



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v. 8, Supl n. 2 (2022).

RELATO DE EXPERIÊNCIA

DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup2p85-101

Processos (trans)formativos e práticas de cuidado: experiências de uma residente multiprofissional em Saúde Indígena

(Trans)formation process and care practices: experiences of a multiprofessional
resident on Indigenous Health

Clara Gomes Machado

Psicóloga – Especialista em Saúde Indígena; Secretaria Municipal de Saúde (psicóloga), Belo Horizonte, MG, Brasil;
E-mail: claragomes09@hotmail.com;
ORCID 0000-0002-0612-291X

Verônica Gronau Luz

Nutricionista - Doutora em Nutrição; Universidade Federal da Grande Dourados (professora), Dourados, MS, Brasil;
E-mail: veronicaluz@ufgd.edu.br;
ORCID 0000-0001-7340-1727

Catia Paranhos Martins

Psicóloga – Doutora em Psicologia; Universidade Federal da Grande Dourados (professora), Dourados, MS, Brasil;
E-mail: catiamartins@ufgd.edu.br;
ORCID 0000-0003-4905-5865

Resumo: Trabalhar com a saúde dos povos indígenas significa estar disposto/a a abrir mão dos conhecimentos hegemônicos para ser afetado/a por grupos com concepções de mundo, saúde e corpo próprias. Este é um relato de experiência de uma psicóloga estudante da Residência Multiprofissional em Saúde Indígena (RMSI) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. Serão utilizadas as anotações de Diário de Campo feitas ao final de cada campo de prática da Residência em diálogo com a literatura da Saúde Coletiva, Antropologia da Saúde e Psicologia Social Comunitária. Contextualizou-se o lugar de fala da autora, bem como a Reserva Indígena de Dourados e suas imediações, além do histórico da saúde indigenista no Brasil. As discussões foram feitas em três eixos, o primeiro apresentou as problemáticas da gestão da atenção básica e hospitalar na efetivação da atenção diferenciada e seus impactos na assistência aos/às indígenas. O segundo trouxe as vivências nos serviços de saúde, com ênfase nas relações entre trabalhadores/as e usuários/as. E o terceiro evidenciou a saúde na perspectiva dos/das Kaiowá e Guarani, pela participação em cerimônias tradicionais. Conclui-se que as normativas que orientam este segmento não são efetivadas no cotidiano da assistência, e afirma-se que a saúde se dá nos encontros, em que é necessário respeitar as formas de ser e estar no mundo destes povos, para produzir cuidado e potência de vida, e não violações. Por fim, reitera o papel da RMSI como espaço privilegiado, e questiona-se os processos de seleção e formação dos/das residentes.

Palavras-chave: Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Educação Continuada; Saúde de Populações Indígenas; Saúde Pública.

Abstract: Work with the indigenous people health means to be ready to waive the hegemonic knowledge to let be affected by groups with their own conceptions of world, health and body. This is a experience report of a psychologist who is student of the Multidifrofesional Residence in Indigenous Health of the University Hospital of the Federal University of Grande Dourados, State of Mato Grosso do Sul, Brazil. It will be used the field diary notes made at the end of each working field of the residence in dialogue with the Collective Health, Anthropology of Health and Social Community Psychology literature. The speech place of the author was contextualized, just as the Indigenous Reservation of Dourados and its surroundings, besides the history of the indigenist health in Brazil. The discussions were made in three axes, the first presented the manegment problems of the basic and hospital care on the achievement of the differentiated attention and its impacts on the indigenous assistance. The second talked about the livingness on the healthcare services focusing on the relationship between workers and users. And the third spotlighted the health based on the Kaiowá and Guarani perspective, from the participation in traditional ceremonies. It is concluded that the normatives that mentor this segment are not effected on the daily routine of healthcare, and it is said that the assitance occur on the meetings, when it is necessary to respect the indigenous ways of being in the world in order to produce care and life power, not violences. At the end, reaffirm the residence role as a privileged place and question the residents selective and formative processes.

Keywords: Training of human resources in health; continuing education; health of indigenous populations; public health.

Introdução

Saúde é o produto do tekohá [1]. Ele é a terra abençoada que vai dar as plantas e os animais. A gente come toda a energia deles. Sem tekohá, vamos comer comidas com outras energias, aí vem a doença. (Fala de Nhandesy [2])

Visando a garantia da saúde à população brasileira em sua diversidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) estrutura-se pela universalidade, integralidade e equidade. O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (SasiSUS) procura efetivar tais princípios a partir das especificidades destes povos, como preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), sendo o órgão responsável a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI).

Este texto abordará o cuidado em saúde indígena em Dourados, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, a partir das minhas vivências como psicóloga e aluna da Residência Multiprofissional em Saúde Indígena (RMSI) do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD). A RMSI está estruturada de forma que o/a residente atue em enfermarias e unidades intensivas das linhas de cuidado adulto e materno-infantil do HU-UFGD, no Hospital Indígena Porta da Esperança (HIPE) e na

atenção básica da SESAI, em Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI), Equipes Volantes de Saúde (EVS) e na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI).

Metodologia

*Por que é sempre difícil escrever esse diário? Enrolo para começar, atraso. Memórias se vão, emoções atenuadas. Preguiça de reviver tudo? Angústia?
(Registro da 1ª autora em diário de campo)*

Neste relato de experiência, analisarei a minha vivência nestes cenários e na participação em movimentos sociais e eventos científicos, a partir de anotações em diário de campo, feitas ao final de cada campo de prática/participação nos eventos. O diário de campo é um instrumento que possibilita refletir sobre a prática, discutindo com e sobre o vivido, marcando a não neutralidade da pesquisadora no processo de pesquisa³. Descrever acontecimentos e afetos se revelou um desafio, pois, além da jornada de trabalho exaustiva, a trajetória foi de aprendizados, sofrimentos e angústias; escrever foi a lembrança e ressignificação do vivido.

