeada pela intermedicalidade, revela o processo de indigenização dos serviços de saúde. É um processo “de negociação e renegociação, resistência cultural e ilustração da formação de uma identidade indígena” no uso do espaço público (oficial) de saúde (FOLLÉR, 2004, p. 144).

A cultura terena é caracterizada pela sua plasticidade, ou seja, pela capacidade da sociedade de se organizar mediante fenômenos sociais (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976). Dentre tais fenômenos, considera-se a implementação do serviço oficial de atenção em saúde nas aldeias, concretizada pela presença física das unidades de saúde e pelo agir dos profissionais indígenas e não-indígenas. Assim, a plasticidade da cultura terena tende a favorecer o processo de indigenização do sistema Polo/Posto. Esse processo foi observado em outras aldeias do país (FERREIRA, 2013) e do continente americano (BASI, 2012).

Preferir uma ou outra forma de cuidado revela a prioridade daquela prática de cuidar dentro do itinerário terapêutico de cada indivíduo. Já a seleção concomitante pela atenção médica e outros tipos tradicionais de cuidado demonstra a complementaridade das práticas.

Tais escolhas ratificam a validade, importância e efetividade do sistema oficial de atenção à saúde dentro do sistema de cuidado da comunidade terena do Buriti, juntamente com os demais tradicionais tipos de cuidado. O alinhamento da atenção oficial (biomédica) ao mesmo patamar em que estão as demais formas de cuidado reitera a ideia de indigenização do serviço oficial de saúde. Na comunidade terena, na perspectiva dos indígenas, há a complementaridade entre as opções terapêuticas no seu sistema de cuidado. O que é mais denso que a mera coexistência de tais formas de cuidado.

Os resultados revelam uma atitude ativa da cultura terena na apropriação e internalização do cuidado biomédico em seu jeito de cuidar em saúde. Há duas medicinas atuantes, a terena e a biomedicina. A primeira é balizada pela perspectiva da espiritualidade

e do conhecimento tradicional; a segunda é pautada por abordagens fisiológicas e biológicas dos problemas.

Os terenos caminham pelas duas confortavelmente. Não é possível considerar a ideia de sistemas médicos separados nas práticas de saúde do grupo estudado. Embora o conhecimento científico tenha caráter hegemônico na área da saúde, ele não é o único e tampouco dominante nas práticas de saúde (CARVALHO; LUZ, 2009).

A disciplina de antropologia assinala a incompletude da tecnologia biomédica em abarcar todos os âmbitos do processo saúde-doença (UCHOA; VIDAL, 1994). Entretanto, na atenção à saúde, coloca-se de lado a perspectiva indígena em muitas situações, apesar de elas coexistirem (GREENE, 1998).

Para compreender as opções terapêuticas e suas escolhas pelos terenos no espaço de intermedicalidade, recorremos ao Modelo Explanatório de Kleinman (1978), mostrando a articulação dos aspectos de saúde, doença e cuidado em sistemas de cuidado (KLEINMAN, 1978). O modelo considera a coexistência de múltiplos modos de cura em uma sociedade, o que reflete a perspectiva de hibridização de medicinas da intermedicalidade (KLEINMAN, 1980; GREENE, 1998).

Segundo o Modelo Explanatório, o sistema de cuidado em saúde de uma comunidade contém três arenas interconectadas, interinfluentes e parcialmente sobrepostas, nas quais os problemas de saúde são significados e tratados. Tais arenas são denominadas como *folk*, popular e profissional. Em cada arena há significados, podendo ser distintos ou não do processo saúde-doença e de sua forma cuidado, bem como da relação entre indivíduos envolvidos no cuidado (KLEINMAN, 1978; KLEINMAN, 1980).

A **Figura 23** mostra o sistema de cuidado em saúde terena à luz do Modelo Explanatório. A medicina terena e suas práticas fazem parte do âmbito *folk*. Espiritualidade e modo de vida terena correspondem à arena popular de cuidado. E o serviço oficial de atenção em saúde refere-se à esfera profissional de cuidado (KLEINMAN, 1978).

FIGURA 23 – Sistema de Cuidado em Saúde Terena à luz do Modelo Explanatório

Fonte: Kleinman (1980)

Medicina terena é umas das opções terapêuticas do sistema de cuidado terena e diz respeito à arena *folk* no Modelo Explanatório. Os participantes deste estudo retrataram em seus depoimentos significados e elementos *folk*, como o uso de ervas, a prática de parteiras e de puxadores de pernas, a benzeção e a pajelança. São práticas que resolvem problemas de cunho: familiar, como fins de relacionamentos; biológico, como a ianorte; e espiritual, como o caso da pessoa que foi incorporada por um espírito e curada pelo pajé (KLEINMAN, 1978; OBERHELMAN, 2013).

O conjunto de práticas que compõe a medicina terena é parte do jeito de cuidar de saúde de muitas populações indígenas no Brasil (PEREIRA, 2010; HELD et al., 2011), na América do Sul (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006; BABIS, 2014) e na Região do Pacífico (BRANT-CASTELLANO; READING, 2011; BASSI, 2012). Considerando as diferentes causas e conhecimentos utilizados nas opções terapêuticas tradicionais na comunidade do Buriti, a medicina terena é abordada, neste estudo, em dois âmbitos de práticas: as práticas centradas no conhecimento tradicional e as práticas centradas em aspectos místicos.

As práticas centradas no conhecimento tradicional — uso de ervas, prática das parteiras e de puxar as pernas — têm suas teorias etiológicas fundamentadas nas causas

naturais, não-místicas (LANGDON; WIİK, 2010). Os principais agentes *folk* dessas práticas são benzedores, parteiras e puxadores de perna (KLEINMAN, 1980).

Nas causas naturais, os significados atribuídos aos problemas estão no corpo e em seu mau-funcionamento. Por exemplo, entre os terenas, *o sangue grosso que predispõe a feridas, o bebê que não está na posição adequada para o parto e os membros inferiores das crianças que não estão no mesmo tamanho*. Tais problemas são tratáveis, principalmente, pelo uso de ervas, prática das parteiras e de puxar as pernas, respectivamente (LANGDON; WIİK, 2010).

Para os terenas, o uso de ervas com fins terapêuticos tem o significado de cura. É mais do que uma simples erva. Para eles, as plantas curam muitas moléstias. Em algumas sociedades não-indígenas a cura é atribuída, especialmente, ao medicamento. O uso de ervas tem papel marginal no cuidado em saúde. A potencialidade do uso de chás muitas vezes está reduzida a poucas funções, como calmantes. A racionalidade biomédica, como parte cúmplice da colonização europeia e das sociedades capitalistas atuais, contribui para permitir que as pessoas não percebam que muitos fármacos são produzidos, também a partir de plantas (GREENE, 1998).

Sociedades indígenas e não-ameríndias de várias partes do mundo utilizam plantas medicinais como uma forma eficaz e complexa de cuidado. Tais como, do Paquistão (ULLAH et al., 2014), Índia (SHARMA et al., 2014), Bolívia (BABIS, 2014) e Brasil (HELD et al., 2011; DA MATA et al., 2012), bem como de outros países das Américas (MONTENEGRO; STEPHENS, 2006; CLEMENTE, 2007), da África (MIGIRO, 2015) e da Ásia (CHANDER et al., 2014; ISLAM, et al., 2014).

Comprovadamente eficaz por essas populações, que testam essa prática há séculos (BECKER et al., 2009; DA MATA et al., 2012), o uso de plantas também é uma questão complexa, já que exige conhecimento e técnicas específicas para cada problema. Exemplos são o uso de ervas constante na bebida tereré para prevenção de doenças, o uso da casca da planta aroeira para fratura óssea e a ingestão de determinado chá para bronquite.

Como acontece na comunidade Enawene-Nawe da Amazônia Meridional (SANTOS; ANTONINI, 2008), o conhecimento sobre as ervas medicinais, incluindo o saber sobre as espécies, formas de manipulação, de preparo dos remédios e modo de uso, é mantido em sigilo pelos terenas. Os principais detentores desse saber são idosos, que repassam as informações aos membros das famílias. A transmissão desse conhecimento é realizada durante a coleta das plantas na mata e quando preparam os remédios, longe e/ou em suas casas.

Tais aspectos revelam a centralidade que o uso de ervas possui no sistema de cuidado em saúde terena e em seu próprio modo de vida. Essa questão remete à

importância do território, incluindo a garantia da terra em que há abundância de ervas na vegetação. Apesar da redução de seu território e do desmatamento das florestas circundantes, os terenas buscam manter essa prática de cuidado intensa em sua cultura.

A prática das parteiras foi menos observada e mencionada nas entrevistas do que o uso de ervas. É realizada por mulheres que tem conhecimento e experiência em realizar partos. Todavia, atualmente, a principal atividade das parteiras é realizar o acompanhamento da gestação das terenas. E, apesar disso, boa parte das gestantes terenas realiza pré-natal no sistema oficial de saúde na comunidade. A maioria das mulheres nas aldeias rurais e urbanas tem parto hospitalar. Realidade similar à da comunidade da etnia Yawanawa do Acre, Brasil e do Peru (GIL, 2007).

A prática de puxar as pernas é uma técnica de manipular o corpo para corrigir algum problema, que no caso é o tamanho desigual dos membros. Neste estudo, ficou claro que as crianças são as principais vítimas desse problema de saúde. Após alguma queda, a perna da criança pode sofrer alteração no tamanho. Sintomas como febre e inchaço abdominal podem surgir e até causar a morte, caso o problema não seja solucionado.

Praticantes do sistema de cuidado dos indígenas Mundkuru da aldeia Kwatá, denominados “pegadores de dismintidura e rasgadura”, têm atuação semelhante aos puxadores de perna terenas. Tratam de problemas ósseos e musculares (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIIK, 2010). Pernas curtas parecem se tornar um problema desconhecido para os profissionais do sistema Polo/Posto.

As práticas centradas em aspectos místicos envolvem a realização de rezas e pajelança. Os principais praticantes *folk* são denominados como benzedores, curandeiros e pajés (KLEINMAN, 1980). As explicações etiológicas imputadas aos problemas de saúde pelos participantes, nesse âmbito de cuidado, constituem uma combinação de causas místicas e naturais (LANGDON; WIIK, 2010).

Um exemplo é o quebrante, que é ocasionado por uma admiração exacerbada de alguém pela beleza de uma criança, tendo como consequências sintomas corpóreos sentidos pela vítima; nesse caso a criança. Dessa forma, a benzeção constitui-se como o principal recurso para o tratamento (LANGDON; WIIK, 2010).

A realização de rezas ou benzeção pelos terenas incorpora, frequentemente, o uso de ervas. Tal situação é comum nas aldeias do norte ao sul do Brasil, como os indígenas das etnias Yaminawa e Enawene-Nawe da Amazônia (SANTOS; ANTONINI, 2008). Essa combinação de práticas é habitual também entre as tribos de outros países, como do Kenya, na África (MIGIRO, 2015) e da Bolívia (BABIS, 2014), Nova Zelândia (TUKUITONGA, 2015) e Canadá (KURTZ et al., 2014), nas Américas. As gestantes kaxinawás, do Alto Juruá, Região Amazônica, também recorrem às rezas em seus pré-natais (FERREIRA, 2013).

A partir das realidades descritas pelos estudos citados, é possível perceber a prática da benzeção mais intensa em locais mais distantes de grandes centros. A realidade observada da comunidade do Buriti, localizada próxima a centros urbanos, apresenta características diferentes. Muitos terenas mencionaram em suas entrevistas que reconhecem a atuação do benzedor nas aldeias, mas que não buscam este tipo de atividade por causa da religião. Alguns desses indígenas referiram que o benzedor é mal. Ideia destoante da maioria dos ameríndios entrevistados, que atribuíram ao agir do benzedeiro um caráter caridoso e benéfico.

Há o reconhecimento do agente de cuidado (benzedor), mas sua prática não é validada por boa parte da comunidade. Considerando que as rezas são entendidas pelos terenas como opção terapêutica, pode-se considerar que há duas lógicas que delineiam este tipo de cuidado: a lógica cristã e da medicina tradicional indígena. A intermedicalidade (FOLLÉR, 2004), nesse âmbito, existe e expõe certa tensão entre tais modos de cuidado, que atravessa todo esse conjunto de práticas da medicina terena.

A prática xamânica dos indígenas mundurucus do Rio Canumã, Região Amazônica, possui especialistas semelhantes à medicina terena. São eles: parteiras, “pegadores de dismintidura e rasgadura”, benzedores e curadores, com sinônimos pajé e espiritista (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIIK, 2012).

Na Terra Indígena do Buriti há também pajés que praticam a pajelança, que se refere a ditos, preces e cantos entoados para solucionar problemas de diversos âmbitos da vida da pessoa e da comunidade. Os agentes *folk* foram denominados pelos respondentes como pajés, feiticeiros, curandeiros ou purungueiros.

Há uma heterogeneidade de teorias que buscam explicar o xamanismo. Paradoxalmente, há um conceito amplo e flexível, diante da multiculturalidade e historicidade indígena. É preciso assinalar qual conceito de xamanismo se adota (LANGDON, 1996). O conceito de xamanismo, neste estudo, está alinhado aos pressupostos da teoria etiológica (causas místicas e naturais) (LANGDON; WIIK, 2010) já abordados na discussão.

O xamanismo terena da comunidade Buriti inclui a relação com espíritos responsáveis pelos animais, segundo estudos antropológicos de Oliveira e Pereira (2012). Os xamãs recebem a sabedoria dos animais sobre como cuidar dos doentes e fórmulas de remédios. Os espíritos protetores vivem nas proximidades de cachoeiras e morros rochosos, bem como na mata. No entanto, os xamãs (conhecidos como pajés na sociedade ocidental) encontram dificuldade na sua prática, pois esses lugares estão fora da Terra Indígena Buriti (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012).

A redução drástica das terras antes ocupadas pelos terenas teve forte impacto na medicina terena, especialmente na prática da pajelança. O acesso aos locais onde os

espíritos controladores da vida vivem foi limitado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). Essa conjuntura expõe o fenômeno da redução do número de pajés, feiticeiros, curandeiros e benzedores na Terra Indígena Buriti. Como referido, os terenas utilizaram diferentes termos, pajés, feiticeiros, curandeiros e purungueiros, para denominarem o praticante responsável pela pajelança.

Diferentemente do que foi relatado sobre o que acontece na benzeção, em que muitos indígenas, especialmente os evangélicos, reconhecem a existência dos benzedores, mas não os procuram. O *status* do pajé perdeu força/expressividade na sociedade contemporânea terena do Buriti. O fato de muitos membros da comunidade serem evangélicos pode interferir na visão da pessoa responsável pela pajelança como um quase pajé, daí utilizar outras denominações como curador e purungueiro.

Há uma mudança simbólica no mundo percebido dos terenas. A experiência interna subjetiva (lógica cristã) influencia a experiência externa (denominação do praticante da pajelança) e vice-versa, com repercussões no reconhecimento por parte da comunidade dos símbolos da figura e do *status* do pajé. É possível apreender sua ressimbolização no mundo de significados terena, com consequente deslocamento, mudança e até apagamento desse elemento na cultura nativa (GEERTZ, 2008).

A ressimbolização da figura e *status* do pajé, na atual sociedade terena do Buriti, foi influenciada também pelo processo histórico de colonização e usurpação de suas terras que culminou com a desarticulação social da comunidade. Exemplos disso foram a Guerra do Paraguai e, posteriormente, a construção da ferrovia e telégrafos, que ocasionaram a perda de posse de suas terras e muitas mortes terenas na região. Nesse período, foi criado o Serviço de Proteção ao Índio para intervir nas demandas indígenas no país (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1968; AZANHA, 2001; VARGAS, 2003).

A intervenção do SPI também impactou diretamente na organização social terena, com a introdução do termo e papel do cacique. A função de administrador político era também do pajé. Podemos inferir que o novo *status*, de cacique, impactou na diminuição do papel e influência do pajé na comunidade. A seguinte narrativa corrobora esta ideia:

Eu não sei, mas deve existir (pajé). Quem fala com a gente é o cacique [...] Antigamente, existia pajé, mas agora não existe mais, porque o pajé era mesmo um cacique, benzedor (E.27; Indígena; Agente Saneamento).

Como referido pelos participantes, os feiticeiros eram poderosos e agiam com bondade e crueldade. Esse aspecto causava consternação a muitas famílias, especialmente àquelas vítimas de ações intempestivas dos feiticeiros e seus guias (entidades espirituais). Exemplo deste tipo de ação é a história do cacique, cujos irmãos crianças foram mortos por

uma feiticeira, pois ela e seu guia entenderam que o pai dos garotos não quis emprestar uma égua.

Pode-se interpretar, nesse contexto, que o cristianismo foi significado pelos terenas do Buriti como uma alternativa à ação desumana de guias feiticeiros, que também eram pajés, para exercerem sua espiritualidade.

