

Práticas de saúde com crianças Yanomami hospitalizadas: uma reflexão a partir do conceito de território

Health practices with hospitalized Yanomami children: a reflection based on the concept of territory

Prácticas de salud con niños Yanomami hospitalizados: una reflexión a partir del concepto de territorio

Vinicius Leandro da Silva

Assistente social, mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense/RJ. Tem experiência em docência, gestão de Unidade Básica de Saúde, Coordenação de Promoção Social e Pesquisa. Atuando também como assistente social com ênfase organizacional e execução de políticas públicas desenvolvendo trabalhos, principalmente nas seguintes temáticas: Saúde da Criança, Saúde Indígena, Acompanhamento de Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência, Elaboração e Execução de Programas de Valorização da Qualidade de Vida do Trabalhador, Saúde do Trabalhador, Atendimento a famílias e indivíduos em vulnerabilidade social e/ou com direitos violados. Boa Vista, RR, Brasil;

E-mail: as.viniciusleandro@gmail.com; ORCID: 0009-0003-1888-2945

Ana Lúcia Abrahão

Enfermeira, sanitarista e professora titular da Universidade Federal Fluminense. Possui doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas, com atuação destacada nos campos da Micropolítica do Trabalho em Saúde, Saúde da Família e Análise Institucional. Desenvolve pesquisas voltadas a Atenção Primária à Saúde, Educação Permanente em Saúde e Produção do Cuidado, Processo de Trabalho, Saúde da Família, articulando ensino, pesquisa e gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde. Niterói, RJ, Brasil;

E-mail: anaabrahao@id.uff.br; ORCID: 0000-0002-0820-4329

Contribuição dos autores: VLS contribuiu para o delineamento do estudo, a coleta e análise dos dados, escrita e revisão final do manuscrito. ALAS atuou como supervisor da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Ambos se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 10/09/2025

Aprovado em: 09/05/2026

Editor responsável: Frederico Viana Machado

Resumo: Este estudo propõe discutir e desenvolver uma reflexão sobre as práticas de cuidado em saúde direcionadas às crianças Yanomami hospitalizadas, tomando o conceito de território como eixo analítico, sem, contudo, configurar-se como um estudo de natureza antropológica. Entendemos o território como algo vivo e pulsante, que não está somente restrito ao espaço geográfico demarcado, onde há o exercício da soberania e o controle dos corpos; que, por vezes, encontramos no território hospitalar. Algumas concepções indígenas sobre o território são trazidas aqui neste texto na perspectiva de provocar outros estudos sobre o território como em um movimento constituído através do alvorecer de múltiplas expressividades. Desse modo, meditar à luz desses entendimentos implica pensarmos um território hospitalar mais integrativo, horizontal, construtivo e menos restritivo. Um território que questiona, principalmente, qualquer exercício de soberania autocrática no processo do cuidado em saúde, em especial com as crianças Yanomami hospitalizadas.

Palavras-chave: Saúde de Populações Indígenas; Assistência Integral à Saúde; Território Sociocultural; Yanomami; Hospitais.

Abstract: This study proposes to discuss and develop a reflection on healthcare practices directed at hospitalized Yanomami children, taking the concept of territory as an analytical axis, without, however, configuring itself as an anthropological study. We understand territory as something living and pulsating, not solely restricted to the demarcated geographical space where sovereignty is exercised and bodies are controlled; which we sometimes find in the hospital territory. Some indigenous conceptions of territory are presented in this text, with the perspective of provoking others to reflect on territory as a movement constituted through the dawn of multiple expressiveness. Thus, meditating in light of these understandings implies thinking about a more integrative, horizontal, constructive, and less restrictive hospital territory. A territory that questions, above all, any exercise of autocratic sovereignty in the healthcare process, especially with hospitalized Yanomami children.

Keywords: Health of Indigenous Peoples; Comprehensive Health Care; Sociocultural Territory; Yanomami; Hospitals.

Resumen: Este estudio propone analizar y reflexionar sobre las prácticas de atención médica dirigidas a niños yanomami hospitalizados, tomando el concepto de territorio como eje analítico, sin que ello implique, sin embargo, una mera investigación antropológica. Entendemos el territorio como algo vivo y dinámico, no restringido únicamente al espacio geográfico delimitado donde se ejerce la soberanía y se controlan los cuerpos; espacio que a veces encontramos en el ámbito hospitalario. En este texto se presentan algunas concepciones indígenas del territorio, con la intención de invitar a la reflexión sobre este como un movimiento constituido por el surgimiento de múltiples expresiones. Así, meditar a la luz de estas concepciones implica pensar en un territorio hospitalario más integrador, horizontal, constructivo y menos restrictivo. Un territorio que cuestione, sobre todo, cualquier ejercicio de soberanía autocrática en el proceso de atención médica, especialmente con los niños yanomami hospitalizados.