Os escritos foram lidos e organizados de acordo com sua relação com os tópicos a serem aprofundados, com a bibliografia lida e as discussões da Antropologia da Saúde, Saúde Coletiva e Psicologia Social Comunitária. Rer ler o material e visitar os lugares mostrou-se primordial para orientar a composição deste trabalho, optando-se por trazer anotações de vivências marcantes na íntegra, em itálico.

Diálogos com outros/as pesquisadores/as

Saúde Indígena é para os fortes. Não é para qualquer um. Ou a pessoa não dá conta, fica pouco tempo e sai, ou se entrega e não sai mais. (...). Não tem problema chorar, significa que você se importa, é disso que precisamos. (Conversa com funcionário da SESAI)

Ao transitar nestes serviços, dentre estranhamentos, observo que a saúde ocorre na relação trabalhador/a-usuário/a, quando se compreendem as necessidades e urgências de cada momento⁴. Ao se depararem com a alteridade extrema dos povos, alguns/umas trabalhadores/as adotam práticas indiferenciadas entre indígenas e não indígenas, com total desconhecimento de sua realidade, enquanto outros/as são sensíveis à causa, e há ainda trabalhadores/as indígenas.

Para promover saúde indígenista, o saber biomédico mostra-se limitante, sendo necessária a compreensão dos modos de vida, das cosmologias e das concepções saúde-doença destes povos. O que é preciso para oferecer um cuidado responsável e produtor de autonomia? Ser um/uma profissional indígena garante uma prática mais sensível? Qual a formação adequada para trabalhar em contextos interétnicos? Os/as trabalhadores/as da SESAI possuem essa formação? Os/as gestores/as promovem a educação permanente?

A fim de procurar respostas, recorri à literatura por meio de uma pesquisa bibliográfica nos principais bancos de dados, a saber: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (Pepsic) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Utilizei os descritores “Saúde Indígena”, “Formação” e “Atenção Diferenciada”, e como sinônimo de “Formação”, “Educação Continuada”. Fiz a leitura dos títulos e resumos dos 15 artigos encontrados, sendo três selecionados para leitura integral, por serem pertinentes ao tema e estarem disponíveis *on-line*.

Além disso, fiz um apanhado das leituras que atravessaram a Residência, como bibliografias obrigatórias das disciplinas, indicações, recomendações de outros textos, além de artigos usados para produção de trabalhos acadêmicos. Foi feita a seleção e o fichamento de 33 textos, dentre artigos, capítulos de livros e documentos institucionais, para dialogar com as minhas experiências.

Relatos Do Caminhar

Olha menininha, não é qualquer um que eles [indígenas] deixam trabalhar aqui, tem que ser aceito. Se não souber dialogar, se não gostarem de você, eles travam seu trabalho, dão um jeito de te tirar. (Conversa com funcionário da antiga FUNASA)

Trabalhar na saúde indígena é mergulhar em alteridades múltiplas, desconstruindo concepções pessoais e teóricas para, com humildade, reconstruir. O que colocar no vazio deixado pelo contato com o/a outro/a com concepções de corpo, mundo e vida diferentes? Qual(is) ciência(s) se pretende fazer para trabalhar com povos indígenas? Em que se basear para cuidar de sua saúde?

Nesse contexto intercultural, quais são os campos de conhecimento necessários para a formação de profissionais de saúde? Quem trabalha na equipe multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI)? (...) Se buscamos a saúde e a qualidade de vida, de que perspectiva estamos falando – dos índios?

– ou da nossa sociedade, da referência de saúde que faz parte de nossa cultura, de nosso imaginário social e profissional?^{5:181}

Ao trabalhar com os/as Kaiowá, Guarani e Terena – e não só com eles/as – é mister assumir um compromisso ético-político com a atuação, por entender que cuidar é um ato de poder, em que se é autorizado/a a determinar o espaço, o tempo e a vida e/ou morte destas pessoas⁶.

Esta discussão se pauta na psicologia social crítica, que constrói o conhecimento junto com os coletivos, rompendo com as colonialidades e produzindo saberes latino-americanos. Esta perspectiva guarda semelhanças com as políticas que orientam o SUS⁷, principalmente a Saúde Indígena, que questiona a soberania do modelo biomédico e defende uma atuação crítica do/da profissional em relação à sua prática. Entendo, como Cintra e Bernardo^{7:886}, que

É preciso, então, se libertar das amarras que prendem a atuação do psicólogo [e dos demais profissionais] a uma única ação e dar liberdade para que ela se transforme em atividades necessárias para aquele momento. Mas como proporcionar uma formação que ajude os profissionais a seguirem esse caminho sem achar que estão deixando de ser psicólogos por isso?

Quem sou eu na fila do pão?

E você, mora onde? É casada? Com quem você mora? Como vem pra cá? É, você não tem cara de quem tem filho, dá pra ver no seu corpo. Por que não? (Perguntas feitas pelos/as indígenas à 1ª autora)

Início situando o/a leitor/a de meu lugar de fala. Entro na Residência meses após a conclusão da graduação em minha cidade natal, Belo Horizonte, onde estive em contato com pessoas faveladas, periféricas, pretas. A fim de ampliar meu olhar para outros modos de vida, escolho atuar com populações indígenas. Da cidade grande no Sudeste brasileiro, chego em um estado que possui a população de minha cidade. Onde o silêncio dos quintais, o som dos passarinhos convive com ruas esburacadas de uma cidade no Centro-Oeste, região de fronteira, com hábitos paraguaios, valores conservadores e favelas diferentes das que conhecia.