O depoimento do pajé, sobre sua péssima conduta influenciada por certos guias, ratifica o significado atribuído pelos terenas de que certos pajés, os feiticeiros, poderiam ser maldosos. O depoimento de um participante sobre a conversão dele e de seu irmão após a decepção da morte de sua mãe, possivelmente, entendida por eles como “injusta”, reitera a ideia paradoxal de desumanidade da prática dos feiticeiros e de humanidade, reiterada pela ideia de amor ao próximo, pregada pelo Cristianismo. Como consequência, muitos cristãos, conforme as entrevistas deste estudo, não reconhecem mais a figura do pajé. Vale ressaltar que o cristianismo foi apropriado de maneira particular pela cultura terena (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976), como discutido adiante.

O fenômeno da redução do número de pajés também foi influenciado pelo processo de medicalização dos problemas de saúde (TESSER, 2012), facilitado pela redução das áreas territoriais indígenas. Como referido, a limitação das terras diminuiu a disponibilidade de plantas e florestas para os terenas realizarem suas cerimônias religiosas. Concomitantemente, os terenas estreitaram a proximidade com a sociedade envolvente e, assim, obtiveram acesso à educação e ao modelo de vida purutuyé.

Além disso, com o estabelecimento do serviço oficial de atenção à saúde, a oferta de medicamentos dentro das aldeias aumentou substancialmente. Nessa conjuntura, pressupostos do modelo biomédico, que medicaliza os problemas sociais (FERREIRA, 2013), também foram internalizados pelas comunidades do Buriti. Esse conjunto de fatores contribuiu para que os nativos buscassem alternativas, além da medicina terena, para solucionar os problemas de saúde e recorrendo menos à pajelança.

As formas de cuidado em saúde espiritualidade e o modo de vida terena correspondem à arena popular do Modelo Explanatório de Kleinman (1980). A espiritualidade é representada pela fé do terena em Deus (KLEINMAN, 1978; OBERHELMAN, 2013). A **espiritualidade** é uma característica marcante na comunidade da Terra Indígena do Buriti.

Os resultados deste estudo apontam que a espiritualidade é exercida sob diferentes formas, benzeção, pajelança, oração e vida religiosa. A fé do terena em Deus, concretizada pela oração, permeia a prática de pajés, benzedores e de religiosos católicos e evangélicos (LANGDON; WIIK, 2010).

Não é atual a função de cuidado em saúde exercida pelas religiões. Porém, é importante salientar os limites no conceito de religião adotado (SCOPEL; DIAS-SCOPEL; WIJK, 2012). Entendemos religião como:

Um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (GEERTZ, 2008, p. 67).

Neste estudo, muitos participantes terenas afirmaram o respeito às diferentes religiões. O fundamental, para eles, é a fé em Deus e a oração. O próprio pajé ressaltou que frequentou distintas religiões. Tais dados refletem a forte espiritualidade do povo terena da comunidade Buriti. Esse aspecto revela a motivação, uma necessidade terena em exercer essa espiritualidade.

Podem ser elencados três principais eventos históricos que impactaram mudanças no sistema de significados terena no que concerne à prática de sua espiritualidade. São eles: 1) o contexto histórico de colonização por meio também da catequese cristã dos índios; 2) o desmantelamento da organização social terena que colocou a comunidade em contato contínuo com o modo de vida da sociedade envolvente, inclusive religiões cristãs; 3) a frustração da população que entendia o agir de muitos feiticeiros como cruel e impetuoso (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976).

Para Geertz (2008, p. 67), “o homem tem uma dependência tão grande em relação aos símbolos e sistemas simbólicos a ponto de serem eles decisivos para sua viabilidade como criatura”. Nessa perspectiva, os fatores históricos mencionados, ao impactarem o sistema simbólico espiritual, contribuíram para uma inquietação profunda na sociedade terena sobre o desenvolvimento de sua espiritualidade. Estabeleceu-se em certo momento da história terena, a disposição para a descentralização da prática da espiritualidade da religião tradicional indígena para o cristianismo.

No âmbito da espiritualidade, os símbolos, que são estabelecidos como religiosos, são os mesmos símbolos pertencentes ao arcabouço da cosmologia. O que muda é a disposição para o entendimento de cada símbolo dentro de um sistema simbólico, que pode ser religioso cristão, cosmológico ou secular, dentre outros (GEERTZ, 2008).

A “aura de fatualidade” das religiões cristãs possibilita a permanência desses sistemas de símbolos religiosos como principal prática de espiritualidade da comunidade, como apontado pelos participantes e observado durante o período de coleta de dados.

Como exemplo de “aura de fatualidade”, podemos mencionar os casos relatados pelos participantes de cura de problemas de saúde obtida por meio da oração e da fé em Deus. Os fatos (curas, reaproximação familiar) propulsionados por essa fé retroalimentam a

motivação terena em exercer sua espiritualidade por meio, especialmente, da religião cristã (GEERTZ, 2008).

Os indígenas Xokleng de Santa Catarina passaram por transformação semelhante na prática de sua espiritualidade. Os fatos/experiências que corroboraram inicialmente para a permanência do cristianismo entre os Xokleng foi a autonomia política e histórica, que o estabelecimento político-religioso unificado da corporação evangélica significou para a comunidade (GEERTZ, 2008; WIIK, 2010).

A maioria da população indígena do nordeste da Índia também tem o cristianismo como principal religião. Apesar disso, boa parte da comunidade recorre à medicina indígena para cuidados em saúde. Os terenas do Buriti também recorrem à medicina indígena, de cunho cosmológico, como uma opção terapêutica, embora refiram seguir a religião cristã (ALBERT et al., 2015).

Nas aldeias terenas da região de Aquidauana, Mato Grosso do Sul, os evangélicos e católicos recorrem aos xamãs. Eles apropriaram, adequaram e ressimbolizaram elementos externos ao xamanismo terena, como, por exemplo, o uso da imposição das mãos pelos curandeiros que alude à prática evangélica (ACÇOLINI, 2012). Na terra Indígena Buriti, a imposição das mãos é realizada nos rituais do pajé e benzedeiros, como por religiosos, que impõem as mãos em quem recebe suas orações, como expressado no seguinte depoimento: “Ela (missionaria) ora. Ela ora assim, com a mão” (E.14; Indígena; Comunidade).

A espiritualidade dos terenas da Terra Indígena Buriti não é exercida exclusivamente por meio do cristianismo. Como mostrado nos resultados deste estudo, as práticas centradas em aspectos místicos e sobrenaturais são importantes atividades dos indígenas, não apenas para resolução de problemas de saúde, mas também como um sistema de símbolos de arcabouço cosmológico. Isto é, não há exclusão da religião terena tradicional da cultura nativa, mas a coexistência, em maior ou menor grau, de dois ou mais sistemas de símbolos no âmbito da espiritualidade (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1976). As diferentes formas pelas quais os terenas exercem sua espiritualidade são convergentes com o conceito de intermedicalidade (FOLLÉR, 2004).

A referência pelos participantes de que a fé e a oração constituem uma importante opção terapêutica revela a noção integrada de corpo, espírito, indivíduo e coletividade terena. Isto é, entender a espiritualidade, como forma de cuidado, reitera a percepção terena sobre o processo saúde-enfermidade, que inclui aspectos físicos, psíquicos, espirituais e familiares.

A espiritualidade como maneira de cuidado em saúde também tem caráter de intermedicalidade, que é evidenciada pela associação da crença no poder de Deus ao uso das ervas para recuperação do doente. A intermedicalidade também é observada no serviço

de atenção à saúde, quando a fé interfere no uso do medicamento como demonstrado nos resultados (FOLLÉR, 2004).

A forma de cuidado compreendida pelo **modo de vida terena** corresponde à arena popular do Modelo Explanatório de Kleinman (1980). O saber no espaço popular não é profissional nem especialista. No caso terena, a principal figura do cuidado é a mãe. O modo de vida do terena tem sido expressado pela centralidade na família, que inclui o amor como potencializador das relações de cuidado, e pela preocupação com higiene pessoal e ambiental (KLEINMAN, 1978; OBERHELMAN, 2013).

No cuidado com a centralidade na família, a figura materna foi entendida pelos participantes terenas como a responsável pelo cuidado da família. Esse aspecto é convergente com o conceito de Kleinman (1980), de que é na arena popular que acontece o reconhecimento do tipo de problema e a decisão de qual opção terapêutica buscar mediante o problema de saúde.

Normalmente, nas sociedades indígenas, a mulher é cuidadora da família (mãe e/ou avós), quem decide se o seu familiar deve tomar algum medicamento, fazer uso de um chá, de reza e/ou fazer alguma oração frente algum problema de saúde (MAHONEY; EGBRETSON, 2000). Além disso, os idosos reconhecem o problema de saúde e sugerem, por exemplo, o tipo de erva a ser usada (MAHONEY; EGBRETSON, 2000).

Os terenas valorizaram a prevenção de doenças por meio de orientação aos filhos sobre cuidado em saúde. Essa função é dos pais e responsáveis pela família. Os indígenas entrevistados mencionaram que buscam informações em ações educativas promovidas pelos profissionais de saúde. Esse contato, de educação em saúde, favoreceu os terenas da Terra Indígena Buriti agregarem conceitos biomédicos na sua vida doméstica.

A seguinte narrativa exemplifica esta questão: “Apesar de que devido a genética contraímos algumas doenças, a questão de orientação (em saúde) é importante, a minha família cuida através da prevenção e procura participar das palestras” (E.5; Indígena, Comunidade).

O uso da palavra “genética”, termo científico e biomédico de abordagem do corpo, sinaliza a coexistência de medicinas híbridas (intermedicalidade) também no cuidado centrado na família. Os terenas recorrem ao conteúdo sobre cuidado em saúde que receberam historicamente, que inclui o saber indígena e o conhecimento biomédico adquirido por meio do contato com o sistema oficial de saúde e com a sociedade envolvente (FOLLÉR, 2004).

A preocupação terena com a higiene pessoal e do ambiente revelou dois importantes aspectos. Primeiro, a importância da integração entre corporalidade e local no qual se vive, a terra, embutida no significado atribuído ao processo saúde-enfermidade pelo terena. Segundo, o processo histórico civilizador do indígena, em que o higienismo, sua

ideologia e práticas serviram como pano de fundo para expressão de um sistema simbólico de dominação de corpos em conjunturas democráticas atuais (DOUGLAS, 2002).

Para melhor entender a integração entre corpo, cosmos e terra revelada na preocupação terena com a higiene, aproveitamos a colocação de Febvre trazida por Le Breton (2011), para sustentar a ideia de que não se pode pensar no homem isoladamente de seu corpo na perspectiva terena. Note abaixo:

A fluidez de um mundo onde nada está estritamente delimitado, onde os próprios seres, perdendo suas fronteiras, mudam em um piscar de olhos, sem provocar qualquer objeção de forma, aspecto, dimensão ou até mesmo de reino (FEBRE, 1968 apud LE BRETON, 2011, p. 52).

A ligação entre os terenos e a terra (incluindo a natureza/ambiente onde vivem) supera fronteiras físicas, provocando uma subordinação de “todos os componentes animais, vegetais, minerais, climáticos ou humanos a veias sutis de energia, a causalidades singulares” (LE BRETON, 2011, p. 51). Há, aqui, a necessidade de cuidar do corpo e ambiente conjuntamente considerando os aspectos cosmológico, biológico, físico e espiritual que exercem influência nesse corpo-ambiente.

Podemos afirmar que há o cuidado no aspecto cosmológico ao considerar a necessidade terena em cuidar de problemas originados por causas naturais, místicas e sobrenaturais, por exemplo, os problemas de sangue grosso, mau olhado e ianorte (LANGDON; WIIK, 2012). O cuidado no aspecto biológico ao pensarmos na atenção dada pelos terenos à limitação física como problema de saúde, principalmente, a dor, que os leva à unidade de saúde à procura por medicamento e atendimento médico. O cuidado no aspecto físico ao considerarmos a preocupação com a higiene do corpo e onde esse corpo é abrigado, que é a casa e o ambiente onde se vive, a terra. E o cuidado no aspecto espiritual, ao tomarmos a necessidade do tereno em exercer sua espiritualidade para resolver diversos problemas de sua vida, inclusive de saúde, como no tratamento da rendidura e bronquite.

Há o que Le Breton (2011) denomina de sujeição da pessoa à uma totalidade social e cósmica, as delimitações corpóreas (“da carne”) não limitam o ser individual humano. Essa questão expõe também a questão subjacente da terra como potencializadora da saúde da população terena do Buriti.

No que tange à influência do higienismo na valorização terena com a higiene do corpo e do ambiente, recorreremos à discussão proposta por Teixeira (2012) a respeito da iconografia do manual elaborado para o curso de formação de indígenas como agentes de saneamento para atuar nas aldeias. Segundo a autora, o manual é fundamentado na concepção de saneamento, o chamado “saneamento básico”, na lógica da biomedicina

higiênica. Não aborda as premissas atuais sobre saneamento ambiental, com valorização da sustentabilidade da natureza vinculada à promoção da saúde e à qualidade de vida das comunidades (TEIXEIRA, 2012).

O manual retrata imagens que expressam um índio genérico e doente, cuja doença é ocasionada pelo seu próprio comportamento anti-higiênico e sujo. Atribui-se a ele, indígena, a responsabilidade de cessar o processo de adoecimento por intermédio de mudanças em suas condutas.

Há a figura, por exemplo, do ameríndio utilizando o vaso sanitário como forma de promoção de saúde. Percebe-se, nesse contexto, uma categoria de acusação, que provoca percepções sensoriais de repulsa e nojo, tanto nos profissionais (ameríndios e não-índios) quanto nos indígenas (TEIXEIRA, 2012). A preocupação dos terenas do Buriti com água encanada e com uso de vasos sanitários, por exemplo, é similar ao ideário do manual, a valorização do saneamento básico. Observe no depoimento abaixo:

Muitas vezes o pessoal não tem um poder econômico para seguir uma regra, principalmente na alimentação, saneamento básico. Têm muitas pessoas que não tem noção de saneamento básico. Usam aquelas fossas feitas a mão, fazem aqueles buracos para fazer as suas necessidades fisiológicas, o pessoal mais humilde (E.18; Indígena; Técnico Enfermagem).

Essa narrativa traz a ideia de uma regra de saneamento básico, que torna similar o sentido atribuído à preocupação com higiene do terena como algo carregado de repulsa à quem não usa o vaso sanitário, por exemplo. O manual expressa a ideologia em que a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas está fundamentada. Há uma “configuração ideológica abrangente que tem no indígena um obstáculo a ser superado” (TEIXEIRA, 2012, p. 593). O estereótipo preconceituoso do índio sujo (RIBEIRO, 2012) é reforçado nesse contexto.

Foi possível apreender um sentido atribuído ao cuidado com o ambiente em que se vive do terena diferente do profissional de saúde, que não é indígena. Para os terenas, de acordo com as observações e entrevistas, é importante zelar pela água encanada, lavar a roupa e manter objetos que utilizam independentemente se são velhos ou não.

É importante também varrer o quintal onde efetivamente convivem. É difícil, muitas vezes, diferenciar o quintal de uma casa da área de outra moradia. Diversas vezes, na nossa percepção não-nativa, a divisão é a rua, outra casa ou alguma plantação ou mata. Alguns trabalhadores de saúde não-indígenas comentaram sobre a sujeira observada nas aldeias, outro profissional comentou inclusive sobre a aparência suja de alguns indígenas.

Recorremos a um excerto do diário de campo para exemplificar essa questão:

Hoje um dos profissionais de saúde não-indígena comentou que algumas aldeias rurais são sujas, os lixos são jogados em qualquer lugar. Observei a presença de lixo, principalmente, de embalagens descartáveis amontoadas e móveis velhos no quintal. Pelo que observei estes móveis são principalmente sofás, que as pessoas utilizam para sentar, e tanquinhos de lavar roupas velhos, mas que funcionam. Algumas pias utilizadas para lavar louças são externas e nestes locais formam poças de água na terra. A água que cai dali não tem para onde escorrer, não tem encanamento. As típicas áreas externas das casas abrigam mesas e cadeiras e/ou outros tipos de coisas, tais como fogão de lenha, roupas para serem lavadas, charretes. Tais aspectos são organizados e dispostos de maneira peculiar, a depender do olhar, pode parecer uma desorganização. Mas parece que tudo é muito funcional. Está tudo guardado naqueles locais. O quintal, se posso referir assim, a área entre uma casa e outra da mesma família, está quase sempre limpo. A sujeira varrida é amontoadada ao redor. Como não tem coleta de lixo, o mesmo fica ali amontoadado. O consumo de produtos industrializados favorece a produção de lixo que não degrada facilmente e ficam expostos no meio ambiente. Nem nas aldeias urbanas há coleta de lixo. (Diário de Campo. Setembro/2013).