Palabras clave: Salud de Poblaciones Indígenas; Atención Integral de Salud; Territorio Sociocultural; Yanomami; Hospitales.

INTRODUÇÃO

A prática de saúde com crianças, de modo geral, requer uma construção de cuidado que incorpore a mãe neste processo. Winnicott¹ ressalta que a relação mãe e bebê é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento infantil, principalmente quando são identificadas fragilidades, como, por exemplo, uma doença. Esse vínculo entre mãe e bebê é uma relação que encontramos nas diferentes culturas e sociedades.

No momento da hospitalização, a presença da mãe e da família é um elemento necessário a ser incorporado à prática do profissional de saúde, principalmente quando estamos diante de uma cultura que não sofreu a colonização e a desapropriação cultural pelos povos europeus e que permanece em conexão com a natureza, como a nação Yanomami.

Por vezes, o território hospitalar institui práticas de cuidado em saúde com um viés mais restritivo, disciplinar e de controle, centralizado na administração de insumos e medicamentos, na perspectiva do modelo de saúde focado na lógica mercantil. Este coloca à margem a participação do usuário do serviço de saúde no seu próprio processo de cuidado.

A ideia de incorporar no cotidiano da prática em saúde o território produzido entre mãe e bebê, independentemente da origem identitária, por si só, já é um desafio. Esse desafio é potencializado quando adicionamos a construção de vida e de realidade de povos que não seguem a mesma ideia eurocêntrica na qual a grande maioria dos profissionais de saúde está imersa. Nesse processo, os profissionais de saúde se encontram em um território estranho, desconhecido e movediço. E é sob essa perspectiva que vamos propor aqui que exploremos outras possibilidades de compreender a dinâmica do território como inerente ao cuidado em saúde.

Em conformidade com o Novo Dicionário Aurélio², a palavra Território é definida como uma área geográfica onde acontece o exercício de soberania. Definição essa que se constitui estritamente relacionada à dimensão material e objetiva da nomenclatura, apresentando uma demarcação que é física e, por vezes, de poder, de um determinado espaço geográfico.

O dicionário, na versão comercialmente propagada, não vislumbra trazer uma discussão filosófica, social ou histórica de cada palavra ali contida, mas sim objetiva explicar o que cada uma dessas palavras representa, dentro de cada contexto social e de linguagem, a qual está estabelecida. É dentro desses contextos que cada palavra ganha sentido e vida. Cabe à Filosofia pensar e discutir esses sentidos, pois, conforme Russel³, o indivíduo que não possui a mínima noção da Filosofia percorre a vida aprisionado a preconceitos oriundos do senso comum, das crenças cotidianas da sua época e da sua pátria e das concepções crescidas na sua consciência desprovidas da cooperação ou do consentimento estatuído pela sua própria razão.

Ao aproximar da ideia de território, não estamos tratando de sua dimensão geográfica, de demarcação de acidentes geográficos, mas da dimensão de fluxo, como aponta Milton Santos⁴ como aquilo que movimenta, pulsa e se estabelece nas relações entre os seres. Seguimos nessa direção e procuramos aprofundar a ideia de um território produzido no fluxo entre mãe e bebê, a partir de alguns saberes indígenas sobre conceito de território, para pensar a prática de cuidado em saúde voltada às crianças Yanomami hospitalizadas. Uma ferramenta que provoque reflexão sobre o modo de construir cuidado e que desloque o território hegemônico do saber

biomédico, tensione na perspectiva dos povos originários, de construção de outro território.

Cabe destacar que este artigo propõe uma reflexão sobre o cuidado produzido no ambiente hospitalar às crianças Yanomami. Não se trata de um estudo antropológico, mas de uma provocação a pensar formas de acolhimento e cuidado que ultrapassem os padrões previamente definidos pela ciência hegemônica, buscando construir outras perspectivas para compreender e praticar o cuidado.