Estranho a falta de montanhas, o ritmo desacelerado, o sotaque, as extensas plantações de soja e o cheiro da chuva. Não encontro tantos negros/as, nem diversidade nas roupas, cabelos e estilos musicais. A vida soa pacata, e o único empecilho ao (suposto) final feliz é um grupo de pessoas que “roubam as terras dos cidadãos de bem”, “jogam lixo na cidade”, “se atiram bêbados nas estradas” e

“pedem comida na porta das casas”. Essas pessoas são os/as indígenas, que me motivaram a cruzar o país para conhecê-los/las.

Contextualizando...

Essa terra daqui é vermelha de tanto sangue indígena derramado nesse lugar. (Fala de liderança indígena)

Em um dia difícil, indo para uma UBSI, presencio um acidente envolvendo um caminhão e uma moto pilotada por um jovem indígena a caminho do trabalho, que dias depois morre. Essa cena reverbera em mim por meses. Faço um paralelo: o agronegócio atropela, em instantes, as (re)existências indígenas. Assim como experimentei a impotência enquanto aquele corpo era arrastado na minha frente, cotidianamente me deparava com este sentimento diante das condições de vida dos/das indígenas no Mato Grosso do Sul frente ao agro, que “é pop”, que é “tudo” [3].

Na praça principal de Dourados, estão dispostos murais de divulgação da cidade. Em um está escrito “*Nossa gente*” com a imagem de uma criança indígena, e no outro “*Nossa vida*” com uma lavoura de soja. Esta campanha me parece um paradoxo, pois para efetivar a “*Nossa vida*” foi e ainda é preciso a morte da “*Nossa gente*”. Seja pelos conflitos territoriais armados com fazendeiros, seja pelas condições insalubres de saneamento, moradia e alimentação, a gente desse lugar é cotidianamente abatida.

O Posto Indígena Francisco Horta Barbosa, conhecido como Reserva Indígena de Dourados (RID), foi criado em 1917, recolhendo compulsoriamente famílias Kaiowá e Guarani para a implantação da Colônia Agrícola de Dourados. Enquanto esta possuía trezentos mil hectares, distribuídos em lotes de trinta hectares por família, aquela foi criada com três mil e seiscentos, em tekohá Kaiowá, abrigando também os/as Guarani das imediações e os/as Terena que já estavam fora de seu território, trazidos como mão de obra das frentes de expansão nacional⁹. Embora na RID convivam três etnias, estes relatos se referem majoritariamente aos/às Kaiowá e Guarani, que tive contato mais intenso.

Segundo moradores/as, a reserva possuía matas, animais silvestres e riachos, mas, nos dias atuais, o acesso à água é limitado e as casas não possuem tratamento de esgoto. A alimentação, advinda da caça, pesca e plantios, hoje é predominantemente com cestas básicas de programas governamentais. Existem na aldeia sete escolas, quatro UBSIs e um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS)⁹.

Muitos grupos, insatisfeitos com o confinamento e em busca do tekoporã [4], investem na reconquista de seus tekohá, nas chamadas “retomadas”. São espaços de resistência e esperança, porém com precário acesso às políticas públicas. Os conflitos são constantes com os/as atuais donos/as das propriedades, envolvendo o envenenamento pela pulverização de agrotóxicos [5]. Este panorama revela a vulnerabilidade a que estão expostos os povos originários, como afirma Coimbra Jr.^{11:856}:

Ser indígena no País implica maior chance de não completar o primeiro ano de vida, sofrer de desnutrição e anemia durante o período de crescimento, conviver com elevada carga de doenças infecciosas e parasitárias e estar exposto a rápido processo de transição nutricional, responsável pela emergência de agravos como obesidade, hipertensão arterial e diabetes.

Da gestão à assistência: macro e micropolítica

Com certeza vamos pra luta. Sempre lutamos. Se a gente puder evitar com o papel melhor, se não vamos parar a rodovia. Não vamos deixar acabar a saúde assim. Ou morremos na luta, ou sentados esperando atendimento. (Fala de trabalhador indígena em manifestação)

Como fui alertada, saúde indígena é luta. É repudiar as violências contra estes povos e defender sua liberdade de ser e estar no mundo, para além da existência monocultural deste lugar, que atinge, além de hectares, subjetividades¹².

Meu primeiro campo foi a atenção básica, que estava constantemente em paralisação pelo atraso do salário e por melhores condições de trabalho. Era – e ainda é – um momento delicado, com ameaças de municipalização, o que significa a transferência da responsabilidade e financiamento da esfera federal para a municipal. A mudança seria de grande perda na qualidade e acesso à saúde, como revela releva uma AIS na 16ª Conferência Municipal de Saúde: “*Se a prefeitura não dá conta nem de vocês que estão na cidade, imagina da gente*”.

A saúde indigenista tem um histórico assistencialista e curativista, feita por não indígenas, pouco alinhado às demandas das comunidades. Em 1910 o Ministério da Agricultura instala o Serviço de Proteção aos Índios e Localização dos Trabalhadores Nacionais (SPILTN), para integrar os/as indígenas e seus territórios à sociedade nacional e controlar epidemias. Na década de 1950, pelo Ministério da Saúde, cria-se o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), ofertando ações básicas de vacinação e controle de doenças contagiosas em áreas de difícil acesso. A assistência era esporádica, emergencial e de caráter tutelar, como exemplificado no Estatuto do Índio de 1973^{13,14}.