Nas aldeias terenas da Terra Indígena Buriti, os lixos não-orgânicos, tais como vidros e plástico, são dispostos em valas retangulares ao redor das casas para evitar a proliferação e aproximação de insetos (baratas), animais peçonhentos (escorpiões) e ratos nas proximidades das casas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2012). Essa característica da organização do ambiente pelos terenas reforça a preocupação deles com a higiene do ambiente e reitera a ideia de que os sentidos atribuídos pelos profissionais à higiene do terena são divergentes daqueles expressados pelos próprios terenas.

Vários estudos sobre a relação entre trabalhadores de saúde e indígenas apontam que umas das principais barreiras culturais do cuidado são as diferentes percepções de higiene compartilhadas pelos profissionais e ameríndios. (LANGDON, 1999; MONTENEGRO; STEPHENS, 2006; DIAS-SCOPEL; SCOPEL; LANGDON, 2007; NOVO, 2011; HELD et al., 2011).

Ademais, o conceito de higiene envolve distintas noções morais e socioculturais, por vezes, vivenciados no âmbito do tabu. Uma conversa nessa perspectiva pode ser interpretada como uma ofensa (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012). É preciso conhecimento e diálogo entre quem cuida e quem é cuidado, para minimizar barreiras culturais (RIBEIRO; ARANTES, 2015).

O **serviço oficial de atenção em saúde** é, por si só, um espaço de intermedicalidade (FOLLÉR, 2004), uma vez que há na relação do cuidado o conhecimento dos profissionais de saúde com formação biomédica, saberes da população atendida, noções da gestão organizacional do cuidado e orientações das políticas de saúde. O sistema Polo/Posto é uma opção terapêutica do terena e corresponde à arena profissional no Modelo Explanatório (KLEINMAN, 1978).

As observações realizadas neste estudo nos permitem afirmar que o agir dos trabalhadores, especialmente os não-indígenas, é fundamentado predominantemente no saber da medicina ocidental, que é a biomedicina. A equipe, principalmente no espaço da unidade de saúde, reproduz práticas determinadas por políticas e programas de saúde, tais como o Programa Nacional de Imunização. A maioria das políticas públicas brasileiras de saúde estão assentadas no modelo biomédico (FERREIRA, 2013).

Assim, a população terena da Terra Indígena Buriti utiliza cada vez mais os recursos da biomedicina, mesmo usando outras formas de cuidado em saúde, como a medicina terena e espiritualidade. Situação semelhante é compartilhada pelos indígenas Yawanawas residentes no Brasil e no Peru (GIL, 2007). Como observado neste estudo, a utilização dos recursos biomédicos por povos indígenas é divergente do uso pela ciência ocidental (GIL, 2007; FERREIRA, 2013).

Concernente à procura pelos postos de saúde nas aldeias pela comunidade, houve diferenças entre a motivação na perspectiva do serviço e a motivação na perspectiva indígena. Entendemos motivação como:

Uma tendência persistente, uma inclinação crônica para executar certos tipos de atos e experimentar certas espécies de sentimento em determinadas situações, e essas “espécies” são habitualmente classes muito heterogêneas e mal definidas [...] Não se pode falar apenas de uma espécie de motivação chamada religiosidade (GEERTZ, 2008, p. 71).

Há mais de um tipo de motivação. Podemos, portanto, utilizar o conceito de motivação aplicado ao entendimento das motivações dos terenas em procurarem o serviço de saúde (GEERTZ, 2008). Ambos conjuntos de motivações mostrados neste estudo foram interpretados a partir das observações e das narrativas dos participantes terenas e não-nativos. A diferença entre esse conjunto de motivações está na premissa da oferta, o que vem de dentro (instituição) e o que vem de fora (população).

As motivações pela procura do serviço incluem práticas/procedimentos ofertados em qualquer unidade de saúde, indígena ou não. Elas vêm de dentro da organização do serviço de saúde. Parece-nos, por exemplo, que o exame citopatológico e o acompanhamento do Programa Bolsa Família são procurados pelos terenas porque são ofertados na unidade.

Há aqui a predominância de uma via única de atendimento, da unidade de saúde para o usuário. São ações de saúde padronizadas para toda população brasileira e não necessariamente para atender um problema dos terenas. É claro que a demanda por mais ou menos desses procedimentos são feitos pelos usuários, no caso os terenas. A inclinação crônica (GEERTZ, 2008) dos terenas em procurar o sistema Polo/Posto é gerada pela própria cartela de serviços ofertada, pensada pela organização da instituição de saúde.

As motivações pela procura do serviço na perspectiva indígena são aquelas levadas/originadas pela própria população. São problemas que os usuários levam de fora para dentro da unidade, por exemplo, a busca por melhora da dor e para conversas. Essas são necessidades produzidas, sentidas e vivenciadas pela população local. A tendência persistente (GEERTZ, 2008) do terena aqui é proveniente do próprio indivíduo, da comunidade, que significa o sistema Polo/Posto como uma opção terapêutica em seu sistema de cuidado.

No que tange às motivações pela procura do terena na perspectiva da instituição, a cartela de serviços ofertada pelo sistema Polo/Posto teve impacto direto na motivação dos usuários em buscar o serviço, como referido. Os participantes, especialmente, os usuários do serviço atribuíram o sentido de compromisso aos exames e consultas com enfermeiros e dentistas realizados nos postos de saúde. Muitas vezes mais compromisso do que uma necessidade sentida por eles. Foi possível apreender que esse significado é engendrado pelo caráter de agendamento de tais procedimentos.

Os exames são normalmente realizados fora da aldeia. Os mais solicitados são ultrassonografia, radiografia e exames laboratoriais, como hemograma. Todos esses exames são feitos na cidade por meio de agendamentos em outros serviços do SUS. Coleta de escarro, coleta de material citopatológico, teste do dedinho (pré-natal) e do pezinho (puericultura) são realizados nas unidades das aldeias. São também agendados em face do cronograma de atendimento da equipe voltante, assim como os dias de consultas de enfermagem, odontológicas e médicas.

O cronograma é uma estratégia da coordenação do sistema Polo/Posto para garantir o atendimento de médicos, enfermeiros e dentistas em todas aldeias da Terra Indígena Buriti. O quantitativo desses profissionais não é condizente com o número de aldeias. São dois médicos, quatro enfermeiros e dois dentistas para atender 11 aldeias. Eles precisam se revezar para prestar cuidado para toda a população. Além disso, as péssimas condições e o número reduzido de veículos utilizados no transporte da equipe do Polo para as aldeias pioram a situação.

Esse contexto reforça que a motivação do terena pela procura da unidade acontece na perspectiva do serviço, cujo rol de ações incluem as atividades programáticas estratégicas da atenção básica. No sistema Polo/Posto, essas incluem ações e serviços de saúde de: imunização, atenção à hipertensão arterial e diabetes, controle de tuberculose e hanseníase, bem como saúde da mulher e da criança.

A organização programática da assistência é caracterizada como programas instituídos por grupos populacionais (criança, adolescente, mulher, idoso) e por doenças de importância epidemiológica (tuberculose, hipertensão, diabetes). É definida por meio do diagnóstico de saúde da população; organização interna de atividades (consulta médica, de

enfermagem, visita domiciliar); presença de equipe multidisciplinar e estabelecimento de fluxogramas no processo de trabalho (NEMES, 1996).

“A organização programática da assistência contrapõe-se à tradição de programas verticais e planejamento normativo do Ministério da Saúde” (BURSZTYN, RIBEIRO, 2005, p. 405). No cenário estudado, parece que as ações ofertadas em saúde são planejadas e estabelecidas com base em padrões do próprio serviço (sistema Polo/Posto e DSEI) e não, predominantemente, orientadas pelas necessidades locais da população. As atividades em saúde parecem cumprir mais a função de atividades programáticas do que atender as reais necessidades da comunidade. A organização programática no sistema Polo/Posto de Sidrolândia reproduz uma lógica vertical e normativa de assistência.

Essa questão é reiterada ao tomarmos, a partir do conceito de *disease* e *illness*, os exames e consultas médicas e de enfermagem que motivaram os terenas a procurarem o serviço de saúde. Os principais exames solicitados pelos médicos, radiografia e ultrassonografia, por exemplo, expressaram tentativas de diagnóstico de problemas que afetaram o corpo biológico. O mesmo acontece com os exames realizados na unidade de saúde e os atendimentos de enfermagem acima citados. Foram tentativas de promover saúde e prevenir doenças que alteram o funcionamento do corpo biológico, seguindo o paradigma biomédico (KLEINMAN, 1988; LANGDON, 2014).

Os problemas de saúde foram abordados na perspectiva de *disease*, expressando o ponto de vista dos profissionais de saúde sobre o que é doença. Sabemos que o terena interpreta seu problema de saúde considerando aspectos cosmológicos, espirituais, de corporeidade e culturais (*illness*) (KLEINMAN, 1988; LANGDON, 2014). Esse aspecto também reitera a ideia de premissa da oferta que vem de dentro e de fora da instituição. No caso, as atividades são planejadas e ofertadas na perspectiva do serviço, composta pelas políticas norteadoras (assentadas na biomedicina), pela própria instituição e pelos trabalhadores de saúde da gestão administrativa e assistencial. Isto é, vem de dentro da instituição.

A procura do serviço de saúde pelo terena, motivado pela realização de exames e consultas com enfermeiros, dentistas e médicos, revelou aspectos do processo de medicalização da saúde. A menção por mais de um participante da comunidade da necessidade em se “fazer um *check up*”, uma expressão tecnológica e biomédica, revela a apropriação terena de uma ideia de prevenção de doença que não é tradicionalmente indígena.

Para Foucault (2008), o higienismo é uma forma de regular as cidades, de orientar a vida moderna segundo normas de saúde e de vida. A medicina tem papel central como criadora de subsídios para formulação de tais regras (FOUCAULT, 2008).

Illich (1975) descreve a medicalização da sociedade como imperialismo médico. A partir da noção de iatrogênese, *iatros* (médico) e *genesis* (origem), discute a nova epidemia de doenças causadas pela medicina (ILLICH, 1975). Já para Conrad (2007), a essência da medicalização está na nomeação, descrição, entendimento e tratamento de um problema conforme a linguagem, racionalidade e intervenções médicas. A mídia tem papel fundamental nesse processo (TESSER, 2012).

Como evidenciados neste estudo, a valorização da higiene, a influência da mídia (canais de televisão e *internet*) para manutenção de hábitos de vida saudáveis (alimentação) e a própria presença de unidades de saúde, com valorização de procedimentos e tratamentos biomédicos, colaboraram para o processo de medicalização da sociedade terena do Buriti. A narrativa abaixo é um exemplo de medicalização de saúde.

Eu acho que para ter certeza (sobre algum problema saúde) a gente tem que ter um *check-up* do nosso corpo com médicos especializados, exames para gente saber. Muitas vezes, eu penso eu nunca vou saber se eu estou saudável, porque eu não faço exames, muitas vezes, eu tenho que fazer e me preocupar com a minha saúde (E.31; Indígena; Comunidade).

Essa valorização de exames para se sentir saudável e a preocupação em não fazê-los frequentemente para atestar que não está doente são características da medicalização que exacerba medos e crenças, bem como enfraquece saberes e potencialidades populares (TESSER, 2012).

Resoluções para “casos que a gente não consegue resolver” constituem uma das motivações para os terenas procurarem a unidade de saúde. São problemas não tratáveis pela espiritualidade ou medicina deles. Esse aspecto apoia a ideia de complementaridade entre o serviço social de atenção e as demais opções terapêuticas. Essa característica do sistema de cuidado em saúde terena reitera seu caráter de intermedicalidade.

Febre, dor, gripe, tosse, falta de ar, virose, pontada (pneumonia) e complicações do diabetes são exemplos de casos que os terenas referiram não conseguir resolver. Percebemos, nesses problemas, aspectos mais concernentes a problemas biológicos, o que remete à percepção de *disease*. Os terenas podem utilizar estes termos que aludem a questões biológicas por estarem no âmbito da unidade de saúde, no âmbito da esfera profissional.

Diante disso, referiram-se e entenderam seus problemas na perspectiva profissional de *disease*. Considerando tais aspectos, não há muitas possibilidades no serviço de saúde de os terenas expressarem suas doenças em todo seu processo significativo, *illness* (KLEINMAN, 1988; LANGDON, 2014).

O sentido atribuído pelos participantes à dor é de um sintoma grave e importante; é também o mais indicativo de que é necessário procurar atendimento médico, sobretudo

entre os adultos. O que é convergente com a perspectiva apresentada pelos participantes do que é o processo saúde-enfermidade, em que a dor é mencionada como um dos principais sintomas de enfermidade.

Os resultados mostram que a questão da dor tem um significado basal nas motivações do terena em procurar o posto de saúde. Diferentemente, de indígenas da América do Norte, que apresentam relutância em reportar sua dor aos profissionais do serviço de saúde (STRONG et al., 2015). Entender o **fenômeno da dor** na comunidade da Terra Indígena Buriti é importante na compreensão da intermedicalidade do sistema de cuidado terena.

Os profissionais de saúde não-indígenas mostraram em suas entrevistas certa incompreensão em relação a queixa de dor manifestada pelos terenas. Esses trabalhadores relataram não encontrar uma correspondência anatomo-fisiológica para dor referida. O significado de dor para eles foi divergente dos terenas. A dor é uma sensação e experiência humana que abrange domínios biológicos, afetivos e culturais (PEREIRA; ZAGO, 1998; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011). Crenças e valores das pessoas influenciam a sua sensação de dor, tais como medos e o uso de tratamentos complementares no manejo da dor. A percepção de dor também é determinada por questões étnicas (STATON et al., 2009).

Para os profissionais de saúde entrevistados, entretanto, é fundamental encontrar uma relação fisiológica para compreender o que a dor significa no quadro clínico do paciente. Embora seja o primeiro sinal de qualquer lesão tecidual (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011), “a fisiologia, por si só, não consegue explicar as respostas do indivíduo à dor” (PEREIRA; ZAGO, 1998, p. 151).

Segundo as entrevistas com os participantes e as observações, a dor tem um significado sociocultural para o terena. Isto é, o sentido de dor revelado aqui é de uma dor do corpo que existe no contexto sócio cultural. Ambos se constituem uma única realidade (SARTI, 2001). Esse aspecto reitera o significado de integração entre corpo, cosmos e terra mostrados na preocupação terena com a higiene do corpo e do ambiente. Nota-se aqui uma significação da dor levada à unidade com o sentido de *illness* (LANGDON, 2014). O seguinte excerto ilustra esta questão.

Alguns estão vivendo um problema de saúde, uma dor de cabeça, uma pressão alta. Isso daí já é caso de família, discutiu com o pai, está preocupada com o filho. Eles contam, se você conversar, parar e sentar e falar com eles, conversar devagarzinho com eles, eles contam (E.22; Indígena; Técnico Enfermagem).

Os terenas e trabalhadores de saúde não-indígenas atribuíram significados distintos à dor. Os nativos entendem dor como um processo sociocultural e os trabalhadores atribuem à dor características biológicas. O que justifica a falta de compreensão do

profissional em relação às queixas trazidas no atendimento, médico especialmente. Durante as observações das consultas médicas era recorrente o retorno por mais de uma vez de diversos pacientes devido às queixas de dores, mesmo depois da realização de exames e prescrição de medicamentos. Nesses casos, era comum o médico realizar encaminhamentos para especialistas.

A procura por medicamento foi outro motivo pelo qual os terenas buscaram o serviço de saúde. Os resultados deste estudo mostraram um **processo maciço do uso de medicação**. Geertz (2014, p.54) afirma que o entendimento do fato maciço de uma particularidade cultural de uma sociedade é possível “sem se tornar menos diferente; ou ainda, que (da mesma) maneira o extremamente distante pode tornar-se extremamente próximo, sem estar menos distante”. Ou seja, segundo o autor, é possível traduzir a “imagem da vida real de uma sociedade” a ponto de se deparar com “um dos mistérios importantes da vida cultural humana: como é que as criações de outros povos podem ser tão próximas a seus criadores e, ao mesmo tempo, e tão profundamente, uma parte de nós” (GEERTZ, 2014, p.59).

O uso do medicamento é um dos símbolos mais marcantes de intermedicalidade na aldeia. O uso elevado de medicamentos evidenciado na sociedade terena significa a presença e a dependência da medicina biomédica por parte dos indígenas. A população brasileira não-indígena também vivencia alto consumo de fármacos influenciada pelo processo de medicalização (TESSER, 2012). O fato maciço do uso de medicação entre os terenas da Terra Indígena Buriti, ao passo que é semelhante ao contexto cultural não-indígena, apresenta peculiaridades históricas e culturais exclusivamente indígenas de apropriação do uso de fármacos em seu cuidado em saúde.

A referência ao elevado consumo de medicamento precisa, também, ser contextualizada considerando-se a redução nas terras terenas com limitação dos recursos naturais para praticarem a medicina tradicional. Esse aspecto reflete o processo de redução do número de pajés. Ambas situações são também atravessadas pela questão da posse de terras. Ademais, a oferta da atenção básica nas unidades pautadas em conceitos biomédicos também contribuiu para os terenas aderirem cada vez mais ao uso de fármacos.