TERRITÓRIO, UMA FERRAMENTA PARA PENSAR O CUIDADO

O termo Território aqui está tomado como um movimento de fluxo, conforme defende Milton Santos⁴, e também como uma ferramenta que nos ajuda a colocar em análise a prática do profissional de saúde, na relação mãe e bebê Yanomami durante a hospitalização.

Baniwa, Kaingang, Mandulão⁵ concebem o território a partir da integralidade entre corpo-território, na qual estão presentes as dimensões coletivas e espirituais dos seus povos, o saber das anciãs e a ancestralidade. Oliveira refere que Manoelzinho Caxeado, pajé da etnia Pankará, diz que “a ciência quem tem são os pajés, os mais velhos, [...] a sabedoria e a luta vêm dos ancestrais, bisavós, avós e das histórias vividas por cada índio”.^{6:352}

Krenak⁷, assim como Baniwa, Kaingang, Mandulão⁵, constitui o território como um ente vivo, sagrado e integrante do corpo dos povos indígenas. Krenak afirma que o território é também espaço de lutas identitárias e políticas daqueles que não esquecem de quem são contra aqueles que desejam a homogeneização e uniformidade das suas escolhas como, por exemplo: “todo mundo comprando no mesmo mercado, tomando o remédio da mesma farmácia e consumindo os mesmos agrotóxicos”.^{7:7}

Isso implica pensar o cuidado em saúde também observando a integralidade, as marcas identitárias e as ancestralidades presentes em cada povo, visto que, conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi)^{8:17}, “os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia”.

O território, no tocante ao binômio mãe e criança Yanomami, constitui-se como uma chave que nos ajuda a tensionar o cuidado produzido e possibilita reflexões acerca do modo como ele se manifesta nas práticas profissionais de saúde e sobre a sua utilização como uma ferramenta capaz de gerar proposições e mudanças no espaço hospitalar. Segundo Abrahão e Merhy⁹, a formação dos profissionais de saúde está ancorada em desenhos centrados em práticas constituídas sob uma vertente cientificista, de caráter protocolar e classificatório, que concebe um único sofrimento enquanto doença. Oculta, ainda, diferentes formas de sofrimento e de existência, assim como a construção de territórios de identidade do próprio usuário.

Sob a perspectiva de ferramenta, o território, nessa lógica de construção do cuidado, subdivide-se em pelo menos dois territórios identitários. Um formado pelo binômio mãe e criança Yanomami e outro pelos profissionais e suas práticas classificatórias e disciplinares. Territórios que se experimentam e se atravessam.

Baniwa, Kaingang, Mandulão⁵ afirmam que a medicina indígena e a espiritualidade estão profundamente conectadas e que a medicina ocidental, em diversas ocasiões, não consegue alcançar a complexidade das doenças e curas indígenas, devido ao distanciamento que é realizado entre as dimensões físicas e espirituais. Através desse distanciamento ocorre a fragmentação desse corpo-território que, para as autoras indígenas, é um corpo único.

O território não indígena, dos profissionais de saúde, está centrado na lógica colonizadora, da certeza de que a natureza é um recurso, uma construção em que o humano é apartado da natureza. E o território indígena, por sua vez, está estruturado na inter-relação dos seus com a terra, a floresta e o divino. Diante dessa distinção de concepção de territórios, o desafio de produzir cuidados acresce, uma vez que se tem o binômio mãe e criança Yanomami na centralidade do cuidado.

Por isso entendemos que a presença do binômio mãe-filho no ambiente hospitalar, ocupando a centralidade do cuidado, manifesta a potencialidade de uma integração das práticas ocidentais de cuidado com os saberes

ancestrais que são passados de geração a geração. Para a qualificação de um cuidado levando em consideração as especificidades socioculturais de cada etnia indígena, também se faz necessária a implantação dos 13 objetivos estabelecidos na Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017, do Ministério da Saúde¹⁰.