Com a redemocratização do País, o movimento indígena articula-se para reivindicar políticas públicas, demarcação de terras e legitimidade de exercer sua cultura, garantindo a aprovação destas pautas na Constituição de 1988. Concomitantemente, na saúde, a luta foi pela atenção diferenciada, defendida nas primeiras Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio, culminando na criação do Sasi-SUS em 1999. A gestão foi de responsabilidade ora da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), ora da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), até ser formada a SESAI em 2010. Esta se organiza em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) de acordo com a localização geoespacial das etnias^{13,14}. Acompanhei a exoneração de um gestor do DSEI Mato Grosso do Sul (DSEI-MS). Indígena, morador da RID, com formação na área da saúde, contratado com a aprovação da comunidade, foi substituído arbitrariamente por um não indígena, sem formação adequada, de outra localidade do País. O controle social não foi consultado sobre a decisão, em desacordo com a PNASPI, e após tentativas de diálogo com as instâncias superiores, o movimento ocupou por dias a sede administrativa do DSEI. Mesmo aos gritos, foram novamente silenciados/as. Teixeira e Silva⁶ trazem a violência estrutural que acontece quando se institui a participação formal dos/das indígenas nos conselhos e conferências, mas não se legitima suas reivindicações. “Nessa configuração, a presença indígena é de jure instituída, mas de facto desautorizada” [6],^{6:10}.

Este ex-gestor fala da ambiguidade do cargo, ao representar a comunidade para o governo e o governo para a comunidade, sendo levado a tomar decisões que ou prejudicariam o seu povo ou os cofres públicos, por motivos como a terceirização da SESAI, com contratos engessados e descontextualizados das necessidades locais. Nessas situações, baseado em quais interesses e motivações cada um desses gestores resolveria tais dilemas?

Mota e Nunes¹⁵ explicitam a falta de diretrizes de capacitação de recursos humanos para trabalhar em contextos interétnicos em documentos do Sasi-SUS e a insuficiência de ações de educação permanente e formação intercultural nos DSEIs, o que contribuiria na melhoria dos indicadores de saúde. No DSEI Bahia, apenas 28% dos/as gestores/as participaram de algum curso sobre populações indígenas, e dos/das que migraram da FUNASA para a SESAI, nenhum/a havia comparecido a essas capacitações. Este resultado instiga a pensar a situação dos demais distritos, revela a fragilidade do Subsistema e a urgência pela revisão de seus pilares.

Na atenção hospitalar, a Portaria nº 2663/2017¹⁶ garante o financiamento para serviços de alta complexidade que atendem um grande quantitativo de indígenas, por meio do Incentivo para a Atenção

Especializada aos Povos Indígenas (IAE-PI). Ela estimula a adaptação dos serviços com a melhora na ambiência, na formação dos/as trabalhadores/as e garantindo intérprete em tempo integral.

O HU-UFGD, ao receber tal incentivo, criou o Núcleo de Saúde Indígena com a SESAI e membros da UFGD. Participei de suas reuniões e observei os entraves em sua execução, desde a falta de apoio institucional à baixa adesão das equipes assistenciais hospitalares, fragilidades na gestão, descontinuidade das ações e desarticulação com a atenção básica e demais atores/atrizes.

São incontáveis os prejuízos na assistência aos/às indígenas. Mesmo com recursos exclusivos do IAE-PI, a gestão justifica dificuldades burocráticas para a contratação do/a intérprete de guarani – idioma nativo dos/das Kaiowá e Guarani – e esse/a profissional não existe atualmente no HU. Durante seis meses, o Núcleo contratou uma liderança Kaiowá como estagiária. Era perceptível a confiança dos/das usuários/as nela e a sensibilidade do cuidado, mas também a insuficiência desta medida. As demandas eram centralizadas em uma pessoa que, com carga horária reduzida, precisava compreender e atuar na complexidade dos casos de um hospital com 187 leitos, referência para 35 municípios do sul do estado¹⁷ – região de ocupação tradicional Kaiowá e Guarani.

Quando não havia intérprete, foi preciso encontrar brechas para efetivar este direito, como traduções feitas por outros/as usuários/as indígenas, funcionárias paraguaias do hospital e via telefone por trabalhadores/as da atenção básica. Em alguns casos esta falta ficava escancarada, como na conversa com uma mãe sobre paliativar [7] seu bebê, e com uma criança, falante exclusiva do guarani, internada na terapia intensiva sem acompanhante [8].

Chão de fábrica da assistência: encontros e (des)encontros

Para trabalhar aqui [no HIPE] tem que gostar de índio. Tem muitas pessoas que não têm respeito, têm preconceito. A gente sente, não precisa de muito tempo pra saber quem gosta de nós, mesmo sendo karai [9] dá pra confiar. (Conversa com filha de usuária no HIPE)

Em uma UBSI na RID, comento: *“Agradeço pelos momentos que passei aqui, e principalmente a vocês (AIS). Esse espaço é de vocês, que cada vez tenham mais indígenas ocupando todas as funções”*. Naqueles meses, em que me inseri na rotina dos/das AIS, acreditava que o cuidado ideal era feito por indígenas, porém estranhava sua ausência em cargos de nível superior, ocupados majoritariamente por não indígenas. Conhecendo melhor a realidade, percebi que ser indígena não isenta o/a trabalhador/a

de reproduzir violências, e algumas vezes favorece tais comportamentos, pela proximidade das famílias, somado à formação biomédica reducionista.