Na medicalização que a sociedade vem vivenciando, a disponibilização de medicamentos passa a fazer parte da vida das pessoas e causar-lhes dependência. Situações, experiências, comportamento e características das pessoas são reduzidos a problemas de saúde. Essa medicalização da vida causa dor, sofrimento de maneira progressiva e totalizadora. O uso do medicamento é indispensável para minimizar esse sofrimento. Todavia, obtém-se o alívio da dor e não o tratamento de sua causa (ILLICH, 2003).

O que presenciamos nas aldeias terenas é muito semelhante. Os participantes da comunidade relataram, em suas entrevistas, e os profissionais reforçaram, em suas narrativas, que os terenas indicam e compartilham experiências de sucesso do tratamento medicamentoso entre familiares e amigos. Por exemplo, para casos de cefaleia, eles preferem o analgésico dipirona ao paracetamol. Na medida em que novas histórias de tratamento medicamento são compartilhadas, o saber terena de como utilizar medicamento é construído. Eles podem encontrar medicamento com mais facilidade na unidade de saúde.

O processo maciço do uso de medicamento entre os terenas da Terra Indígena Buriti não significa que a população deixou de fazer uso de sua medicina tradicional ou desacredita de seus valores e crenças culturais. Langdon, em entrevista realizada por Becker e colaboradores (2009), reiterou que os ameríndios e não-indígenas buscam seu bem-estar e têm suas tomadas de decisões fundamentadas em expectativas e experiências com os fármacos e seus efeitos. Todos agem conforme o funcionamento do corpo e das opções terapêuticas (BECKER et al., 2009).

Segundo os participantes da comunidade e os profissionais, o uso do medicamento é realizado para alívio do sofrimento, que para os terenas, é expressado especialmente pela dor. Nessa perspectiva, para eles não importa a patologia diagnosticada, mas a experiência de adoecimento e como o corpo deles reagem ao tratamento do problema. Essa questão causa discordância entre os profissionais e usuários. Os trabalhadores, principalmente os não-indígenas, esperam que os indígenas sigam a prescrição do tratamento médico. Dessa maneira, os terenas utilizam o medicamento até sentirem que estão bem; ou seja, até a cessação dos sintomas e não conforme a prescrição. Esse contexto revela uma distância das práticas do serviço de saúde da realidade de adoecer e cuidar dos terenas.

O significado atribuído pelos participantes terenas ao uso de medicamentos revela que eles tomam o medicamento de maneira semelhante ao uso de plantas medicinais. A similaridade em guardar os medicamentos para tê-los acessíveis quando necessários, como acontece ou acontecia com as ervas, é um símbolo da apropriação terena do medicamento. O que reitera que o sistema de cuidado terena é atravessado pela intermedicalidade.

Os indígenas levam suas percepções sobre o processo saúde-doença-cuidado para os espaços do sistema Polo/Posto, conduzindo saberes e práticas dos serviços oficiais de saúde para sua vida doméstica. A facilidade em obter medicamentos nos postos e a dificuldade em obter plantas influenciada pela redução de suas áreas territoriais são fatores que contribuem para o processo maciço do uso de medicação da sociedade terena das Terras Indígenas Buriti.

Conversar é outro aspecto que motivou os terenas a procurarem o posto. Como mencionado neste capítulo, as conversas entre os profissionais indígenas e os usuários

refletem o processo de indigenização do serviço. O diálogo é valorizado pelo terena como um aspecto importante e necessário da atenção, algo peculiar dos encontros do cuidado.

Buscamos interpretar os aspectos dos **encontros e desencontros do cuidado** entre profissionais e terenas à luz do conceito de *cultural safety* (BAKER, 2013). O vínculo, confiança, diálogo e agir dos profissionais são elementos que contribuem para a construção de um cuidado culturalmente apropriado. Isto é, um espaço físico (ambiente) e relacional em que o usuário se sinta seguro para expor suas necessidades e participar na construção do seu cuidado.

O significado atribuído ao vínculo pelos terenas é convergente com o conceito estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Vínculo é um dos princípios norteadores da atenção primária à saúde e consiste:

Na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2011, p. 4).

Para os participantes, o sentido de vínculo terena envolve exatamente a questão da confiança e responsabilização dos profissionais para com os usuários, que inclui uma abordagem holística do indivíduo, família e comunidade (BRASIL, 2011). A narrativa de um trabalhador indígena ressaltou essa questão. Ele referiu que no cuidado é preciso abordar “o convívio com o pessoal da sua casa, com os vizinhos” (E.1; Indígena, Técnico de Enfermagem).

Além disso, diversos estudos evidenciaram que a confiança é elemento fundamental nos relacionamentos entre profissional de saúde e indígena (FOLLÉR, 2004; DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; RIBEIRO; ARANTES, 2014; RIBEIRO; FORTUNA; ARANTES, 2015).

Os indígenas entendem as relações humanas como “uma situação onde a troca social não é mediada por objetivações materiais como as que caracterizam as economias do dom ou da mercadoria” (VIVEIRO DE CASTRO, 1996, p.130). No caso terena, a atenção prestada no serviço de saúde também deve considerar a realidade cultural e as necessidades locais da comunidade. Ou seja, extrapolar o que é estabelecido pela organização programática assistencial.

O depoimento de um trabalhador exemplifica este aspecto: “entender como é o cotidiano deles, tem que não está ali só por estar [...] Você está ali e você tem que tentar mostrar para eles que você não vai discriminar eles lá fora (da aldeia)” (E.6; Não-Indígena, Enfermeiro).

Essa narrativa revela que é preciso envolvimento coerente e ético com o indígena. Não basta apenas desenvolver as atividades programáticas da unidade, o indígena necessita sentir-se seguro; que ele é respeitado por aquele profissional em qualquer lugar (BRASIL, 2011). Isso porque os terenas têm um histórico de subsunção, exploração e discriminação na sociedade envolvente. O profissional precisa estar atento a este aspecto.

Nota-se, na narrativa do enfermeiro, a sensibilidade cultural que o possibilita reconhecer possíveis tensões culturais no atendimento de povos indígenas, no qual valores nativos e preconceitos de uma sociedade com valores eurocêntricos são confrontados. O profissional percebe também que tais tensões podem acontecer dentro e fora do ambiente de trabalho. Por meio dessa sensibilidade, o enfermeiro percebeu que essa realidade pode ter impacto no outro, no terena (BAKER, 2009). E, portanto, segundo seu depoimento, é preciso agir com respeito e ética. É preciso ser coerente e exercer reflexão de sua práxis enquanto trabalhador e pessoa (FREIRE, 2011).

A sensibilidade cultural de alguns profissionais, vínculo, responsabilização e confiança que perpassam o encontro do cuidado refletem aspectos de atenção culturalmente adequada. Isto é, nesses momentos do cuidado, o terena se sente seguro para expressar suas necessidades, que incluem problemas biológicos, cosmológicos, espirituais, familiares, comunitários e ambientais (BIDZINSKI, 2013). Tal como na situação registrada no diário de campo apresentada nos resultados.

Nesse caso, o enfermeiro, com uma postura empática e de responsabilização, transmitiu confiança para que a terena se sentisse segura em contar seu problema familiar. O enfermeiro deu atenção à pessoa que estava com a pressão arterial alterada e não somente ao problema da hipertensão. Ele entrevistou com diálogo e escuta. E o desabafo da indígena amenizou sua própria angústia.

Esse caso descrito no diário de campo, neste estudo, mostra um processo comunicativo enfermeiro/paciente que retrata o encontro do cuidado. De forma simples, sem utilizar termos médicos e com uma linguagem não-verbal, o enfermeiro prestou toda sua atenção à terena.

Não se preocupou em registrar ou dar prosseguimento ao protocolo de atendimento enquanto a mulher lhe contava seu problema. O enfermeiro a apoiou e não disse qualquer palavra de julgamento. Pelo contrário, ele respeitou a paciente ao demonstrar compreensão pelo problema familiar (sobrecarga em cuidar sozinha da mãe doente) e fez colocações que pareceram fazer sentido para a mulher, tais como: a sugestão em conversar com a família para compartilhar de outra maneira o cuidado da mãe doente. O profissional também reconheceu o esforço da mulher em cuidar da mãe. Nessa descrição, reconhece-se os pressupostos do cuidado na perspectiva do conceito *cultural safety* (NAHO, 2008).

O desenvolvimento de uma sensibilidade cultural, inerente ao cuidado culturalmente adequado, exige educação permanente dos profissionais. Essa se faz necessária para promover a compreensão dos profissionais de saúde sobre as implicações de idade, gênero, educação, valores religiosos e percepções culturais no cuidado holístico (BAKER, 2013).

As necessidades indígenas em saúde extrapolam a perspectiva biomédica presente na formação dos profissionais e na maioria das políticas públicas de saúde (FOLLÉR, 2004; FERREIRA, 2013). Em locais indígenas brasileiros e internacionais, as diferenças culturais podem significar tensões e barreiras nas relações entre profissional e usuário (BIDZINSKI, 2013; FERREIRA, 2013; RIBEIRO; FORTUNA; ARANTES, 2015).

Não foi observado, entretanto, qualquer programa de educação permanente no sistema Polo/Posto durante o período de estadia da pesquisadora principal nas aldeias. Os participantes afirmaram terem participado em poucas capacitações sobre atenção em saúde. A sensibilidade cultural de alguns profissionais como, por exemplo, o enfermeiro que prestou o cuidado na perspectiva do *cultural safety*, pode ter sido construída e possibilitada pelo tempo de atuação nas aldeias e pelo vínculo construído com a população. Tal aspecto é corroborado pelos dados deste estudo, que mostram que a construção do vínculo de confiança exige tempo.

A atuação dos profissionais que atendem no posto de saúde também influenciou no encontro do cuidado. Os participantes da comunidade atribuíram distintos significados ao trabalho dos profissionais. Os técnicos e ACSI foram reconhecidos como os primeiros atores da equipe de saúde a receberem e estarem com os terenas na unidade de saúde. Esses profissionais são indígenas e moram nas aldeias onde os postos estão localizados, o que favorece o contato contínuo com a comunidade. Esse aspecto vai ao encontro da afirmação de alguns respondentes indígenas de que o vínculo e a proximidade são promovidos quando o trabalhador de saúde é terena.

A lógica social terena, calcada em interações familiares, atravessa a organização do serviço de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2011). O profissional terena, por pertencer ao tronco familiar, conhece bem os acontecimentos familiares do seu território, o que lhe permite compreender os problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade.

Tais aspectos contribuem para formação de vínculo e longitudinalidade do cuidado. O território é adstrito conforme tronco familiares, favorecendo o cuidado orientado à família e comunidade. A equipe de saúde se dirige aos usuários pelo nome e família a que pertencem. A integralidade e resolutividade da atenção são favorecidas pela perspectiva holística dos profissionais terenas sobre problemas de saúde (BRASIL, 2011).

O agir da enfermagem, enfermeiros e técnicos de enfermagem, foi melhor qualificado pelos participantes da comunidade se comparado ao trabalho do médico. A partir dos depoimentos dos entrevistados e das observações, foi possível inferir que os profissionais médicos que atendem nas Terras Indígena Buriti possuem consciência cultural; ou seja, reconhecem as diferenças culturais entre a população indígena atendida e a sociedade envolvente.

Porém, seu agir expressou predominantemente ritos e práticas de atendimento mais ligados ao referencial biomédico e metas a que aos determinantes de saúde sociais, culturais e cosmológicos dos terenos, como reiterado pela seguinte narrativa: “a gente vai falando ela (médica) vai escrevendo e entrega a receita para gente, às vezes, ela nem escuta o que a gente fala [...]” (E.14; Indígena; Comunidade). Nessas circunstâncias, não há cuidado culturalmente seguro. O indígena se torna um paciente na relação do cuidar, alguém passivo à espera de uma prescrição (BAKER, 2013).

Os participantes da comunidade atribuíram ao agir de enfermagem o sentido de afetividade e atenção. O registro do diário de campo sobre o atendimento do enfermeiro no programa Hiperdia (programa que viabiliza ações de cuidado da hipertensão e diabetes), apresentado nos resultados, é um exemplo de que o afeto é uma tecnologia leve que propicia a aproximação do trabalhador com o universo do usuário e o cuidado comprometido com a melhora da qualidade de vida do indivíduo (RIBEIRO; ARANTES, 2014).

O enfermeiro foi além das atividades programadas para o desenvolvimento do Hiperdia. Ele realizou pesagem, aferição de pressão arterial, entrega de medicamento e registros de formulários. Tais ações não foram centrais na relação do cuidar. O encontro do cuidado foi permeado e conduzido pelo jeito terno, empático e pela sensibilidade cultural do enfermeiro, que culminou na construção pelo profissional de saúde e usuário de um cuidado culturalmente seguro (NAHO, 2008; BAKER, 2013).

Langdon afirmou, em entrevista com Becker e colaboradores (2009), que a Enfermagem é uma disciplina mais aberta para a construção de um diálogo interdisciplinar. As diferenças apontadas pelos participantes da comunidade refletem essa afirmação. Esse aspecto favorece a maior sensibilidade cultural dos profissionais da enfermagem que resulta em um cuidado em que os indígenas se sentem seguros em verbalizar e exprimir seus valores e necessidades. *Cultural safety* diz respeito ao envolvimento pelo usuário e profissional de saúde, indígena ou não, suas respectivas culturas e atitudes no relacionamento do cuidado (NAHO, 2008).

Kleinman (2013) discorre sobre o cuidado como uma experiência moral. Ele refere que para compreender processos de adoecimento dos indivíduos o Modelo Explanatório é importante. E acrescenta que é preciso considerar o profissional de saúde, que apesar de toda tecnologia moderna e do referencial biomédico, atribui sua essência moral ao cuidado.

Kleinman (2013) define essa essência moral do cuidado profissional como o fazer o bem ao próximo. Algo essencialmente abstrato que é concretizado nas ações dos trabalhadores de saúde que se esforçam para serem prestativos, sensíveis e responsáveis em locais de trabalho onde imperam a indiferença da burocracia e da gestão corporativista. A sensibilidade cultural, a confiança e a disponibilidade para o diálogo e formação de vínculos são exemplos da essência moral do cuidado prestado pelos profissionais na aldeia (KLEINMAN; 2013).

Nesses casos, em que há o encontro do cuidado, percebemos o processo de indigenização interno nos serviços de saúde. Isto é, os trabalhadores ameríndios e não-indígenas, alguns em maior grau, demonstraram aceitar e lidar com as necessidades da população. Todavia, a maneira como o serviço de saúde é organizado interfere na atenção prestada, no grau de participação e gestão que cada ator (usuário e profissional) desempenha no espaço do cuidado; conseqüentemente na formação de espaços na perspectiva de *cultural safety*.

Ao mesmo tempo em que se observaram encontros do cuidado, foram também notados desencontros. As prioridades estabelecidas pelas metas são conceitos embutidos na organização do serviço de saúde. Entretanto, o enfoque dado na organização, no que tange ao controle da execução das ações para o alcance das metas estabelecidas para os programas de saúde levam ao distanciamento da equipe das necessidades locais da população.

Retomamos a ideia das motivações da população terena pela procura do serviço que vem de dentro da organização do serviço de saúde. Nesse contexto, observou-se a preocupação central da equipe com o cumprimento de metas, mais do que com a necessidade de cuidado em si que se apresenta. Esse panorama, no qual a oferta de serviço é pautada por necessidades computadas pela instituição e não geradas pela população, é agravado pela organização do atendimento determinado por rígido cronograma que, ainda, sofre interferência dos problemas com transporte da equipe.

Concernente ao cuidado de enfermagem, embora os profissionais apresentem sensibilidade cultural que facilita a formação de vínculo, confiança e diálogo, eles têm seu agir norteado pelo cumprimento de metas. Durante as fases de observação desse estudo, a equipe recebeu cobranças constantemente para atingir as metas de atendimento do Polo; especialmente os enfermeiros que precisaram se desdobrar para garantir, em números, a realização de exames citopatológicos (preventivos), cobertura do pré-natal e vacinal, coleta de escarro e desenvolvimento do Programa Hiperdia. Exemplo dessa questão é o caso do enfermeiro que realizou 25 exames preventivos em um mesmo dia em uma unidade.

Não foi observado, durante a realização desta pesquisa, o seguimento da rotina preconizada pelo Ministério da Saúde para controle do câncer do colo do útero, cuja

implementação é feita por meio do método de rastreamento, que, no Brasil, é a realização do exame citopatológico. Esse procedimento é ofertado às mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos e que já tiveram atividade sexual. A recomendação para rotina do rastreamento é a repetição do exame de Papanicolaou a cada três anos, após realização consecutiva de dois exames normais com o intervalo de um ano. Após os 65 anos, se a mulher tiver feito os exames preventivos regularmente, com resultados normais, o risco de desenvolvimento do câncer cervical é reduzido (BRASIL, 2011).