A referida portaria é uma medida que atende a uma antiga reivindicação de lideranças indígenas e estabelece os incentivos e os critérios direcionados à assistência indígena nos hospitais. O artigo 275 dessa portaria prevê:

“I – viabilizar o direito do paciente indígena a intérprete, quando este se fizer necessário, e a acompanhante, respeitadas as condições clínicas do paciente; II – garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro clínico do paciente; III – promover a ambiência do estabelecimento de acordo com as especificidades étnicas das populações indígenas atendidas; IV – facilitar a assistência dos cuidadores tradicionais, quando solicitada pelo paciente indígena ou pela família e, quando necessário, adaptar espaços para viabilizar tais práticas; V – viabilizar a adaptação de protocolos clínicos, bem como critérios especiais de acesso e acolhimento, considerando a vulnerabilidade sociocultural; VI – favorecer o acesso diferenciado e priorizado aos indígenas de recente contato, incluindo a disponibilização de alojamento de internação individualizado considerando seu elevado risco imunológico; VII – promover e estimular a construção de ferramentas de articulação e inclusão de profissionais de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI/SESAI/MS) e/ou outros profissionais e especialistas tradicionais que tenham vínculo com paciente indígena, nas construção do plano de cuidado dos pacientes indígenas; VIII – assegurar o compartilhamento de diagnósticos e condutas de saúde de forma compreensível aos pacientes indígenas; IX – organizar instâncias de avaliação para serem utilizadas pelos pacientes indígenas relativamente à qualidade dos serviços prestados nos estabelecimentos de saúde; X – fomentar e promover processos de educação permanente sobre interculturalidade, valorização e respeito às práticas tradicionais de saúde e demais temas pertinentes aos profissionais que atuam no estabelecimento, em conjunto com outros profissionais e/ou especialistas; XI – promover e qualificar a participação dos profissionais dos estabelecimentos nos Comitês de Vigilância do Óbito; XII – proporcionar serviços de atenção especializada em terras e territórios indígenas; e XIII – em relação especificamente aos hospitais universitários: a) instalar ambulatórios especializados em saúde indígena, visando promover a coordenação do cuidado especializado ao usuário indígena, porta de entrada diferenciadas e a qualificação de profissionais em formação; b) realizar

Crianças que nasceram, cresceram e arvoraram adentradas numa outra concepção de território e tiveram que deixar o seu território físico/geográfico para receberem assistência em unidades hospitalares não indígenas. O binômio mãe e criança Yanomami, nessa dimensão, é trazido para fora do seu território geográfico, com o intuito de buscar a recuperação/melhoria das suas condições de vida e saúde, e passa a habitar um novo, complexo e multifacetado território: o território hospitalar.

O HOSPITAL COMO UM TERRITÓRIO

O hospital, na Europa da idade média, da qual somos signatários, configurava-se como uma instituição de assistência aos pobres, que desempenhava também a função de separação e exclusão no interior da sociedade. O pobre precisava de assistência e, quando ocupava a condição de doente, portando uma doença que tinha a possibilidade de contágio, passava a ser considerado perigoso. Devido a isso, para Foucault⁹, o hospital atuava recolhendo esses pobres, para a proteção das outras pessoas, devido ao perigo que aqueles representavam para estas.

Nos anos finais do século XVIII, segundo Foucault¹¹, o hospital surge como um instrumento terapêutico com a finalidade de recuperar a saúde dos soldados que se feriam na guerra. A disciplinarização do espaço hospitalar ocorreu quando os hospitais militares e marítimos passaram a se tornar referências para a reorganização do modelo hospitalar da época.

“A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares. É assim que no exército aparecem sistemas de graus que vão, sem interrupção, do general chefe até o ínfimo soldado, como também os sistemas de inspeção, revistas, paradas, desfiles, etc., que permitem que cada indivíduo seja observado permanentemente.”^{11:137}

Por meio da disciplinarização do processo de hospitalização, Foucault¹¹ alega que esse processo não vislumbrava conceber o hospital como um instrumento de cura, mas como uma instituição designada a evitar que esse espaço fosse cerne de desordem econômica ou médica. Quando o hospital

se transforma em um instrumento de cura e a ordenação do seu espaço em um instrumento terapêutico, a responsabilidade pela organização do hospital é atribuída ao médico. É importante ressaltar que, até meados do século XVIII, essa atribuição pertencia às pessoas religiosas.¹¹

Na contemporaneidade, conseguimos identificar algumas características que surgiram nos séculos passados, mas que continuam se perpetuando dentro do hospital, como: a disciplina e o controle dos corpos; a dominação do modelo biomédico; a desapropriação do sujeito e a valorização da doença. Características essas que continuam performando um território em que os fluxos se somam e se fortalecem com a dinâmica identitária do território dos profissionais de saúde na produção do cuidado.