Meses depois participo de uma ação voltada aos/às trabalhadores/as da equipe desta UBSI. Era uma oficina lúdica, e na reflexão final uma AIS conclui: *“Acho que esse jogo [de jogar uma bola entre os/as participantes] aconteceu igual na vida real. Vocês tentam resolver entre vocês os problemas, e quando não conseguem jogam a bola pro AIS pra gente se virar e dar um jeito”*. Esta fala resumiu minhas percepções daquela equipe e dos serviços do Sasi-SUS que conheci. A bola circulava com frequência entre o médico e os membros de nível técnico e superior, não indígenas e indígenas da aldeia vizinha. Quando finalmente era direcionada aos/às AIS, eles/as jogavam entre si, incluindo funcionárias da limpeza e alguns/umas técnicos/as de enfermagem indígenas.

Refletindo sobre formação e educação permanente, Diehl e Pellegrini¹⁹ encontraram publicações sobre a capacitação de indígenas para o cargo de AIS como ponto chave para a atenção diferenciada, entretanto, pouco material sobre a formação de não indígenas, assim como observei em minha revisão bibliográfica. Esta formação é preconizada na PNASPI e foi pauta da 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que debateu a necessidade de discussões antropológicas com esses/as profissionais.

Estes achados revelam a concepção assimilacionista da PNASPI, que coloca os/as AIS como os/as únicos/as que precisam de formação – biomédica – desconsiderando tal necessidade para os demais membros das EMSI – com antropologia da saúde, saberes tradicionais. Está dada uma hierarquia destes conhecimentos, refletida no sistema de monitoramento de saúde do Sasi-SUS, em que as variáveis são apresentadas com dados quantitativos e epidemiológicos, não estando presentes analisadores de atenção diferenciada²⁰.

Já no HU-UFMG, na linha materno-infantil há muitos/as indígenas, e presenciei discursos moralizantes e estereotipados, com julgamentos e inferências sobre a vida sexual e reprodutiva e a maternagem das mulheres. Eram adotadas condutas autoritárias quanto ao uso de anticoncepcionais e a guarda dos/das recém-nascidos/as[10], falas higienistas como *“Eu disse pra tomar banho agora! Seu pé tá sujo de barro, não dá pra ir pra cirurgia fedendo assim”*. Todavia, na linha adulto, há um fluxo menor de indígenas e as equipes aparentam ter menos conhecimento de sua realidade, com certa indiferença e menos preconceitos, tornando a convivência amena. Como resistência, alguns/umas

usuários/as fugiam do hospital, e como me alerta uma liderança Kaiowá: *“Uma das piores coisas para o indígena é se sentir preso. Se ele não tá bem e quer sair, nunca tente impedir”*.

Pereira²², analisando estes encontros, afirma que o contato com a “alteridade radical” desperta a necessidade de tradução não só da linguagem, mas de um modo de ser que não condiz com a inteligibilidade ocidental. Nestas relações, ainda que precárias, podem ocorrer traduções etnocêntricas, negando as formas de cuidado e existência desses povos, ou abrir espaço para transformações na potência de agir dos/das profissionais, pelos afetos e afecções evocados. O autor afirma que

Essa torção produz – e é produto de – novas subjetividades e novas formas de olhar. Dito diretamente: limitações, limites e processos de tradução não só dizem algo sobre os profissionais, como podem ser simultaneamente produtos e produtores performáticos de novas formas de agir e pensar a Saúde Indígena^{22:529}.

Encontrei no HU mulheres, na maioria líderes familiares, que ali permaneceram por semanas. Além de lidar com as angústias do adoecimento, do ambiente hospitalar, da distância das aldeias e da arbitrariedade das condutas, eram recorrentes as preocupações com a casa e os/as filhos/as. As aldeias da região possuem altas taxas de violência sexual, uso abusivo de álcool e outras drogas e recolhimento de crianças pelo Conselho Tutelar [11]. Ademais, benefícios sociais geralmente estão no nome dessas mães, que, pela hospitalização, são impedidas de retirá-los, deixando as famílias ainda mais vulneráveis.

Ao mesmo tempo em que se produz cuidado ao/à usuário/a hospitalizado/a, expõe os/as demais membros a agravos em saúde. As regras institucionais em alguns casos não autorizam a internação sem acompanhante – que também é uma conquista, pela efetivação deste direito – nem permitem a permanência de outros/as familiares. Sob o poder do Estado, estes/as indígenas são colocados/as em uma encruzilhada, em que ao obedecer a uma instituição, desobedecem às outras, sendo punidos/as pelas decisões tomadas.

Para Teixeira e Silva⁶, nestas situações são produzidas violências, definidas como interações sociais em que significados e estratégias são disputados. A construção da legitimidade de algumas partes desafia a integridade física-moral de outras. As autoras classificam estes desencontros como violências interpessoais:

Essa é uma forma de violência que autoriza e desautoriza na mesma proporção: ela culpa o paciente indígena (e sua família) pela condição, responsabilizando-o pelas consequências da sua decisão (...), e, ao mesmo tempo, ignora a dimensão política (por exemplo) das condições

materiais precárias da atenção à saúde disponíveis no subsistema. Desta forma, revela o poder tutelar em sua forma brutal [12].^{6:14}

Também observei violências com indígenas com desnutrição e doenças crônicas não transmissíveis. O Estado os/as retira dos territórios, negando-lhes o direito à alimentação tradicional e fornece cestas básicas como solução a um problema que ele mesmo criou. As consequências são sentidas nos corpos indígenas, que são culpabilizados por não adotarem hábitos alimentares ideais.

No HIPE encontro um cenário diferente, um hospital às margens da RID, aberto, sem guardas na entrada e excesso de regras. Presenciei famílias visitando a pessoa internada, tomando tereré [13] juntos/as. As crianças que ficariam em casa sozinhas vão para o hospital e pacientes saem para retirar os benefícios. No entanto, esta instituição possui limitações na capacitação dos/as profissionais e disponibilidade de insumos.