No sistema Polo/Posto, o preconizado é atingir a meta estabelecida pelo DSEI de Mato Grosso do Sul, que considera a faixa etária entre 25 e 64 anos. Entretanto, não foi observado nesta investigação o acompanhamento de mulheres que fizeram exame citopatológico nos últimos dois anos, por exemplo. De acordo com os registros do serviço, em duas unidades a meta de realização de exame de Papanicolaou não foi atingida em 2014, conseqüentemente o sistema Polo/Posto de Sidrolândia também não atingiu a meta estabelecida pelo DSEI. O que aumentou a necessidade de atingir a meta em 2015.

Como já discutido, há o temor por parte da equipe em não cumprir as metas e sofrer penalizações por conta disso. Foi observado durante a reunião entre a coordenação e a equipe, pouca discussão a respeito de fatores, estruturais, por exemplo, que impedem o cumprimento das metas. Talvez, seguindo o mesmo agir do DSEI em relação à coordenação do Polo, houve foco na necessidade de atingir as metas.

É inegável que a morbimortalidade por câncer do colo do útero pode ser reduzida com programas de rastreamento (BRASIL, 2011). O que justifica a organização dos serviços de saúde considerando atividades programáticas de saúde da mulher, por exemplo. Entretanto, é preciso que o cuidado prestado também considere e possibilite a criação de espaços nos quais os problemas de saúde da comunidade, não contemplados nos programas, sejam atendidos.

A mesma lógica deve ser aplicada às demais ações em saúde, como coleta de escarro para detecção de tuberculose e os demais programas já citados. As prioridades devem ser estabelecidas pelas necessidades da população local atendida e não puramente por metas do serviço (MERHY; FRANCO, 2012). É preciso a predominância de uma via dupla de atendimento, em que os programas de saúde sejam ofertados para a população e o serviço acolha as demandas dos usuários.

As entrevistas e observações mostraram o agir dos técnicos de enfermagem, centralizado ora em técnicas ora no diálogo. Conforme as narrativas de alguns profissionais, eles realizam procedimentos técnicos, como curativos e aferição de sinais vitais e, além disso, reiteraram a necessidade de conversar com a comunidade. É possível apreender a valorização do aspecto relacional do cuidado, o diálogo. Como esses trabalhadores vivem

na aldeia e convivem mais tempo com a comunidade, eles conseguem estabelecer interações de cuidado mais próximas com a população local.

Os resultados revelaram o trabalho do médico do tipo queixa-conduta, que é um processo comunicativo, no qual o diálogo é reduzido à descrição oral de uma sintomatologia, que guiará a ação médica por meio de atividades curativas, exploratórias e prescritivas (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Há, nos casos terenas, a sobreposição do saber médico ao saber e história de vida indígena. Um médico afirmou em sua entrevista que a unidade de saúde é um ambiente opressor. Podemos interpretar que a unidade e sua organização compõem um ambiente opressor para os atores do cuidado. Ao passo que não permite ao terena ter sua voz expressada e ouvida, oprime o agir dos profissionais. Esses podem ter intenção de promover encontros do cuidado; porém, o cronograma, as metas, o tempo reduzido de permanência nas aldeias não lhes permitem construir o cuidado junto com o terena. Não há espaço, especialmente no atendimento estilo queixa-conduta, para que o terena verbalize seu processo de enfermidade (*illness*). Há o foco no aspecto *disease* de seu problema de saúde (KLEINMAN, 1988; LANGDON, 2014).

Estabelece-se, dessa forma, um ambiente inseguro tanto para os usuários quanto para os profissionais. Esse cenário é engendrado em sistemas de saúde que não são culturalmente sensíveis. Nesses sistemas, os serviços e sua gestão não refletem as práticas, valores e percepções das comunidades indígenas (NAÇÕES UNIDAS, 2009). O poder e a política institucional juntamente com tempo reduzido para o cuidado dos profissionais, hegemonia do saber biomédico e valorização de rotinas em detrimento das necessidades sociais e culturais da população constituem barreiras para promoção do cuidado na perspectiva *cultural safety* (BAKER, 2013).

Em estudo sobre atenção em saúde realizado em aldeias da etnia Mbyá do Rio Grande do Sul, os autores afirmam que a melhoria do atendimento deve ser atravessada por transformações na visão tecnicista focalizada na necessidade de assistência nas aldeias e na qualidade da educação permanente dos profissionais para promoção de vínculos com a comunidade (HELD et al., 2011). Para Ferreira (2013), a organização padronizada/programática de ações em saúde não possibilita a flexibilização dessas atividades para atender a demanda imediata das comunidades indígenas.

Segundo os resultados desse estudo, a questão do transporte é central na organização do atendimento do sistema Polo/Posto. É preciso garantir o transporte de profissionais, usuários e insumos necessários à atenção dentro do território das aldeias e dos centros urbanos. Aspectos relacionados ao transporte, como a disponibilidade de combustível, número de veículos suficientes e a manutenção de carros, camionetes, ambulâncias, barcos e aviões, constituem fatores a serem considerados no planejamento da

assistência à saúde em terras indígenas nacional e internacionalmente (PÍCOLI; CARANDINA; RIBAS, 2006; GIL, 2007; HELD et al., 2011; DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; BABIS, 2012; BASSI, 2014; BURANBAEVA, 2015; MIGIRO, 2015).

A problemática do transporte, reconhecida pelos profissionais e participantes da comunidade, revela que a infraestrutura do sistema Polo/Posto e as condições de trabalho da equipe não promovem ambientes, nos quais os trabalhadores e usuários se sintam seguros. Durante a realização deste estudo, os veículos, que transportam a equipe e a população, apresentaram constantemente problemas mecânicos, caracterizando inadequada manutenção.

O atendimento de toda a equipe apresentou-se comprometido. Médicos, enfermeiros e dentistas não conseguiram chegar às aldeias, principalmente as rurais; e quando chegaram, por vezes, estavam atrasados. Técnicos de enfermagem, de saúde bucal e ACSI tiveram seu trabalho interrompido pois necessitavam de insumos trazidos da cidade. A falta de transporte fragmenta a equipe do Polo e das aldeias, não há tempo para reuniões e discussão de casos. Os profissionais que saem do Polo têm uma grande demanda suprimida para atender.

Os terenas sofrem com a falta de atendimento médico, de enfermagem e odontológico. Frustram-se quando a consulta ou a imunização agendada é cancelada repentinamente, porque o carro que transporta a equipe está sem freio, ou quando não conseguem chegar em hospitais e clínicas referenciadas para realizar algum procedimento especializado, pois o motor do veículo que os transportaria fundiu.

Além disso, o estado dos veículos não oferece segurança aos profissionais e usuários. A pesquisadora principal acompanhou diversas vezes a apreensão e preocupação da equipe em utilizar carros sem manutenção. Inclusive vivenciou várias situações em que a camionete em que estava quebrou na estrada no meio do caminho entre as aldeias e a cidade. Em uma ocasião dessas, os usuários perderam as consultas agendadas.

Do ponto de vista *cultural safety*, a questão do transporte, que expressa a situação da infraestrutura do sistema Polo/Posto, desvaloriza (*demean*), humilha (*diminish*) e desempodera (*disempower*) os usuários e profissionais do sistema Polo/Posto. Os submete à dependência de uma tecnologia mecânica, o carro (MENDES-GONÇALVES, 1994; GERLACH, 2012).

A organização assistencial, segundo metas, cronograma e programas, juntamente com a precarização da infraestrutura, não contribui para promoção de espaços, onde as pessoas sintam suas necessidades reconhecidas, respeitadas e seus direitos assegurados. Isto é, espaços de intermedialidade culturalmente seguros e indigenizados, nos quais encontros do cuidado sejam propiciados. Evidenciamos, contudo, desencontros do cuidado representados por atendimento queixa-conduta e segundo metas, agravado por problemas

com transportes. Foi possível apreender que os terenas sentem que esse tipo de atendimento não atende suas necessidades, especialmente, quando mencionaram sobre a necessidade de mais atividades de educação em saúde e visitas domiciliares.

Os participantes terenas afirmaram receber informações sobre como cuidar de sua saúde, especialmente, da família e dos profissionais de saúde. Considerando a relevância que o núcleo familiar tem para o terena, os trabalhadores ocupam *status* privilegiado na percepção do terena como “fontes” de informações sobre cuidados de saúde. Esse aspecto foi ressaltado no depoimento de uma terena que traz a importância de palestras ministradas por enfermeiros sobre cuidados com a criança e com o corpo da mulher. No entanto, os participantes relataram que ações educativas em saúde não são realizadas com a frequência necessária nas aldeias, o que representa desencontro do cuidado.

Os indígenas valorizam e esperam por educação em saúde, que é com pouca frequência realizada. Essas ações educativas foram pouco abordadas nos registros institucionais do Polo. Rodas de conversas sobre doenças sexualmente transmissíveis são as únicas atividades de educação em saúde registradas. Foram realizadas 14 rodas de conversa no ano de 2014. Esta informação reitera que poucas atividades educativas são realizadas junto à comunidade.

Outro aspecto valorizado pelo terena foi a visita domiciliar. No entanto, houve expressiva diferença na comparação entre o número de consultas e procedimentos ambulatoriais com o número de visitas e consultas domiciliares realizadas pelos profissionais. Esse dado fundamenta o que temos discutido sobre o atendimento no sistema Polo/Posto, há o foco em ações curativas e individuais, com poucas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Os terenas valorizam a longitudinalidade do cuidado, que implica continuidade da relação clínica dentro e fora dos espaços da unidade de saúde (BRASIL, 2011).

Os agentes comunitários de saúde indígenas são os profissionais que mais estão inseridos na realidade terena, conforme as entrevistas e registros institucionais. Este aspecto está adequado conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (2002). Todavia, a população da Terra Indígena Buriti entende que todos trabalhadores da equipe necessitam estar mais próximos das famílias e comunidade, o que é viabilizado por meio, especialmente, da visita domiciliar. A visita domiciliar possibilitaria aos profissionais, sobretudo àqueles que saem do Polo, estar mais próximos da realidade das famílias. Nota-se descompasso entre o que é estabelecido pela política nacional de saúde indígena e a demanda da população, potencializado pela organização assistencial e pela infraestrutura do serviço, que repercute na **resolutividade** do serviço.

Os participantes terenas significam e sentem que o cuidado prestado pelo sistema Polo/Posto é pouco resolutivo. Como destacado anteriormente, eles buscam essa opção

terapêutica para solucionar problemas que não são resolvidos pela medicina terena e espiritualidade. Também procuram a unidade de saúde para realizar exames e certos procedimentos, bem como ter acesso a medicamentos.

No entanto, as narrativas revelaram que tais fatores estão sendo precariamente contemplados pela atenção oficial de saúde. Há, frequentemente, falta de medicamentos e a infraestrutura não oferece ferramentas necessárias para gestão do cuidado. Segundo um participante, não há aparelhos de nebulização nos postos. Profissionais e usuários reconheceram a grande quantidade de encaminhamentos como aspecto negativo, o que revela que muitos problemas de saúde não são resolvidos no âmbito da atenção básica.

Estudos realizados em áreas ameríndias e não-indígenas apontam que a coleta de materiais para exames nas unidades, a educação permanente dos profissionais e a oferta de medicamentos contribuem para a sensação de resolutividade da comunidade na atenção primária (HÖKERBERG; DUCHIADE; BARCELLOS, 2001; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

O exercício da clínica centrada no conceito biomédico e no ato prescritivo conjuntamente com o acúmulo de encaminhamentos sem esgotamento das possibilidades diagnósticas contribuem para a baixa resolutividade na atenção básica (FRANCO; MAGALHÕES JUNIOR, 2004). Tais fatores foram amplamente abordados nas entrevistas e evidenciados nas observações realizadas durante esta pesquisa.

Os usuários e profissionais entrevistados entendem o sistema Polo/Posto como um serviço básico de atenção. O que difere do conceito de atenção básica. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), atenção primária à saúde e atenção básica são termos equivalentes e caracterizados:

Por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades [...] Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos [...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas (BRASIL, 2011, p. 2).

Observaram-se aspectos do cuidado na rede básica na Terra Indígena Buriti preconizados pela política nacional de saúde. Entretanto, os resultados mostram uma realidade nas unidades de saúde das aldeias que não coaduna com o conceito trazido pela política sobre atenção primária à saúde. O significado atribuído pelos participantes terenas à atenção básica é aquele de um cuidado de baixa complexidade, simplificado e pouco

resolutivo. Esse sentido reflete a criticada ideia de que atenção básica deve ofertar o mínimo de tecnologia do cuidado (MENDES-GONÇALVES, 2004; FRANCO; MAGALHÕES JUNIOR, 2004; MERHY; FRANCO, 2012).

Os participantes significaram o sistema Polo/Posto dessa forma, pois estão inseridos em um contexto de construções simbólicas coletivas e vivenciados, no qual o sistema oficial de saúde pouco tem resolvido seus problemas, seja para sanar doenças ou promover saúde (GEERTZ, 2008).

A baixa resolutividade expressada pelos terenas expõe e é produto da realidade de uma atenção básica, cujo núcleo está centrado no interior de sua organização, e que, por isso, torna-se ineficiente, reprodutora de atividades programáticas e culturalmente insegura para que profissionais e usuários expressem seus valores e tenham seus direitos sociais, econômicos e políticos assegurados.

A rede básica deve assegurar o acolhimento e resolutividade dos problemas apresentados pela comunidade o que configura desafios tecnológicos complexos (FRANCO; MAGALHÕES JUNIOR, 2004), que devem transcender a realização das atividades programáticas e acolher os problemas locais da população, respeitando seu modo de vida e integrando suas formas de cuidado em saúde. As intervenções no âmbito da atenção primária devem ser clínica e sanitariamente efetivas tendo em vista a potencialização da autonomia dos indivíduos e grupos sociais (BRASIL, 2011; BAKER, 2013).

Diabetes e hipertensão arterial sistêmica, frequentemente, referidas pelos terenas como diabetes, foram as doenças citadas como os principais problemas de saúde que afetam a comunidade do Buriti pelos profissionais e usuários entrevistados. Questões que envolvem a prevenção e tratamento dessas doenças foram repetidamente abordadas nas entrevistas e observadas durante o desenvolvimento deste estudo. Além disso, os registros do Polo indicaram que tais patologias tiveram maior prevalência dentre os problemas de saúde registrados na comunidade.

Doenças crônicas, principalmente diabetes e doenças cardiovasculares, são consideradas como progressivos e significantes problemas de saúde pública entre os povos indígenas asiáticos (LAMA, 2015) da América do Norte (READING, 2011; READING; HALSETH, 2011) e, bem como do Ártico (HANSEN, 2015) e do Pacífico (TUKUITONGA, 2015).

O alto índice dessas doenças crônicas não-transmissíveis entre povos indígenas no mundo tem causas nos efeitos indiretos e diretos da globalização. Dentre as implicações indiretas está a necessidade de se inserir no mercado de trabalho e aumentar o nível de escolaridade, bem como o contato com os meios de comunicação, especialmente *internet* e televisão. Os impactos diretos da globalização no estado de saúde indígena incluem o alto

consumo de alimentos processados com elevado teor de sal, açúcar, lipídios e outros aditivos (READING, 2011; TUKUITONGA, 2015).

As explicações dadas pelos participantes para as causas do diabetes e hipertensão refletem o conceito de enfermidade (*illness*) terena e expressam semelhanças com o perfil epidemiológico dessas doenças entre os povos indígenas do mundo. Na perspectiva terena, o processo de adoecimento do diabetes e hipertensão envolve problemas de caráter familiar, modo de vida, alimentação e prática de exercícios físicos. As experiências de um doente/paciente não dependem somente das características (estigma, sintomatologia) da enfermidade em particular. Essas vivências são influenciadas pela realidade concreta, pela rede de apoio (família e comunidade) e pelas condições de vida do indivíduo (VILA; ROSSI, 2002; ROSSI et al., 2009). Apreende-se a perspectiva (*sickness*) sobre as explicações terenas para diabetes e hipertensão (YANG et al., 2007).

A compreensão dessas doenças, a partir das narrativas dos terenas, incluiu uma abordagem holística e complexa dos determinantes em saúde. Nesse caso, são os fatores históricos, sociais, econômicos, culturais e territoriais que influenciam como essas enfermidades são vivenciadas e manejadas pelos terenas. Os fatores modo de vida, alimentação e prática de exercícios físicos, que são explicações terenas para causalidade do diabetes e hipertensão, são influenciados pela redução das terras terenas em uma pequena reserva. Vale salientar, que os povos ameríndios do Canadá também sofrem mudanças em seu padrão alimentar. O acesso ao alimento industrializado mais fácil e barato tornou-se uma das únicas opções a estas populações que sofrem com desemprego e pobreza (READING; HALSETH, 2011).