Cecílio e Merhy¹² ponderam, por exemplo, que o cuidado ofertado nos hospitais tem um caráter multidisciplinar, pois necessita da reunião do trabalho de vários profissionais. Todavia, mecanismos de relações bastante assimétricas de poder e de domínio estabelecidos entre as corporações profissionais invisibilizam a colaboração que deveria acontecer entre os diversos trabalhadores de saúde para que, de fato, o cuidado sobressaia.

Os mesmos autores declaram ainda que o cuidado, do qual o paciente recebe e vive, consiste, de forma idealizada, no somatório de uma enorme quantidade de cuidados parciais pequenos que se completam, de modo negociado e consciente, através dos diversos cuidadores que estão inseridos no hospital. “Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde.”^{12:2}.

Outro ponto importante a ser considerado também no que tange ao território hospitalar é entender como o processo de saúde acontece, visto que esse processo envolve o fluxo que habita o espaço hospitalar. Segundo Pires¹³, o trabalho em saúde ganha completude a partir do ato da sua realização, pois está estabelecido no âmbito da produção não material. Dessa maneira, não se tem a existência de um produto material; como o produto é inseparável do modo em que se produz, o resultado da atividade é o próprio produto.

Segundo Machado¹⁴, os modelos de incorporação dessa força de trabalho, além de insumos e tecnologias exercidos nas instituições que prestam serviços de saúde, inclinam-se para um alinhamento com os ideais e a racionalidade da produção capitalista e as premências de expansão dos seus serviços. Nessa dinâmica, o hospital não é somente um prédio com paredes, leitos, equipamentos, há também um ritmo interessante de disputas e de inúmeras reorganizações que afetam o binômio mãe e criança Yanomami.

Entre as dificuldades enfrentadas pelo binômio mãe e criança Yanomami nos hospitais estão protocolos rígidos, pouco preparados para lidar com diferenças culturais e linguísticas. Há também barreiras de comunicação, desconhecimento sobre os modos de vida indígenas, racismo institucional e pouca formação dos profissionais para o cuidado intercultural. Além disso, o afastamento prolongado da floresta, das práticas cotidianas e da comunidade pode produzir intenso sofrimento emocional tanto nas crianças quanto em seus familiares. Muitas vezes, o hospital exige uma adaptação unilateral dos indígenas às normas biomédicas, sem que a instituição também se transforme para acolher outras formas de existir e compreender a saúde.

O TERRITÓRIO PARA OS POVOS YANOMAMI

Em números territoriais, a terra indígena Yanomami (AM/RR) possui a superfície de 9.664.975,48 (nove milhões, seiscentos e sessenta e quatro mil, novecentos e setenta e cinco hectares e quarenta e oito ares) e perímetro de 3.370 km (três mil, trezentos e setenta quilômetros)¹⁵. Ainda de acordo com os dados do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁶, 27.152 indígenas habitam esse território.

Começamos a compreender agora o território Yanomami a partir das palavras de Davi Kopenawa. Kopenawa é xamã, ativista e presidente da Hutukara Associação Yanomami. Kopenawa é uma das mais importantes lideranças políticas, intelectuais e espirituais dos povos Yanomami.¹⁷

Segundo Kopenawa e Bruce¹⁸, os antigos brancos, com o objetivo de retalharem as terras, demarcaram, cobriram com traços entrecruzados, criaram recortes e pintaram manchas redondas no centro dessas. Após

desenhadas essas marcações, os brancos colaram num livro e começaram a comercializar seus pedaços para aqueles que quisessem plantar sua comida. “Assim, os brancos alegam que esses desenhos de terra têm um preço, e é por isso que os trocam por dinheiro.”^{18:327}

Para os povos Yanomami, a territorialização geográfica das terras, assim como a definição de um valor comercial atrelado a esse espaço, é uma invenção não indígena. Os povos Yanomami não concebem a demarcação das suas terras com objetivo de transformá-las numa mercadoria de venda e troca, pois entendem a terra-floresta como a materialização de um todo, a casa-mãe de elementos terrenos e divinos.

Kopenawa e Bruce¹⁸ proclamam que Omama não desejou que a floresta, também fosse desenhada. Na mitologia Yanomami, Omama é o demiurgo¹⁸. Omama queria que a floresta permanecesse inteira e advertiu os ancestrais dos brancos para que ficassem longe da "urihi", a terra-floresta. Entretanto, essas palavras ficaram no esquecimento e não impediram os brancos de invadir o território Yanomami.