Neste caminhar, vivenciei encontros violentos, mas também trabalhadores/as engajados/as e sensíveis. Nessas relações, são produzidas linhas de vida ou de morte, a partir do território existencial que o/a trabalhador/a se insere enquanto sujeito/a ético/a político/a²³. Qual será o território de cada trabalhador/a que convivi?

Enquanto o HU, hospital escola, possui profissionais especializados e alta tecnologia, a SESAI conhece os territórios, acompanha as famílias e o HIPE possui a facilidade de acesso e cuidados básicos numa internação. Será que esses serviços conversam, discutem casos? É possível um equilíbrio, em que se conciliem a flexibilidade à alta complexidade, complementando as limitações de um serviço com as potências de outro? O que cada uma destas instituições tem a aprender com as outras? Como articular uma rede integral?

Universos paralelos: saúde do Sasi-SUS e do tekohá

Não é só com manifestação e luta que vamos acalmar os espíritos da floresta. (Fala de liderança indígena)

Participei do Kuñangue Aty Guasu (Grande Assembleia das Mulheres Kaiowá e Guarani) e do Jerosy Puku (Batismo do Milho), onde, além dos/as indígenas, estavam apoiadores/as e estudiosos/as desses povos, de outras regiões do País e do mundo.

A assembleia aconteceu no tekohá Yvy Katu Portrerito, em Japorã/MS, reunindo indígenas da região para discutir temas de seus territórios. *“Bem-vinda ao meu tekohá”*, diz a Nhandesy Leila, que semanas depois reconheço em uma foto no Vaticano, lutando pelas causas indígenas[14]. Os/as convidados/as, da FUNAI, Ministério Público Federal, SESAI, universidades e demais órgãos, foram chamados/as a colaborar como ouvintes, pois quem coordenava a discussão eram as indígenas, em guarani, para depois serem traduzidas ao português. *“Aqui vocês vão ouvir o que temos a dizer, a fala é nossa.”* Além da magia dos cantos, danças e rezas, me aproximei da saúde dos/as Kaiowá e Guarani. Ela está no encontro com os parentes, em volta dos fogos, nas cerimônias tradicionais.

Além dos/das gestores/as da saúde presentes, senti falta dos/das trabalhadores/as e membros da Residência. Por que não estão, por dificuldades de acesso ou desinteresse? E os/as AIS, não se sentem conectados ou as condições de trabalho não permitem sua ida? Kuñangue não deveria ser rotina de trabalho? Como podem ser universos opostos?

Talvez falte escutar. Na maioria dos serviços, as orientações são feitas em português, de trabalhadores/as para usuários/as. No Kuñangue esta lógica se inverte, nós, karai, devemos ouvir, com o auxílio da tradução. Não serão momentos como esse, exemplos de saúde com, e não para, os/as indígenas? Afinal, estas mulheres nos relembram:

- SESAI é filha da luta e da resistência indígena, cabe aos profissionais e a quem está nas coordenações fazer valer esse direito de saúde diferenciada [...] todos os cuidados em território indígena têm que respeitar os cuidados tradicionais; [...].
- Profissionais em território indígena precisam ter a consciência de que estão atendendo povos indígenas, onde o horário da rede institucional é diferente do tempo Guarani e Kaiowá^{25:10}.

Também vivenciei o Jerosy Puku na aldeia Panambizinho, ritual realizado para Jakaira, cuidador das roças, que passa ensinamentos do modo de vida Kaiowá, abençoa o milho, utilizado para nomeação/batismo das crianças e para produção da chicha – bebida tradicional – iniciando o calendário agrícola². Dançar em círculos com eles/elas, reencontrando mulheres que havia conhecido em contexto hospitalar, provocou uma torção no meu entendimento sobre ser indígena e a importância das rezas e rituais no tekoporã. Como pensar um modelo de saúde que contemple a participação nestas cerimônias? Na hospitalização a visita religiosa é permitida, mas de qual religião, e onde ela se dá? Até quando estes universos serão paralelos?

Considerações finais

Pra conhecer a aldeia de verdade você tem que andar a pé. De carro, assim com a SESAI, não dá pra conhecer muita coisa. Se quiser conhecer melhor a gente, tem que caminhar por aqui. (Fala de usuária durante visita domiciliar)

Os encontros com os/as indígenas e os/as colegas do SUS produziram inúmeras interrogações, como as apresentadas ao longo deste escrito. Também me ensinaram a sempre perguntar, questionando o cenário local e nacional, ciente de que as respostas precisam ser construídas coletivamente. Enquanto a ciência moderna produz certezas, o trabalho com os/as indígenas produz afetos e desconstruções.

Quem são as pessoas que trabalham com os/as Kaiowá, Guarani e Terena do Mato Grosso do Sul? Como foram selecionadas para estes cargos? O que as motivou a trabalhar com Saúde Indígena? E os/as trabalhadores/as do HU, como lidam com estes atendimentos? Afinal, o que me motiva, que me sustentou nestes anos?

Os programas de Residência Multiprofissional são espaços de formação no, do e para o SUS. Sendo este o único programa no País com ênfase em Saúde Indígena, tensiono a seleção e preparação destes/as trabalhadores/as. Qual é o perfil dos/das candidatos/as, residentes e egressos/as da Residência Multiprofissional em Saúde Indígena? Onde estão após a conclusão da especialização?