No que tange ao controle e tratamento do diabetes e hipertensão, os profissionais de saúde verbalizaram em conversas informais e nas entrevistas que os usuários não tomam medicamento conforme prescrito. Fazem uso apenas na presença de complicações das doenças. A dor é um dos principais sinais indicativos para o terena que algo está errado e que precisa procurar o posto ou a fé em Deus; a medicina terena ou todas as opções de práticas terapêuticas disponíveis. No entanto, diabetes e hipertensão têm, geralmente, um extenso período assintomático, o que influencia a percepção terena sobre essas doenças. Para eles, a presença dos sintomas é o que sinaliza estar doente por diabetes e hipertensão. Os terenas associam adoecimento que precisa de tratamento medicamentoso com problemas sentidos fisicamente.

Nota-se ações e interpretações diferentes dos profissionais e usuários sobre o tratamento e entendimento acerca do diabetes e hipertensão, deflagrando conflitos entre os grupos de atores envolvidos nos cuidados. Tais conflitos abrangem a falta de compreensão por parte dos profissionais sobre conduta dos terenas em não fazer uso dos medicamentos adequadamente, permitindo, assim, constantes picos de hiperglicemia e hipertensão. Eles

desconhecem o quadro clínico dessas doenças, cujo percurso clínico possui períodos assintomáticos.

Considerações Finais

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo focalizou a realidade social e política onde acontece o cuidado intercultural entre usuários da etnia Terena e profissionais de saúde indígenas e não-indígenas. Nas aldeias, o processo de cuidar ocorre em um contexto de medicinas híbridas, chamado de intermedicalidade. Considerou-se as compreensões, significados, necessidades e expectativas dos grupos de sujeitos inseridos e estruturantes desse espaço relacional, utilizando-se a etnografia ancorada no referencial da Antropologia Interpretativa.

Os sistemas de cuidado em saúde terena incluem o serviço oficial de saúde, medicina terena, espiritualidade e modo de vida terena como formas de cuidado para os diferentes problemas de saúde. Essa diversidade e pluralidade de escolhas terapêuticas observadas nas aldeias e verbalizadas pelos participantes revelam que o sistema de cuidado em saúde terena é atravessado pela lógica da intermedicalidade. Isto é, a coexistência de medicinas híbridas extrapola o âmbito das unidades de saúde nas aldeias. Há a coexistência de diferentes saberes e formas de cura, tradicionais terenas e biomédicas, nas práticas da medicina terena, no exercício de sua fé e em sua vida doméstica. Tais opções de cuidado são equivalentes, complementares e potencializadoras entre si.

Saúde é primordial. Estar doente significa, para os terenas, limitações do exercício de sua vida, especialmente relações interpessoais familiares e comunitárias. A posse de terra tem papel fundamental na saúde da população. A terra é compreendida como catalisadora da vida terena, com impacto direto nos determinantes de saúde, especialmente espiritualidade, higiene e alimentação. Doença é entendida como “pior que a morte”. Saúde e doença têm o sentido de aspectos biológicos, espirituais, familiares, culturais e de corporalidade. Por tais motivos, saúde e doença são entendidas como um processo entre estar com saúde e com enfermidade.

O limitado espaço territorial reduziu as atividades típicas da agricultura e, consequentemente, os esforços físicos. A mudança nas atividades laborais do campo para o trabalho na indústria e prestação de serviços, o acesso aos veículos de transporte e o contato com meios de comunicação contribuíram para a mudança no estilo de vida na comunidade terena do Buriti.

Os terenas tiveram que se adaptar ao modo de vida cada vez mais em contato com a sociedade envolvente e seus padrões alimentares. Os indígenas sem terras suficientes para plantarem, recorreram à rotina alimentar rica em carboidratos e gordura, com excesso de alimentos industrializados. Tais aspectos contribuem para o desenvolvimento de doenças, como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, na comunidade do Buriti.

Disso, notou-se ações e interpretações diferentes dos profissionais e usuários sobre o tratamento e entendimento acerca do diabetes e hipertensão, deflagrando conflitos entre os grupos de atores envolvidos nos cuidados. Esse conflito constitui barreira para o cuidado culturalmente adequado, ou seja, centrado nas necessidades dos terenas.

A medicina terena é exercida, atualmente, por meio de práticas centradas no conhecimento tradicional — uso de ervas, atividades de parteiras e de “puxadores de pernas” — e por intermédio de práticas centradas em aspectos místicos e sobrenaturais — as rezas ou benzeção e a pajelança.

Problemas de cunho biológico, espiritual e familiar são tratados no âmbito da medicina terena. Há redução do número de pajés, feiticeiros, curandeiro e benzedores na Terra Indígena Buriti e ressimbolização da figura e *status* do pajé. A espiritualidade, característica marcante na comunidade, é exercida sob diferentes formas, incluindo benzeção, pajelança, oração e a vida religiosa cristã. No domínio da espiritualidade terena, os símbolos que atualmente são significados como religiosos são os mesmos símbolos entendidos como do arcabouço da cosmologia do passado.

O modo de vida terena, compreendido como uma forma de cuidado, envolve dois principais aspectos: a centralidade na família e a preocupação com higiene individual e ambiental. A figura materna é entendida como a responsável pelo cuidado da família e o amor é potencializador das relações do cuidado na vida doméstica.

Além disso, a preocupação terena com higiene pessoal e do ambiente revela dois importantes aspectos. Primeiro, a importância da integração entre corporalidade e local em que se vive: a terra. Segundo, o processo histórico civilizador do indígena tem como pano de fundo o higienismo.

O serviço oficial de atenção à saúde compreende os espaços de atenção do SUS. Nas aldeias, há exclusivamente serviços públicos de saúde na atenção básica, denominado de sistema Polo/Posto neste estudo.

Há um paradoxo no atendimento: cumprimento de metas e programas da atenção básica e predomínio da atenção curativa com poucas atividades de promoção de saúde e prevenção de doença. O agir dos trabalhadores, especialmente os não-indígenas, é amplamente fundamentado no saber da medicina ocidental, que é a biomedicina. Aspecto destoante do significado atribuído pelos terenas aos seus problemas de saúde, que envolve aspectos desde os biológicos até os espirituais.

Os resultados apontaram que os terenas buscam a unidade de saúde nas aldeias motivados pela cartela de serviços ofertada e pelas necessidades que eles “não conseguem resolver”, tais como dor e complicações do diabetes. Ambos conjuntos de motivações revelam a premissa da oferta, o que vem de dentro (instituição) que inclui metas e atividades programáticas, e o que vem de fora (população), os problemas e seus significados para o

terena. Salientamos que as prioridades devem ser estabelecidas pelas necessidades da população local atendida e, não, puramente, por metas do serviço.

A dor foi um aspecto relevante na procura do terena pelo sistema Polo/Posto. Há divergência nos significados de dor na perspectiva dos indígenas e dos profissionais não-nativos. Os trabalhadores de saúde não-indígenas referiram certa incompreensão sobre a queixa de dor.

Na atenção prestada no espaço de intermedicalidade do sistema Polo/Posto, observamos encontros e desencontros do cuidado. Elementos como vínculo, confiança, diálogo e agir dos profissionais culturalmente sensíveis são compreendidos pelos participantes como necessários ao cuidado, promovendo encontros entre os profissionais e os usuários. No entanto, os dados mostraram que as prioridades estabelecidas pelas metas, o atendimento queixa-conduta e a precária infraestrutura, especialmente no que tange ao transporte, são fatores que contribuem para os desencontros do cuidado.

A questão do transporte, sob a perspectiva *cultural safety*, é reveladora da problemática de infraestrutura do serviço, que desvaloriza, humilha e desempodera os usuários e profissionais do sistema Polo/Posto. Problemas no transporte da equipe e usuário, juntamente com a organização da assistência pautada em cronograma e metas, repercute negativamente na resolutividade do serviço. Nesse contexto, há o comprometimento da produção de espaços de intermedicalidade culturalmente seguros e indigenizados, onde encontros do cuidado sejam propiciados.

A respeito do diabetes e da hipertensão, apreende-se a necessidade da construção de um cuidado culturalmente seguro, em que os terenas, ao compreenderem melhor sobre os aspectos clínicos dessas doenças, estariam mais “conscientes” para tomar suas decisões no manejo dessas enfermidades. Por exemplo, os profissionais poderiam frisar durante educação em saúde individual e coletiva que essas doenças são silenciosas, e que, por isso, é preciso cuidado constante.

Ressalta-se a necessidade de pensar a atenção em uma via dupla de atendimento, em que os programas de saúde sejam ofertados para a população e o serviço acolha as demandas terenas. Para tanto, é imprescindível uma infraestrutura adequada, que inclui, por exemplo, unidades arejadas e confortáveis para a equipe e usuários, número de veículos adequados com manutenção periódica.

Segundo os terenas, o sistema Polo/Posto é uma das opções terapêuticas que eles utilizam no cuidado do diabetes e hipertensão. Eles também recorrem à medicina terena e orações e afirma eficácia dessas formas de cuidado para diabetes e hipertensão. O caso diabetes e hipertensão arterial reitera a intermedicalidade do sistema terena de cuidado em saúde.

Dentre as limitações deste estudo pode ser mencionada a percepção do terena sobre a pesquisadora enfermeira. Parte do discurso dos participantes pode ter sido atravessado pela percepção de estar falando com uma enfermeira. Os resultados deste estudo não podem ser generalizados em razão da natureza qualitativa da pesquisa e às particularidades do grupo social estudado. Apesar disso, o conhecimento produzido do estudo contribui para a construção das práticas de saúde uma vez que apresentam os significados atribuídos às formas de cuidado em saúde pelo grupo social estudado. A credibilidade e validade dos temas e seus núcleos temáticos foram asseguradas pelo rigor metodológico e do processo interpretativo empregado durante a realização da investigação.

Com este estudo, salientamos a necessidade de promover mais encontros do cuidado no sistema Polo/Posto, para que a intermedicalidade ocorra sem sobreposição do saber médico e/ou da lógica insitucional à sabedoria terena. Para tanto, é fundamental à organização do serviço de saúde:

1. considerar o sistema Polo/Posto como parte de um sistema maior de cuidado terena em saúde;
2. reconhecer as diferentes formas de cuidado como válidas na resolução de problemas saúde terenas;
3. reconhecer a posse de terra como determinante de saúde para esse grupo;
4. promover mais espaços no cronograma de atendimento do Polo para acolher a demanda local;
5. valorizar os profissionais de saúde, com educação permanente e melhores condições de trabalho;
6. melhorar a infraestrutura de atendimento, especialmente os meios de transporte;
7. fornecer subsídios políticos e educacionais para que os indígenas fortaleçam seu processo de apropriação do serviço de saúde desde a assistência até a gestão.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALBERT, S. et al. Medical pluralism among indigenous peoples in northeast India - implications for health policy. **Tropical Medicine and International Health**, Hoboken. v. 20, n. 7, p. 952–960, 2015.
- ALLEN, D. Ethnomethodological insights into insider– outsider relationships in nursing ethnographies of healthcare settings. **Nursing Inquiry**, Malden v.11, p.14-24, 2004.
- ACÇOLINI, G. Xamanismo e Protestantismo entre os Terena: contemporaneidades. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 24-47, 2012.
- ALMEIDA, P.F.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a organização dos cuidados. **Rev. Panam. Salud Públ./ Pan Am. J. Public Health, Washington**, v. 29, p. 84-95, 2011.
- AZANHA, G. **Diagnóstico expedito das Terras Indígenas e aldeias Terena em situação de urbana**: ações socioambientais em áreas indígenas na BAP-MS/Programa Pantanal. 2002.
- BABIS, D. The role of civil society organizations in the institutionalization of indigenous medicine in Bolivia. **Social Science & Medicine**, Boston, v.123, p. 287-294, 2014.
- BAKER, C. Cultural safety should be reviewed. **Kai Tiaki Nursing New Zealand**, v. 19, n. 9, p.40-41, 2013.
- BALDUS, H. Lendas dos índios Tereno. **Revista do Museu Paulista**, São Paulo, v. 4, p. 217- 232, 1950.
- BARCELLOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situação de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.129-138, 2002.
- BARRETO, C.T.G.; CARDOSO, A.M.; COIMBRA JR, C.E.A. Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.3, p.657-662, 2014.
- BASSI, F. Saberes na encruzilhada: experiências e sentidos da indigenização da “cultura” no Brasil e no Pacífico. **Primeiros Estudos**, São Paulo, n. 2, p. 166-188, 2012.
- BEACH, M.C.; SAHA, S.; COOPER, L.A. **The role and relationship of cultural competence and patient-centeredness in health care quality**. Washington: Commonwealth Fund Pub. 2006. 22p.
- BECKER, S.G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.2, p. 323-326, 2009.
- BIDZINSKI, A.; BOUSTEAD, G.; GLEAVE, R.; RUSSO, J.; SCOTT, S. A journey to cultural safety. **Australian Nursing Journal**, North Fitzroy, v. 20, n. 6, 2013.
- BITTENCOURT, C.M.; LADEIRA, M.E. **A história do povo Terena**. São Paulo: Centro de Trabalho Indigenista, 2000.

BRAND, A.J. **O impacto da perda da terra sobre a tradição kaiowá/guarani: os difíceis caminhos da palavra**. 1997. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 1997.

BRANT-CASTELLANO, M.; READING, J. Policy writing as dialogue: Drafting and Aboriginal chapter for Canada's Tri-council Policy Statement: Ethical Conduct for Research Involving Humans. **International Indigenous Policy Journal**, London, v.1, n.2, p.1-18, 2010.

BRASCOUPÉ, S. Cultural Safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to aboriginal health and community wellness. **Journal of Aboriginal Health**, Ottawa, p.6-41, 2009.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2.ed. Brasília, 2002.

BRASIL. **Organização do DSEI e modelo assistencial**. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/jpg/2014/fevereiro/13/org-dsei-2012.jpg>. Acesso em 1 nov. 2015.

BRASIL a. Secretária Especial de Saúde Indígena. **Conheça o DSEI**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1744>. Acesso em 11 nov. 2011.

BRASIL b. Secretária Especial de Saúde Indígena. **Conheça o DSEI Mato Grosso do Sul**. 2011. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1768>. Acesso em 11 nov. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 304, de 09 de agosto de 2000**. Dispõe sobre as normas para pesquisas envolvendo seres humanos – Área dos povos indígenas. Brasília (DF): Conselho Nacional da Saúde, 2000.

BRASIL. Fundação Nacional do Índio. **Instrução Normativa nº 01/PRESI**; 29 de novembro de 1995. Brasília (DF): Fundação Nacional do Índio, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretária Especial de Saúde Indígena. **Orientações para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família de famílias indígenas aldeadas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qual Res Psychol**, UK, v. 3, p. 77-101, 2006.

BROWNE, A.J. et al. Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. **Nursing Philosophy**, Malden, v.10, p.167-179, 2009.

BURANBAEVA, O. Access to Health Services by Indigenous Peoples in the Russian Federation. In: NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretaria. **State of the World's Indigenous Peoples**. Indigenous Peoples' United Nations access to Health Services. 2 vol. Nova Iorque: Nações Unidas. 2015. p. 158-190.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J.M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p.104-416, 2005.

CALDAS, A.D.R. **Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil**: análise da construção de uma política pública em saúde. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

CAMPOS, G.W.S. Democratic management and new craft: concepts to rethink integration between autonomy and responsibility in health work. **Ciênc. saúde colet.**, Manguinhos, v.15, n.5, p. 2337-2345, 2010.

CANESQUI, A.M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.109-124, 2003.

CAPRARA, A.; PANDIM, L.P. Ethnography: its use, potentials and limits within health research. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.12, n.25, p. 363-376, 2008.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Health practices, constructed meanings and senses: theoretical instruments to help the interpretative analysis. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.13, n.29, p.313-26, 2009.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. Brasília/ São Paulo: Paralelo Quinze/Editora da Unesp, 1996

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **Urbanização e tribalismo**: a integração dos índios Terena numa sociedade de classes. Rio de Janeiro: Zahar, 1968.

CARSOSO DE OLIVEIRA, R. **Do índio ao Bugre**: o processo de assimilação dos Terêna. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

CHANDER, M.P. et al. Ethno medicine and healthcare practices among Nicobarese of Car Nicobar – An indigenous tribe of Andaman and Nicobar Islands. **Journal of Ethnopharmacology**, Shannon, v.158, p.18-24, 2014.

CLEMENTE, Y. et al. Perceived efficacy of herbal remedies by users accessing primary healthcare in Trinidad. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 7, n. 4, p. 1-9 2007.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica**: antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

CONRAD, P. **The medicalization of society**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COSTA, M.C.S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna Hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p.372-382, 2002.

CRESSWELL, J. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among Five Approaches**. 3 ed. Thousand Oaks: Sage. 2013. 448p.