Em função, principalmente, da invasão dos brancos ao seu território para realizar a prática do garimpo ilegal, os povos Yanomami estão atravessando uma das piores crises humanitárias e sanitárias da sua história. Os brancos têm levado destruição a matas, florestas e rios, além de doenças e violências ao território Yanomami.

Kopenawa e Bruce¹⁸ declaram ainda que a ecologia é tudo que existe na floresta: os humanos, “os xapiri, os animais, as árvores, os rios, os peixes, o céu, a chuva, o vento e o sol”^{18:16}. Tudo que também está distante dos brancos e, principalmente, sem cerca e que se relaciona, profundamente, com os povos Yanomami.

Em relação aos Xapiri, Kopenawa e Bruce explicam que “todo ente possui uma ‘imagem’ (utupë a, pl. utupa pë) do tempo das origens, que os xamãs podem ‘chamar’, ‘fazer descer’ e ‘fazer dançar’ enquanto ‘espírito auxiliar’ (xapiri a)”^{18:610}. Desse modo, quando um espírito mau pega a sombra de um Yanomami e o deixa doente, ele não utiliza remédios. Os Yanomami fazem

descer os xapiri para deixá-los com saúde novamente e utilizam a força da natureza como prática de cuidado com o povo do planeta Terra.¹⁹

A terra-floresta, para os povos originários Yanomami, é um território sagrado e vivo, de conexões entrelaçadas e profundas de todos que lá coabitam, sejam eles carnavais ou espíritos, de natureza humana ou não humana. A concepção de território para os povos Yanomami extrapola a dimensão geográfica e estatística demarcada das suas terras. Compreende-se num espaço atravessado por relações deles com seus pares, deles com a terra-floresta e, fundamentalmente, desses povos com o divino que os constitui e os protege.

Para os povos Yanomami, a relação com o território vai além da ideia, comum na perspectiva não indígena, de simplesmente ocupar ou possuir um espaço. Trata-se, sobretudo, de ser território. O território não é externo, mas constitutivo da existência: integra o corpo, o modo de vida e a própria identidade do povo Yanomami.

Nessa concepção, a floresta não é apenas um ambiente onde se vive, mas um elemento inseparável da vida, no qual tudo está interligado. Assim, o vínculo entre mãe e bebê se insere nesse mesmo *continuum*, como parte de um único movimento vital, em que corpo, território e natureza não se separam, mas se constituem mutuamente.

TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE VIR A SER

Os elementos apresentados até aqui nos convidam a refletir criticamente sobre a forma como temos constituído o espaço hospitalar. Estaria ele sendo definido apenas por suas delimitações físicas e estruturais, fragmentado em setores, blocos e leitos? No ato do cuidado, estaríamos erguendo barreiras socioculturais que nos afastam, de maneira significativa, das crianças Yanomami, desconsiderando e silenciando a bagagem que cada uma traz consigo?

Além disso, cabe questionar se seguimos produzindo e reproduzindo espaços institucionais marcados por separação, exclusão, disciplinarização e controle dos corpos. Diante disso, é necessário indagar: estamos, de fato,

cumprindo uma das funções fundamentais do hospital — a de se constituir, primordialmente, como um espaço de cuidado, cura e inclusão?

Precisamos indagar sobre a forma como estamos incorporando o binômio mãe-criança e as suas dinâmicas dentro processo de cuidado no território hospitalar. Indagações necessárias para se pensar estratégias de acolhimento e de inclusão, nas quais a mãe participe ativamente na construção do plano terapêutico de cuidados do seu filho. Uma participação que incorpore a dinâmica do povo da floresta na constituição do cuidado no momento da hospitalização.

No que tange ao território, é preciso reconhecer também a concepção de território que os povos Yanomami têm dentro do seu próprio processo de recuperação de saúde, uma vez que os Yanomami entendem o seu território numa relação entre o espaço físico e o espiritual. Concepção essa que nos incita a pensar quais ferramentas de produção do cuidado em saúde poderiam ser utilizadas a fim de contemplar essa relação e que não ficassem restritas, apenas, à administração de insumos e medicamentos.

O território na concepção indígena suscita-nos questionamentos quanto ao modo em que o cuidado em saúde está sendo produzido, operando em diversas situações e contextos sob a lógica mercantilista. Lógica que entende o usuário do serviço de saúde como um cliente ou paciente, segundo a qual esse indivíduo ocupa um lugar passivo no seu próprio processo de recuperação da sua saúde, estando, por vezes, sem direito a participar do processo e inteiramente à disposição da intervenção do outro, que é o profissional de saúde. Isso nos faz lembrar o que Kopenawa e Bruce¹⁸ alertaram a respeito do fato de os brancos instituírem o preço do território. Novamente, são os brancos que especulam o preço do território hospitalar.