Escrever foi uma tentativa de lidar com as inquietações das 60 horas semanais de (des)encontros, carregados de violações de direito. Foi um acalanto em meio às frustrações. Reitero, como traz Mendonça^{5:193}, que:

[...] a invenção de uma Saúde Indígena realmente capaz de se encontrar e aprender com a diferença chama atenção para esse fato, muitas vezes submersos pela técnica: é impossível uma clínica de qualidade na Atenção Básica sem um encantamento pelas singularidades culturais de população adscrita, ou seja, a diferença.

Por fim, reconheço que fui cuidada pelos/as supostos/as pacientes, pois foram meus/minhas psicólogos/as, dizendo o que precisava ouvir, sendo luz nos dias difíceis. Quantas aulas tive com crianças, jovens e anciões/ãs sobre a sua forma de ver o mundo, seus costumes. Eu era tirada do lugar comum, desafiada a refletir sobre quem eu era, o que é e o que faz a psicologia.

Nesses momentos, se for capaz de esquecer que estou em campo, que estou trabalhando, se for capaz de esquecer que tenho meu estoque de questões a fazer... (...) então estou direcionada para uma variedade particular de experiência humana (...) porque por ela estou afetada. (...) Aceitar ser afetado supõe, todavia, que se assuma o risco de ver seu projeto de conhecimento se desfazer^{26:160}.

Assim se faz Saúde Indígena, tecendo mais perguntas que respostas, dialogando com as pessoas e estando disposto/a a entrar em outro ritmo, desligar os motores e seguir caminhando, pisando na terra vermelha. Terra sagrada.

Notas

[1] “O guarani refere-se a seu território como tekohá. Ora, se o tekó é o modo de ser, o sistema, a cultura, a lei e os costumes, o tekohá é o lugar e o meio em que se dão as condições de possibilidade do modo de ser guarani.”¹:336

[2] Rezadora kaiowá².

[3] Campanha “Agro é tech, agro é pop, agro é tudo” da Rede Globo de Televisão⁸.

[4] Modo de viver e ser Kaiowá e Guarani. “Viver bem é saber dosar a proximidade e o distanciamento de entes humanos e não humanos com quem se troca [...] saberes.”²:169

[5]<https://amazoniareal.com.br/populacao-indigena-do-mato-grosso-do-sul-e-a-terceira-mais-contaminada-por-agrotoxicos-no-pais/10>

[6] Tradução das autoras.

[7] “Os cuidados paliativos são uma abordagem voltada para a qualidade de vida [...] frente [...] a doenças que põem em risco a vida. Sua atuação busca a prevenção e o alívio do sofrimento, [...] e das demandas, quer de natureza física, psicossocial ou espiritual.”¹⁸:44

[8] Pela pandemia de Covid-19, ocorreram adaptações de biossegurança no HU-UFGD, alteradas de acordo com a evolução da pandemia. Por meses foram suspensos as/os acompanhantes e/ou visitas em setores do hospital.

[9] “Não indígenas”, em Guarani.

[10] Ver documentário “Negligência de quem?”: <https://diplomatique.org.br/criancas-indigenas-retiradas-das-familias-o-culpado-e-o-proprio-governo/21>

[11] Ver documentário “Negligência de quem?”: <https://diplomatique.org.br/criancas-indigenas-retiradas-das-familias-o-culpado-e-o-proprio-governo/21>

[12] Tradução das autoras.

[13] Bebida tomada na região feita pela infusão da erva-mate.

[14]<https://racismoambiental.net.br/2020/10/23/leila-rocha-a-luta-de-uma-das-principais-liderancas-dos-indios-guarani-kaiowa/24>

Referências

¹ MELIÁ, B. **A Experiência Religiosa Guarani**. In: MARZAL MM, ROBLES JR, MAURER E, ALBÕ X, MELIÁ B. O Rosto Índio de Deus. Série VII: Desafios da Religião do Povo. Petrópolis: Vozes, 1989, V, 293-357.