DA MATA, N.D.S. et al. The participation of Wajãpi women from the State of Amapá (Brazil) in the traditional use of medicinal plants – a case study. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, London, v. 8, n. 48, p. 2-9, 2012.

DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J.; DIAS-SCOPEL, R.P.D. The Contribution of Indigenous Community Health Workers to Special Healthcare for Brazilian Indigenous Peoples. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.819-831, 2012.

DOUGLAS, M. **Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo**. New York: Routledge. 2002

DURHAM, E.R. **A dinâmica da cultura**. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

EMMERICH, N. For an Ethnomethodology of Healthcare Ethics. **Health Care Anal**, Netherlands, v. 21, p.372–389, 2013.

ERMINE, W.; SINCLAIR, R.; JEFFERY, B. **The Ethics of Research Involving Indigenous Peoples**. Indigenous Peoples' Health Research Centre: Saskatoon, SK. 2004.

FÁVARO, T. et al. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.785-793, 2007.

FERREIRA, L.O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. História, **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.203-219, 2013.

FRANCO, T.B.; MAGALHÕES JUNIOR, H.M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy, E.E. et al. (Org.). 2ª Ed. **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o sus no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec, 2004. 296 pp.

FOLLÉR, M. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Orgs). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões Sobre Antropologia Participativa**, Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ ABA, 2004.

FOLLÉR, M.L.; GONZÁLEZ, M.E. Conocimiento, salud y derechos indígenas en la amazonía: introducción. **Anales Nueva Época**, Göteborg, n. 5, p. 9-19, 2002

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GEERTZ C. **A Interpretação das Culturas**. 1 ed, reimp. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GEERTZ C. **The Interpretation of Cultures**. New York; Basic Books Inc. Publishers, 1973.

- GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 14 ed. Tradução de Vera Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 2014.
- GERLACH, A.J. A Critical Reflection on the Concept of Cultural Safety. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, Ottawa v.79, n.3, p.151-153, 2012.
- GIBBS, K.A. Teaching Student Nurses to be Culturally Safe: Can It Be Done? **J Transcult Nurs.**, Tuscaloosa, v.16, p. 356-360, 2005.
- GIL, P.L. Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na Amazônia. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p.48-60, 2007.
- GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, Davis, v. 25, n.4, s/p. 1998.
- HALL, A. Defining nursing knowledge. **Nurs Times**, London, v.101, n.48, p.34-37, 2005.
- HAMMERSLEY, M. Reproducing or constructing? Some questions about transcription in social research. **Qualitative Research**, Los Angeles, v.10, n.5, p.1-17, 2010.
- HANSEN, K.L. Access to Health Services by Indigenous Peoples in the Arctic Region. In: NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretaria. **State of the World's Indigenous Peoples**. Indigenous Peoples' United Nations access to Health Services. 2 vol. Nova Iorque: Nações Unidas. 2015. p. 58-80.
- HELD, A.A.V.; LOPES, M.S.C.; SÁ, S.M.N.B.; PORTO, D.O.S. Percepção de saúde na etnia Guarani Mbyá e a atenção à saúde. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 923-933, 2011.
- HÖKERBERG, Y.H.M.; DUCHIADE, M.P.; BARCELLOS, C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingang do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.261-272, 2001.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4a ed. São Paulo: Nova Fronteira; 1975.
- ISLAM, M.K. et al. An ethnobotanical study of medicinal plants used by tribal and native people of Madhupur forest area, Bangladesh. **Journal of Ethnopharmacology**, Shannon, v.151, p. 921-930, 2014.
- INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Terra Indígena Buriti**. 2013. Disponível em <<http://ti.socioambiental.org/pt-br/#!/pt-br/terras-indigenas/3626>>. Acesso em 17 jun 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pessoas indígenas, por situação do domicílio, localização do domicílio e condição de indígena, segundo o sexo e os grupos de idade - Brasil - 2010**. 2010. Acesso: em 1 de nov de 2015. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_gerais_indigenas/default>
- KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. An Exploration of the Bordeland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980.
- KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition**. Basic New York: Books, 1988. 284 p.

- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, Boston, v.12, p. 85-93, 1978.
- KLEINMAN, A. From illness as culture to caregiving as moral experience. **N Engl J Med**, Massachusetts, v. 368; n.15, p. 1376-1377, 2013.
- KURTZ, D.L.M.; NYBERG, J.; VAN DEN TILLAART, S.; MILLS, B.; Okanagan Urban Aboriginal Health Research Collective. Silencing of Voice: An Act of Structural Violence. Urban Aboriginal Women Speak Out About Their Experiences With Health Care. **Journal of Aboriginal Health**, Canadaá, v.4, n.1, p.53-63, 2008.
- KURTZ, D.L.M. et al. Social Justice and Health Equity: Urban Aboriginal Women's Action for Health Reform. **The International Journal of Health, Wellness, and Society**, Chamoaign, v. 3, n.4, p.13-26, 2014.
- LAMA, M. Access to Health Services by Indigenous Peoples in Asia. In: NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretaria. **State of the World's Indigenous Peoples**. Indigenous Peoples' United Nations access to Health Services. 2 vol. Nova Iorque: Nações Unidas. 2015. p. 32-57.
- LANGDON, E.J.; WIIK, F.B. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n.3, p.459-466, 2010.
- LANGDON, E.J. Diversidade Cultural e os Desafios da Política Brasileira de Saúde do Índio. Editorial Especial. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p.7-12, 2007.
- LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E. Participação e Autonomia nos Espaços Interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.
- LANGDON, E.J. (Org.). **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.
- LANGDON, E.J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.
- LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade**. LOPES, F.S.C. (Trad). Petrópolis: Vozes; 2011. 405 p.
- LOSNAK, S.R. Re-significação da identidade cultural dos Terêna de Ekeruá: uma abordagem da produção cultural subalterna **Revista Extraprensa**, São Paulo, v. 1, n. 1E, p.1-17, 2010.
- MAGNANI, J.G.G. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v.17, n. 49, 2002.
- MAHONEY, J.S.; EGBRETSON, J. The Interface of Anthropology and Nursing Guiding Culturally Competent Care in Psychiatric Nursing. **Archives of Psychiatric Nursing**, Madinson, v. 14, n. 4, p. 183-190, 2000.
- MALINOWSKI, B. Introdução. In: **Os argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Ed. Abril, 1978. p. 17-34.

- MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1994.
- MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Cartographies of Work and Health Care. **Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n.2, p.151-163, 2012.
- MIGIRO, P.S. Access to Health Services by Indigenous Peoples in the African Region. In: NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretaria. **State of the World's Indigenous Peoples**. Indigenous Peoples' United Nations access to Health Services. 2 vol. Nova Iorque: Nações Unidas. 2015. p. 10-31.
- MINAYO, M.C.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIRANDA, C.C. Terra Indígena Nioaque: processo de formação sociopolítica, divisão da aldeia Água Branca e os momentos históricos vividos por este povo ao longo dos anos. **Revista Internacional de Desenvolvimento Local**. v. 8, n. 2, p. 243-249, 2007.
- MOREIRA, S.V. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, J.; BARROS, A. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p. 269-279.
- MORSE, J.M. How different is qualitative health research from qualitative research? Do we have a subdiscipline? **Qual Health Res**, British Columbia, v.20, n.11, p.1459-1464, 2010.
- MOULES, N.J. et al. On Applied Hermeneutics and the Work of the World. **Journal of Applied Hermeneutics**, Calgary, v.1, p. 1-5. 2011.
- MONTENEGRO, R.A.; STEPHENS C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. **Lancet**, London, v. 367, p.1859-1869, 2006.
- NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretaria. **State of the World's Indigenous Peoples**. Indigenous Peoples' United Nations access to Health Services. 2 vol. Nova Iorque: Nações Unidas. 2015. 190p.
- NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretaria. **State of the World's Indigenous Peoples**. 2009. 238 p.
- NATIONAL ABORIGINAL HEALTH ORGANIZATION (NAHO). **Cultural Competency and Safety:** A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators. Ottawa: NAHO. 2008. 33p.
- NEMES, M.I.B. Prática programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Editora Hucitec; 1996. p. 48-65.
- NOVO, M.P. Política e intermedicalidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1362-1370, 2011.

OBERHELMAN, S.M. Introduction: medical pluralism, healing, and dreams in greek culture. IN: OBERHELMAN, S.M. **Dreams, Healing, and Medicine in Greece**: from antiquity to the present. Texas: Ashgate, 2013. p. 1-10.

OLIVEIRA, F.A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

OLIVEIRA, J.E.; PEREIRA, L.M. **Terra Indígena Buriti**: perícia antropológica, arqueológica e histórica sobre uma terra terena na Serra de Maracaju, Mato Grosso do Sul. UFGD Editora, 2012.

OLIVEIRA FILHO, J P. Ensaios em Antropologia Histórica. Rio de Janeiro : UFRJ, 1999.
Ação indigenista e utopia milenarista : as múltiplas faces de um processo de territorialização entre os Ticuna. In: ALBERT, B.; RAMOS, A.R. (Org.). **Pacificando o Branco**: cosmologias do contato no Norte-Amazônico. São Paulo: UNESP, 2000.

O'REILLY, M.; PARKER, N. Unsatisfactory saturation: a critical exploration of the notion of saturated simple sizes in qualitative research. **Qualitative Research**, London, v. 13, n. 2, p. 190-97, 2013.

PAPPS, E.; RAMSDEN, I. Cultural safety in nursing: the New Zeland experience. **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 8, n. 5, p. 491-497, 1996.

PATTON, M.Q. **Qualitative research and evaluation methods**. 3 ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, 2002. 688 p.

PEDROLO, A.M. et al. Capacitação de agentes indígenas de saúde como forma de promoção da saúde na Reserva Indígena Guarita, Redentora – RS. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 31-38, 2008.

PEREIRA, L.M. Demarcação de terras kaiowa e guarani em MS: ocupação tradicional, reordenamentos organizacionais e gestão territorial. **Tellus**, Campo Grande, ano 10, n. 18, 2010.

PEREIRA, A.P.S.; ZAGO, M.F.Z. As influências culturais na dor do paciente cirúrgico. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 32, n.2, p. 144-152, 1998.

PÍCOLI, R.P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D.L.B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2006.

POLLNER, M.; EMERSON, R.M. Ethnomethodology and Ethnography. In: ATKINSON, P. et al. (Ed.). **Handbook of Ethnography**. London: Sage. 2005. p.118–35

PRATES, J. C.; PRATES F.C. Problematizando o uso da técnica de análise documental no serviço social e no direito. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.15, n.2, p. 111-125, 2009.

RAMSDEN, I. **Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu**. 2002. Tese (Doutorado). Victoria University of Wellington. 2003.

READING, J.; HALSETH, R. **Pathways to improving well-being for indigenous peoples**: how living conditions decide health. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health. 2011. 55 p.

- READING, J. **The crisis of chronic disease among aboriginal peoples**: a challenge for public health, population health and social policy. Victoria: Centre for Aboriginal Health Research. 2011. 185 p.
- RIBAS, D.L.B. et al. Nutrição e saúde materno infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 323-331, 2001.
- RIBEIRO, A.A.; ARANTES, C.I.S. Características do processo de trabalho em uma casa de apoio à saúde do índio. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v. 13, n. 4, p.608-616, 2014.
- RIBEIRO, A.A.; FORTUNA, C.M.; ARANTES, C.I.S. O trabalho de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 138-145, 2015.
- RIBEIRO, A.A. **Processo de trabalho e produção do cuidado de enfermagem em uma instituição de apoio ao indígena**. 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.
- RIGBY, W. et al. Closing the Gap: Cultural safety in Indigenous health education. **Contemporary Nurse**, New South Wales, v. 37, n. 1, p. 21-30, 2011.
- RICOUER, P. **Tempo e Narrativa**. Tradução de Constanças Marcondes Cesar. Campinas: Papirus, 1994. 1 v.
- ROMANELLI, G.; ALVES, Z.M.M.B. (Orgs.). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998.
- ROSSI, L.A. et al. Cultural meaning of quality of life: perspectives of Brazilian burn patients. **Disability and Rehabilitation**, Wilmington, v. 31, n.9, p.712–719, 2009.
- SANDELOWSKI, M. The use of quotes in qualitative research. **Res Nurs Health**, New York, v.17, n.6, p.479-482, 1994.
- SANDELOWSKI, M. Qualitative analysis: what it is and how to begin. **Res Nurs Health**, New York, v.18, n.4, p.371-375, 1995.
- SANTOS, G.M. Esboço sobre cosmologia, doença, cura e cuidados nos Enawene-Nawe. In: BRASIL. BRASIL. **Medicina Tradicional Indígena em Contextos** – Anais da I Reunião de Monitoramento. FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. S. (orgs.).Brasília. **Anais**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007, p. 78-90.
- SANTOS, G.M.; ANTONINI, Y. The traditional knowledge on stingless bees (Apidae: Meliponina) used by the Enawene-Nawe tribe in western Brazil. **J Ethnobiol Ethnomed**. London, v. 15, p. 4:19, 2008.
- SARTI, C.A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 10, n.1, p. 3-13, 2001.
- DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J.; DIAS-SCOPEL, R.P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n 5, p.819-831, 2012.

- SHARMA, J. et al. Ethnomedicinal plants used to treat skin diseases by Tharu community of district Udham Singh Nagar, Uttarakhand, India. **Journal of Ethnopharmacology**, Shannon, v. 158, p. 140–206, 2014.
- SILVA, J.A.; RIBEIRO FILHO, N.P. A dor como um problema psicofísico. **Rev. dor**, São Paulo, v.12, n.2, p.138-151, 2011.
- SILVA, V.G. **O antropólogo e sua magia**: trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras. 1 ed, 1 reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.
- SILVA, E. Os índios Xukuru e as ligas camponesas (Pesqueira-PE, 1961). **Revista Crítica Histórica**, Maceió, v. 1, n. 2, p. 101-114, 2010.
- SMYE, V.; RAMEKA, M.; WILLIS, E. Indigenous health care: advances in nursing practice. **A Journal for the Australian Nursing Profession**, Melbourne, v.22, n.2, p. 142-154. 2006.
- SOUZA, G.C.A.; COSTA, I.C.C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v.19, n.3, p.509-517, 2010.
- SOUZA, J.; KANTORSKI, L.P.; LUIS, M.A.V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, 2011.
- STATON, L.J. et al. When race matters: disagreement in pain perception between patients and their physicians in primary care. **Journal of the National Medical Association**, New York, v. 99, n. 5, 2007.
- STOUT, M.D.; DOWNEY, B. Nursing, Indigenous peoples and cultural safety: So what? Now what? **Contemporary Nurse**, New South Wales, v. 22, p. 327-332. 2006.
- STRONG, J. et al. Quiet about pain: Experiences of Aboriginal people in two rural communities. **Aust. J. Rural Health**, Deaking, v. 23, p.181–184. 2015
- SUSNIK, B. **Interpretación etnocultural de la complejidad Sudamericana antigua – I**: formación y dispersión étnica. Asunción: Museo Etnográfico Andrés Barbero, 1994.
- TASSINARI, A.M.I. Escola indígena: novos horizontes teóricos, novas fronteiras de educação. In: SILVA, A.L.; FERREIRA, M.K.L (Orgs). **Antropologia, história e educação**. São Paulo: Global; 2001. p. 44-70.
- TEIXEIRA, C.C. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. **Etnográfica**, Lisboa, v. 12, n.2, p.323-351, 2008.
- TEIXEIRA, C.C. A produção política da repulsa e os manejos da diversidade na saúde indígena brasileira. **Rev. Antropol.**, São Paulo v.55, n.2, p. 557-608, 2012.
- TESSER, C.D. Prevenção Quaternária para a humanização da Atenção Primária à Saúde. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n.3, p. 416-426, 2012.
- TEMPLE, B; YOUNG, A. Qualitative research and translation dilemmas. **Qual Res.**, London, v.4, n. 2, p.161-178, 2004.
- THORNE, S. **Interpretative Description**. Califórnia: Left Coast Press; 2008. 272p.

THORNE, S. Toward methodological emancipation in applied health research. **Qual Health Res.** British Columbia, v.21 n.4, p.443-453, 2011.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1987.

TUKUITONGA, C. Access to Health Services by Indigenous Peoples in the Pacific Region. In: NAÇÕES UNIDAS. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretaria. **State of the World's Indigenous Peoples.** Indigenous Peoples' United Nations access to Health Services. 2 vol. Nova Iorque: Nações Unidas. 2015. p. 130-157

TURATO, E. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa.** Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2011.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 497-504, 1994.

ULLAH, S. et al. Ethnomedicinal plant use value in the Lakki Marwat District of Pakistan. **Journal of Ethnopharmacology**, Shannon, v.158, p. 412–422, 2014.

WHYTE, W. F. Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada. OLIVEIRA, M.L. (trad.). Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

WIİK, F.B. “Somos índios crentes”: dialéticas do contato, alteridade e mediação cultural entre os Kokleng (Jê) de Santa Catarina. **Tellus**, Campo Grande, v.10, n. 19, 2010.