O cuidado às crianças Yanomami no ambiente hospitalar exige reconhecer que, para muitos povos indígenas, o corpo não é entendido de forma separada do território, da floresta, dos espíritos, da comunidade e das relações coletivas. Nesse sentido, a criança Yanomami não chega ao hospital apenas como um organismo adoecido, mas como alguém cuja existência está profundamente conectada à sua terra, à sua língua, à alimentação tradicional, aos seus vínculos familiares e cosmológicos. A ruptura brusca

com esse território produz sofrimento adicional, medo, estranhamento e, muitas vezes, agravamento do adoecimento.

Nesse contexto, cuidar implica ir além da dimensão biomédica. Um exemplo disso é permitir a presença contínua de familiares e acompanhantes indígenas, reconhecendo que o cuidado não é individualizado, mas coletivo. Em muitos casos, a criança se sente mais segura quando escuta sua língua, quando está próxima de seus parentes ou quando pode manter objetos e práticas que remetem ao seu território de origem. Outro aspecto importante é respeitar os tempos e modos de comunicação Yanomami, evitando interpretações equivocadas de silêncio, recusa alimentar ou resistência aos procedimentos como “falta de colaboração”.

Também podem ser construídas estratégias de cuidado intercultural, como a mediação por intérpretes indígenas, a flexibilização de algumas rotinas hospitalares e o diálogo com práticas tradicionais de cura, sem necessariamente colocá-las em oposição ao tratamento biomédico. Em alguns serviços, equipes buscam adaptar a alimentação, criar espaços mais coletivos de permanência e reduzir procedimentos invasivos desnecessários, compreendendo que o ambiente hospitalar pode ser percebido como hostil e desorganizador para crianças afastadas de seu território.

O território hospitalar propõe pensar sobre a importância dos encontros dentro do processo da produção de cuidados, uma vez que o encontro tem a capacidade de nos afetar internamente. E, quando realizado de forma horizontal e integrativa entre o profissional de saúde e o usuário de saúde, e entre os próprios profissionais de saúde, a subjetividade produzida por esse encontro tem um potencial criativo e efetivo para desenvolver linhas de cuidado em saúde centrado, exclusivamente, no usuário. À vista disso, refuta-se o ideário de cuidado que está centrado somente no saber dos profissionais de saúde e, por vezes, unicamente, no saber médico.

Destarte, faz-se necessário repensar o espaço hospitalar sob o paradigma em que ele está estruturado atualmente. Precisamos construir um novo território que se alinhe com o dos Yanomami. Um território que cure sem excluir; que não privilegie um saber, mas a soma de todos os saberes, a fim de que essa mãe e essa criança Yanomami deixem de ser coadjuvantes e

ocupem o lugar de protagonistas dentro do processo de recuperação de saúde construído de modo compartilhado.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar o território é fundamental para podermos utilizar esse conceito como uma bússola, um instrumento capaz de nortear e apontar as direções para as práticas de cuidado em saúde a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde em território hospitalar. É importante observar se os profissionais de saúde não estão se desviando do trajeto principal, que é a recuperação da saúde das crianças Yanomami hospitalizadas.

Refletir sobre o cuidado às crianças Yanomami implica questionar modelos universais de atenção e reconhecer que cuidar nesses contextos também significa criar possibilidades para que o território, os vínculos e os modos indígenas de viver possam, de alguma forma, permanecer presentes dentro do hospital.

Faz-se necessário avaliar se as práticas de cuidado estão seguindo um caminho pavimentado por meras execuções restritas e delimitadoras, capazes de ser um poderoso agente construtor de barreiras e muros intransponíveis, ou se esse caminho está sendo fundamentado por práticas mais flexíveis, assertivas e integrativas, que constroem pontes com as crianças Yanomami e seus parentes. Práticas estas como o acesso do familiar Yanomami a um intérprete; a garantia de uma dieta que englobe os alimentos presentes nas comunidades Yanomami; a oferta de assistência e acesso facilitado dos cuidadores tradicionais; a promoção de uma ambiência na unidade hospitalar como a instalação de redes e a adaptação de protocolos clínicos. Esses são alguns dos exemplos práticos propostos pela já referida Portaria nº 2.663¹⁰ que podem ser implementados no território hospitalar.