- ² CARIAGA DE. **Relações e diferenças: a ação política Kaiowa e suas partes.** [Internet] Tese [Doutorado em Antropologia Social]. Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina; 2019 [cited 2020 Nov 23]. Available from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/204486>
- ³ PEZZATO LM, L'ABBATE S. **O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva.** Physis [Internet]. 2011 Dez [cited 2019 Nov 22]; 21:1297-1314. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000400008&lng=en&nrm=iso
- ⁴ TEIXEIRA RR. **O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações.** In: PINHEIRO R, MATTOS RA (orgs). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde [internet]. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003 [cited 2019 nov 22];89-111. Available from: https://www.academia.edu/12909632/O_Acolhimento_num_Servi%C3%A7o_de_Sa%C3%BAde_entendido_como_uma_Rede_de_Conversa%C3%A7%C3%B5es
- ⁵ MENDONÇA SBM. **Saúde Indígena: distâncias que aproximam.** In: Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS. Brasília, 2010; 2:179-195.
- ⁶ TEIXEIRA CC, SILVA CD. **Indigenous health in Brazil: Reflections on forms of violence.** Vibrant: Virtual Braz. Anthr [internet]. 2019 [cited 2019 nov 22];16(16204):1-22. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43412019000100204&lng=en&nrm=iso
- ⁷ CINTRA MS, BERNARDO MH. **Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social.** Brasília: Psicol. Cienc. prof. [internet]. 2017 dez, [cited 2020 nov 16];37 (4):883-896. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400883&lng=en&nrm=iso
- ⁸ SANTOS ADG, SILVA DV, MACIEL KN. **A campanha publicitária “Agro é tech, agro é pop, agro é tudo”, da Rede Globo de Televisão, como difusora da propaganda sobre o agronegócio no Brasil.** Eptic [internet]. 2019 jan-abr, [cited 2019 nov 17];21 (1):46-62. Available from: <https://seer.ufs.br/index.php/eptic/article/view/10910>
- ⁹ PEREIRA, LM. **A atuação do órgão indigenista oficial brasileiro e a produção do cenário multiétnico da Reserva Indígena de Dourados, MS.** 38º Encontro Anual da Anpocs, 2014.
- ¹⁰ MENDES A, ÁVILA C. **População indígena do Mato Grosso do Sul é a terceira mais contaminada por agrotóxicos no país.** Amazônia Real [internet]. 26 de outubro de 2017 [cited 2020 nov 16]. Available from: <https://amazoniareal.com.br/populacao-indigena-do-mato-grosso-do-sul-e-a-terceira-mais-contaminada-por-agrotoxicos-no-pais/>
- ¹¹ COIMBRA JR., CEA. **Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena.** Cad. Saúde Pública [internet]. Rio de Janeiro, 2014 abr [cited 2020 nov 16];30(4):855-859. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400855&lng=en&nrm=iso
- ¹² MARTINS, CP. **“Desaprender 8 horas por dia”: psicologia e saúde indígena.** Fractal, Rev. Psicol. [Internet]. 8 de janeiro de 2022 [citado 22º de julho de 2022];33(3):192-8. Available em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5846>
- ¹³ Fundação Nacional de Saúde (Brasil). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília [internet]: Ministério da Saúde, 2002[cited 2019 nov 15];(2). Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
- ¹⁴ FERNANDES TO, MARTINS CP, SOUZA FS, TRAJBER Z, MACHADO, IR. **A Saúde na Reserva Indígena de Dourados: Histórico, Lutas e (re)Existências.** In: MOTA JGB, CAVALCANTE TLV (orgs.) Reserva Indígena de Dourados: Histórias e Desafios Contemporâneos. São Leopoldo: Karywa; 2019, 185-203.

- ¹⁵ MOTA SEC, NUNES M. **Por uma atenção diferenciada e menos desigual: o caso do Distrito Sanitário Especial Indígena da Bahia.** Saúde soc. [internet]. São Paulo 2018 jan [cited 2019 nov 26]; 27(1):11-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100011&lng=en&nrm=iso
- ¹⁶ Ministério da Saúde (Brasil). **Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas – IAE-PI, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.** Ministério da Saúde [internet]. Brasília 2017 [cited 2020 nov 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html
- ¹⁷ OZUNA, BC. **HU é o primeiro hospital público da região a ter Núcleo Interno de Regulação.** Ministério da Educação, EBSEH [internet]. 2015 [cited 2020 nov 16]. Available from: http://www2.ebserh.gov.br/pt/web/hu-ufgd/detalhes-das-noticias/-/asset_publisher/7d2qZuJcLDFo/content/id/413174/2015-06-hu-e-o-primeiro-hospital-publico-da-regiao-a-ter-nucleo-interno-de-regulacao
- ¹⁸ BURLÁ, C. **Cuidados paliativos: afinal, do que se trata?** In: MORITZ, RD. *Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer.* Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2011, 41-51.
- ¹⁹ DIEHL EE, PELLEGRINI MA. **Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais.** Cad. Saúde Pública [internet]. Rio de Janeiro, 2014 abr [cited 2019 nov 26]; 30(4):867-874. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000400867&lng=en&nrm=iso
- ²⁰ PEDRANA L, Trad LAB, PEREIRA MLG, TORRENTÉ MON, MOTA SEC. **Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil.** Rev. Panamericana de Salud Pública, 2018, 42(178):1-5.
- ²¹ NASCIMENTO, SJ. **Crianças Indígenas retiradas das famílias: “o culpado é o próprio governo”.** Le Monde Diplomatique Brasil [internet], 23 de novembro de 2011 [cited 2020 nov 14]. Available from: <https://diplomatie.org.br/criancas-indigenas-retiradas-das-familias-o-culpado-e-o-proprio-governo/>
- ²² PEREIRA, PPG. **Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas.** Mana [internet]. Rio de Janeiro, 2012 dez [cited 2019 nov 22]; 18(3):511-538. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132012000300004&lng=en&nrm=iso
- ²³ FRANCO TB, MERHY EE. **O reconhecimento de uma produção subjetiva de cuidado.** Buenos Aires: Salud Colectiva, 2011 jan-abr, 7 (1): 9-20. Tradução de: El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado.
- ²⁴ SALOMÃO, G. **Leila Rocha: a luta de uma das principais lideranças dos índios Guarani Kaiowá.** Combate Racismo Ambiental [internet], 23 de outubro de 2020 [cited 2020 nov 13]. Available from: <https://racismoambiental.net.br/2020/10/23/leila-rocha-a-luta-de-uma-das-principais-liderancas-dos-indios-guarani-kaiowa/>
- ²⁵ KUNÃNGUE ATY GUASSU. **Documento Final da VII Assembleia das mulheres Kaiowá e Guarani.** Tekoha Yvy Katu Porterito – Japorã, 2019.
- ²⁶ SIQUEIRA P. **“Ser afetado”, de Jeanne Favret-Saada.** Cad. Campo (São Paulo 1991) [Internet]. 30 de março de 2005 [cited 2021 jul 5]; 13(13):155-61. Available from: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263>

Como citar: Machado CG, Luz VG, Martins CP. Processos (trans)formativos e práticas de cuidado: experiências de uma residente multiprofissional em Saúde Indígena. **Saúde em Redes.** 2022; 8 (Sup2). DOI: 10.18310/2446-4813.2022v8nsup2p85-101

Recebido em: 29/09/2020

Aprovado em: 06/07/2021