VARGA, I.V.D.; BATISTA, L.E.; VIANA, R.L. Saúde da população indígena. In: VENTURI, G.; BOKANY, V. (Org.). **Indígenas no Brasil:** demandas dos povos e percepções da opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 143-176.

VARGAS, V.L. **A construção do território Terena (1870 - 1966):** uma sociedade entre a imposição e a opção. 2003. 161f. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós - Graduação em História. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Dourados, 2003.

VENTURI, G.; BOKANY, V. Indígenas no Brasil: estado nacional e políticas públicas de saúde. In: VENTURI, G.; BOKANY, V. (Org.). **Indígenas no Brasil:** demandas dos povos e percepções da opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. p. 13-28.

VELHO, G. Observando o familiar. In: NUNES, E.O. (Org.). **Aventura sociológica.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 36-46.

VILA, V.S.C.; ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n.2, p.137-144, 2002.

VIVEIRO DE CASTRO, E. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 2, n.2, p.115-144, 1996.

YANG, L.H. et al . Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. **Social Science & Medicine**, Philadelphia, v.64, p.1524–1535, 2007.

YOUNG, A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. **Am Anthropol.**, Malden, v.78, n. 1, p. 5-24. 1976.

ZHANG, Y.; WILDEMUTH, B.M. Qualitative analysis of content. In: WILDEMUTH, B. (Ed.). **Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library.** Portland: Book News; 2009.

ZHANG, L. et al. Ethnobotanical survey of medicinal dietary plants used by the Naxi People in Lijiang Area, Northwest Yunnan, China. **Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine**, London, v.11, n.40, p.1-11, 2015.

Apêndices

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP-05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
Fone: 55 (11) 3061-7533 - Email: spgee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário
CEP-14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: 55 (16) 3602-3394 - Email: spq@eerp.usp.br

COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO - INTERUNIDADES EM ENFERMAGEM - EE-EERP/USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA O INDÍGENA (Versão III)

Pesquisa: O cuidado no espaço de intermedicalidade em uma aldeia indígena

Pesquisadora Responsável: Aridiane Alves Ribeiro

Oriendadora: Profª Drª Lídia Aparecida Rossi

Sr/a _____

Você está sendo convidado para participar de um estudo sobre a sua saúde e sobre o cuidado que recebe no Pólo e na própria aldeia. Se você não quiser participar, não precisa. E em qualquer hora você pode dizer que não quer mais participar da pesquisa. Se você não quiser participar dessa conversa, não terá nenhum problema no seu atendimento com o posto de saúde. E nem com a pesquisadora.

Se quiser participar, vou pedir que me responda a algumas perguntas e também vou passar um período do dia na aldeia com as pessoas que moram lá e que concordarem, para ver como você tem cuidado da saúde e como as pessoas da aldeia cuidam da saúde. Vamos ficar uns 40 minutos conversando e quando você quiser parar você poderá. Se não quiser responder alguma coisa também não precisará responder. A sua fala vai me ajudar a entender como acontece o cuidado dos profissionais de saúde junto com os indígenas da aldeia.

Neste estudo os riscos são baixos. Na nossa conversa, você pode sentir algum desconforto ou cansaço. Não se preocupe, caso isso aconteça, podemos parar a conversa se você quiser. Ainda assim, caso você não se sinta bem por qualquer motivo durante a conversa e se você quiser, você pode ser levado ao posto de saúde da aldeia ou no Pólo Base em Sidrolândia para que seja atendido pela equipe de saúde. Pode ser também que a minha presença na aldeia te incomode, peço que você me fale, pois na aldeia, eu só vou participar das atividades que me convidarem e só vou entrar nos locais onde vocês permitirem.

Se você quiser saber mais ou se não entender algo sobre esta pesquisa pode falar com a Aridiane na aldeia ou no telefone (16) 8122-5302, ou com a professora dela, a Lídia Aparecida Rossi, no telefone (16) 3602-3402, em qualquer momento do estudo. Ou você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, que é um grupo de pessoas que avalia o projeto de pesquisa para saber se o projeto respeita as questões éticas. Esse grupo tem ainda a finalidade de proteger as pessoas que participam das pesquisas e garantir os direitos delas em relação às pesquisas. O endereço do Comitê é Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão, Preto - SP - Brasil. CEP: 14040-902. O telefone é (16) 3692-3386. E funciona de segunda à sexta-feira, das 08 às 17 horas.

Participante (Rubrica/Impressão): _____ Pesquisador (Rubrica): _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP-05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
Fone: 55 (11) 3061-7533 - Email: spgee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário
CEP-14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: 55 (16) 3602-3394 - Email: spq@eerp.usp.br

COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO - INTERUNIDADES EM ENFERMAGEM - EE-EERP/USP

Esta pesquisa só tem conversa e observação. Não tem fotografia e nem vai fazer mal à saúde das pessoas da aldeia. A pesquisadora vai guardar direito as fichas e não vai ficar falando à toa sobre o que escutou nas conversas. Ela vai fazer reunião com os indígenas depois da pesquisa para contar o ela achou de resultados. Quando você assinar esta carta é porque você entendeu mesmo e pensa que a pesquisa é importante para a aldeia e vai querer participar e conversar. Entendeu também que pode parar a conversa em qualquer hora que quiser. Depois das explicações sobre a pesquisa e sobre sua participação e não houver dúvidas, você ou seu representante assinará duas vias desta carta. Uma cópia ficará com você e outra ficará com a pesquisadora responsável.

- Eu, _____ aceito participar da pesquisa da Aridiane Alves Ribeiro. E sei que meu nome não vai aparecer na pesquisa e que posso parar de participar a hora em que eu quiser

Data: ____/____/____.

Impressão do
Dedo Polegar
Caso não saiba assinar

Assinatura do Indígena ou Responsável

Aridiane Alves Ribeiro
Pesquisadora Responsável. Fone: (16)8122-5302; e-mail: aridianeribeiro@gmail.com
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Avenida Bandeirantes, 3900, Sala 69 – CEP 14040-902.
Ribeirão Preto –SP.

Participante (Rubrica/Impressão): _____ Pesquisador (Rubrica): _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP-05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
Fone: 55-(11)-3061-7533 - Email: spgee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário
CEP-14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: 55-(16)-3602-3394 - Email: spq@eerp.usp.br

COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO - INTERUNIDADES EM ENFERMAGEM - EE-EERP/USP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO PARA O NÃO- INDÍGENA (Versão III)

Pesquisa: O cuidado no espaço de intermedicalidade em uma aldeia indígena

Pesquisadora Responsável: Aridiane Alves Ribeiro

Oriendadora: Profª Drª Lídia Aparecida Rossi

Sr/a. _____

Você está sendo convidado para participar de um estudo: “O cuidado no espaço de intermedicalidade em uma aldeia indígena”, que tem como objetivo descrever a realidade social e política na qual acontece o cuidado vivenciado por trabalhadores de saúde e usuários indígenas. Sua participação não é obrigatória e não implica em qualquer gasto financeiro. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Pólo Base. Também não acarretará prejuízos pessoais ou profissionais.

Sua participação nesta pesquisa será por meio de uma entrevista com duração aproximada de 40 minutos. A entrevista será gravada e transcrita para posterior análise. Será realizada também observação, isto é, a pesquisadora acompanhará, se você permitir, as suas atividades relacionadas ao cuidado prestado na aldeia. Neste estudo os riscos são baixos. Você poderá vir a sentir cansaço, algum desconforto e/ou constrangimento. No entanto, caso isso aconteça e se você preferir, a entrevista será imediatamente suspensa. Por isso, caso haja algum desconforto durante a entrevista, pedimos que, se for de sua vontade, você nos explique o que ocorreu para que possamos corrigir qualquer erro que, em seu julgamento, tenhamos cometido e para que você seja encaminhado à unidade de saúde da aldeia ou no Pólo Base em Sidrolândia para que seja atendido pela equipe de saúde. Você tem inteira liberdade para encerrar a entrevista ou retirar seu consentimento no momento que quiser sem ter nenhum problema. Pode ser também que a minha presença na aldeia te incomode, peço que você me fale, pois na aldeia, eu só vou participar das atividades que me convidarem e só vou entrar nos locais onde vocês permitirem.

Para sanar possíveis dúvidas você tem liberdade de entrar em contato em qualquer etapa da pesquisa com a pesquisadora Aridiane Alves Ribeiro pelo telefone (16) 8122-5302 ou com a professora Lídia Aparecida Rossi pelo telefone (16) 3602-3402, em qualquer momento do estudo. Ou você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, que é um grupo de pessoas que avalia o projeto de pesquisa para saber se o projeto respeita as questões éticas. Esse grupo tem ainda a finalidade de proteger as pessoas que participam das pesquisas e garantir os direitos delas em relação às pesquisas. O endereço do Comitê é Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte

Participante (Rubrica/Impressão): _____ Pesquisador (Rubrica): _____

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
CEP-05403-000 - São Paulo - SP - Brasil
Fone: 55-(11)-3061-7533 - Email: spgee@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Av. Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário
CEP-14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: 55-(16)-3602-3394 - Email: spq@eerp.usp.br

COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO - INTERUNIDADES EM ENFERMAGEM - EE-EERP/USP

Alegre, Ribeirão, Preto - SP – Brasil. CEP: 14040-902. O telefone é (16) 3692-3386. E funciona de segunda à sexta-feira, das 08 às 17 horas.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos que você não será identificado. Caso você se sinta prejudicado, garantimos também que poderá buscar indenização de acordo com a lei vigente.

Após esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre sua participação e todas suas dúvidas forem sanadas, você receberá cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Mediante seu consentimento, você assinará duas vias deste termo. O mesmo está elaborado em duas vias, sendo que ficará uma retida com o pesquisador responsável e outra com o sujeito de pesquisa.

- Eu, _____ fui informado/a dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e/ou poderei retirar meu consentimento. A pesquisadora responsável me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Data: ____/____/____.

Assinatura do Participante

Aridiane Alves Ribeiro

Pesquisadora Responsável. Fone: (16)8122-5302; e-mail: aridianeribeiro@gmail.com
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Avenida Bandeirantes, 3900 Sala 69 – CEP 14040-902
Ribeirão Preto

Participante (Rubrica/Impressão): _____ Pesquisador (Rubrica): _____

Anexos

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO NO ESPAÇO DE INTERMEDICALIDADE EM UMA ALDEIA INDÍGENA

Pesquisador: ARIDIANE ALVES RIBEIRO

Área Temática: Área 6. Populações Indígenas

Versão: 3

CAAE: 00639212.4.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 134.390

Data da Relatoria: 24/09/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo com abordagem qualitativa sobre interculturalidade e a intermedicalidade em um espaço de interseção na relação de contato entre os diferentes sistemas cognitivo-simbólicos de práticas curativas, cenário que é engendrado por um processo de significação e ressignificação. Segundo a pesquisadora há uma lacuna do conhecimento sobre o cuidado à saúde indígena no processo de cuidar na zona de intermedicalidade em uma aldeia, sobre a realidade social e política circunscrita à relação intercultural prestada durante o cuidado e os seus determinantes macro e micro desta relação.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever a realidade social e política na qual se estabelece o cuidado intercultural vivenciado por indivíduos na zona de intermedicalidade de uma aldeia, partindo da perspectiva dos usuários indígenas e dos profissionais de saúde ameríndios e não-indígenas.

Objetivos Secundários: Compreender o significado do cuidado e de seus determinantes na perspectiva dos atores envolvidos - trabalhadores de saúde e usuários indígenas; identificar as necessidades apresentadas pelos sujeitos no cuidado à saúde em um contexto de medicinas híbridas; descrever como é a assistência à saúde indígena permeada por um contexto político entre a medicina tradicional e os órgãos representantes da PNASI/Estado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco baixo, mais relacionados ao processo de entrevista e seus possíveis desconfortos

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

discordantes do proposto pela pesquisadora como *„mínimos“*.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de investigação (Doutorado - financiamento FAPESP aprovado) que utiliza instrumentos qualitativos por meio da etnografia com posicionamento de observador-participante, ou seja, de "olhar, ouvir e escrever" sobre a população, mas também de participar das rotinas da mesma e seu local de convívio. Serão utilizadas também entrevistas semi-estruturadas (previsão de 40 minutos). As populações estudadas são de três aldeias indígenas em Mato Grosso do Sul (Córrego do Meio, Oliveiras e na aldeia urbanizada Tereré - município de Sidrolândia). Considera-se uma região com indígenas que possuem distintos graus de proximidade com a sociedade envolvente. Objetivos, métodos, custos e cronograma apresentados. Número amostral justificado por saturação - registro de observações constantes a partir de um certo número de entrevistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver item "conclusões ou pendências e lista de inadequações"

Recomendações:

Ver item "conclusões ou pendências e lista de inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Indígena Versão II:
 - a. No parágrafo que se inicia com: "Na nossa conversa, você pode sentir algum desconforto ou cansaço. Não se preocupe, caso isso aconteça, vamos parar a conversa se você quiser. Por isso, caso você não se sinta bem por qualquer motivo durante a conversa, ou se a minha presença na aldeia te incomodar, se precisar e, se assim desejar, você será levado ao posto de saúde da aldeia ou no Pólo Base em Sidrolândia para que seja atendido pela equipe de saúde.". Não está claro se estas situações têm direta correlação com um mesmo desconforto. Solicita-se esclarecimento. Outrossim, também solicita-se, caso não haja ligação entre as situações, que se adote o seguinte texto: "Na nossa conversa, você pode sentir algum desconforto ou cansaço. Não se preocupe, caso isso aconteça, podemos parar a conversa se você quiser. Ainda assim, caso você não se sinta bem por qualquer motivo durante a conversa e se você quiser, você pode ser levado ao posto de saúde da aldeia ou no Pólo Base em Sidrolândia para que seja atendido pela equipe de saúde. Pode ser também que a minha presença na aldeia te incomode e, se você quiser, você será levado ao posto de saúde da aldeia ou no Pólo Base em Sidrolândia para que seja atendido pela equipe de saúde.".
 - e. No mesmo parágrafo, e conforme o posicionamento da pesquisadora, solicita-se esclarecimento sobre a postura a ser adotada na condição de: "...se a minha presença na aldeia te incomodar...".

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

2. Quanto ao TCLE Não-indígena:

- a. Neste documento, não há espaço para rubrica em todas as páginas do documento. Cumpre lembrar que o sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE,) apondo sua assinatura na última página do referido Termo. O pesquisador responsável deverá, da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido Termo. Solicita-se adequação.
- b. No que diz respeito aos contatos para o caso de dúvidas do sujeito, não consta horário de funcionamento do CEP nem dos responsáveis pela pesquisa, solicita-se adequação.
- c. Na página 2 do referido Termo, lê-se: "você receberá cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Mediante seu consentimento, você assinará duas vias deste termo. Uma cópia ficará com você e outra ficará com a pesquisadora responsável.". Deve ser informado, no entanto, que o mesmo será elaborado em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o sujeito de pesquisa (Resolução CNS 196/96 item IV.2.d, VI.2.g).

Situação do Parecer:

Aprovado com Recomendação

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto, devendo o CEP verificar o cumprimento das questões acima, antes do início do estudo.

Situação: Protocolo aprovado com recomendação.

BRASILIA, 30 de Outubro de 2012

Assinador por:
Aníbal Gil Lopes
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O CUIDADO NO ESPAÇO DE INTERMEDICALIDADE EM UMA ALDEIA INDÍGENA

Pesquisador: ARIDIANE ALVES RIBEIRO

Área Temática: Área 6. Populações Indígenas

Versão: 4

CAAE: 00639212.4.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 170.397

Data da Relatoria: 12/12/2012

Apresentação do Projeto:

Análise de respostas às pendências elencadas em parecer anterior da CONEP.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores descrevem no projeto de pesquisa "Deste modo, no desenvolvimento de pesquisa haverá a atenção a todos os riscos e benefícios que a mesma pode prover aos sujeitos envolvidos. Considerando os objetivos do presente estudo, a metodologia empregada e as técnicas de coleta de dados (que inclui observação participante e entrevistas com roteiro semi-estruturado), pode-se afirmar que os riscos serão baixos, seja nos aspectos físicos, psíquicos ou morais para os participantes da pesquisa", atendendo sugestão do CONEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores reapresentam a Versão III dos TCLEs conforme as pendências estabelecidas pelo parecerista do CONEP.

Recomendações:

Os pesquisadores acataram as recomendações estabelecidas pelo CONEP

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: 1636-0233

Fax: 1636-0205

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências estabelecidas pelo CONEP foram respondidas pelos pesquisadores e as adequações foram criteriosamente feitas nos TCLEs.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 155a Reunião Ordinária do CEP EERP/USP.

RIBEIRAO PRETO, 12 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Lucila Castanheira Nascimento
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: 1636-0233

Fax: 1636-0205

E-mail: cep@eerp.usp.br