Fazer uma reflexão a partir do conceito de território implica constituir um território hospitalar como espaço de vir a ser: mais integrativo, mais horizontal, mais construtivo e perceber o quanto nós, profissionais de saúde, somos impactados pelo outro que está sendo cuidado. Destacamos que, em dados momentos, as crianças Yanomami podem nos cuidar e afetar algumas das nossas subjetividades como indivíduos e/ou profissionais.

O cuidado em saúde deve ser, por natureza, um gesto que acolhe o outro em sua totalidade — em sua essência e em seus desconfortos. Cuidar também implica, simultaneamente, reconhecer-se no lugar de quem é cuidado, numa relação de reciprocidade. Essa dinâmica ultrapassa fronteiras geográficas e rompe com qualquer lógica de soberania, afirmando o cuidado como um encontro ético entre sujeitos.

Limites do artigo

Entre os limites deste artigo, destaca-se o fato de não se tratar de um estudo antropológico ou etnográfico aprofundado sobre o povo Yanomami, tampouco de uma investigação baseada em trabalho de campo sistemático junto a comunidades indígenas. O texto propõe uma reflexão crítica acerca do cuidado hospitalar direcionado às crianças Yanomami, a partir de experiências e problematizações relacionadas ao campo da saúde.

Outro limite se refere ao próprio recorte do estudo, centrado no contexto hospitalar, o que impossibilita abarcar de maneira mais ampla as múltiplas dimensões territoriais, políticas e históricas que atravessam a saúde indígena. Além disso, reconhece-se que as experiências dos povos indígenas não são homogêneas, de modo que as reflexões apresentadas não pretendem generalizar modos de vida, práticas de cuidado ou cosmologias Yanomami.

Também é importante considerar que a análise se desenvolve a partir de referenciais acadêmicos e institucionais não indígenas, ainda que busque tensionar perspectivas biomédicas hegemônicas e ampliar o debate sobre cuidado intercultural. Assim, o artigo não pretende falar em nome dos povos Yanomami, mas contribuir para reflexões críticas sobre práticas de acolhimento e cuidado em saúde voltadas às crianças indígenas em contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

1. Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
2. Ferreira ABH. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.

3. Russel B. Os problemas da filosofia. Tradução de Jaimir Conte. Florianópolis: NEL/UFSC; 2025.
4. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4ª ed. 2ª reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2006.
5. Baniwa B, Kaingang J, Mandulão G. Mulheres: corpos-territórios indígenas em resistência! Porto Alegre: Fundação Luterana de Diaconia: Conselho de Missão entre Povos Indígenas; 2023.
6. Oliveira EGS. Os índios Pankará na Serra do Arapuá: relações socioambientais no Sertão pernambucano [dissertação]. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande; 2014. 134 p.
7. Krenak A. Território e Resistência. Cad PROMUSPP. 2021;1(1):3-12.
8. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde; 2002.
9. Abrão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. Interface (Botucatu). 2014;18(49):313-24.
10. Ministério da Saúde. 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. Diário Oficial da União 16 out. 2017; Seção 1.
11. Foucault M. Microfísica do Poder. 27ª ed. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal; 2008.
12. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde 2003. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p. 197-210, illus.
13. Pires D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. Em: Leopardi MT. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem UFSC. São José: Ed. Papa-Livros; 1999.
14. Machado MH, Medici AC, Nogueira RP, Girardi SN. O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP; 1992.
15. Brasil. Decreto de 25 de maio de 1992. Homologa a demarcação administrativa, nos Estados de Roraima e Amazonas, da Terra Indígena Yanomami. Diário Oficial da União 27 maio 1992.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: Resultados do Universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
17. Hutukara. Hutukara associação Yanomami. [acesso 05 maio 2026]. Disponível em: <https://hutukarayanomami.org/hutukara/>
18. Kopenawa D, Bruce A. A Queda do Céu: palavras de um Xamã Yanomami. 1ª ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2015.
19. Kopenawa D. Resistência é a Terra Não Morrer. [entrevista a Wobeto S]. Universidade Federal de Santa Maria; 09 nov. 2022. [acesso 05 maio 2026]. Disponível em: <https://www.ufsm.br/midias/arco/resistencia-e-a-terra-nao-morrer>.